

ОГЛАВЛЕНИЕ

Вступительное слово	11
Предисловие	14
Часть I. Основные понятия и принципы	19
Глава 1. Введение	21
Что такое местные лоскуты?	25
Классификация местных лоскутов	25
Планирование местного лоскута	26
Принцип эстетических субъединиц	27
Аспекты формирования рубцов	27
Техника колец Флинта для определения оптимального направления рубцов	29
Анатомические ориентиры	30
Донорские области с резервом кожи на лице для формирования кожных лоскутов	30
Литература	31
Глава 2. Начало: планирование и разметка	32
Планирование с помощью колец Флинта	35
Литература	35
Глава 3. Технические рекомендации по использованию местных лоскутов	36
Документальное сопровождение	36
Местная анестезия	36
Стерильность	37
Стандартный хирургический инструментарий	38
Бережное обращение с тканями	39
Ушивание без натяжения	40
Фотографирование и документирование всех этапов лечения и осложнений	40
Аккуратность при хирургическом препарировании	40
Планирование местного лоскута, позволяющего избежать натяжения при раневом дефекте кисти	44
Ведение пациентов, принимающих аспирин и антикоагулянты	44
Литература	44
Часть II. Традиционные местные лоскуты	45
Глава 4. Эллиптическое иссечение и пластика скользящим лоскутом	47
Модификации эллипса	48
Полулунный эллипс	50
Асимметричный эллипс	50
Клиновидное иссечение	51
М-пластика	51
Короновидное иссечение	53
Модификации клиновидного иссечения	54
Деформация по типу «собачьих ушек»	56
Литература	58

Глава 5. Выдвижные лоскуты	59
Выдвижной лоскут на одной ножке	60
Дорсальный носовой лоскут	61
Слизистый выдвижной лоскут	63
Двойной выдвижной лоскут	64
<i>Двукрыльчатый лоскут</i>	64
Периалярные серповидные выдвижные лоскуты	66
Двойные выдвижные лоскуты	67
<i>N-пластика</i>	67
<i>Выдвижные V–Y лоскуты</i>	68
Носовой лоскут	69
Лоскут верхней губы	70
Сигмовидный косой выдвижной лоскут	71
Двойные V–Y лоскуты	74
« <i>Kite flap</i> » лоскуты	74
V–Y техника закрытия хирургических ран	74
V–Y техника для устранения рубцовых контрактур	75
<i>V–Y техника, дополняющая Z-пластику</i>	75
Y–V пластика	75
Множественные Y–V перемещаемые лоскуты	76
Выдвижной лоскут на двух ножках	77
Литература	78
Глава 6. Ротационные лоскуты	79
Ротационный лоскут волосистой части головы	81
Ротационный лоскут с использованием кожного трансплантата для реконструкции в донорской зоне	81
Ротационный лоскут височной области	82
Ротационный лоскут для дефектов ягодичной области	83
Ротационные лоскуты на лице	84
Двухсторонние ротационные лоскуты для реконструкции нижней губы	85
Нейроваскулярные щёчно-губные лоскуты	86
Модификации ротационных лоскутов	87
Субтотальный лобный лоскут	88
Литература	90
Глава 7. Интерполированные лоскуты	91
Парамедианный лобный лоскут	92
Интерполированный лоскут с погружной ножкой	94
Лоскуты на подкожной ножке на других частях лица	95
Васкулярные островковые лоскуты	96
Случайные лоскуты	96
Лоскут на двух ножках из верхнего века	98
Литература	98
Глава 8. Транспозиционные лоскуты	99
Заушный лоскут (с нижним основанием)	101
Заушный лоскут (с верхним основанием) при дефектах ушной раковины	103
Носогубный лоскут (с нижним основанием)	104
Носогубный лоскут (с верхним основанием)	104
Носовой дорсальный осевой лоскут	106
Глабеллярный лоскут	107

Лоскут для закрытия дефекта нижнего века	108
Ромбовидный лоскут	109
«Прямоугольный колышек для круглого отверстия»	112
Лоскут Дюформантеля	115
Сравнения ромбовидного лоскута с лоскутом Дюформантеля	116
Поворотно-скользящая пластика	117
Флажковый лоскут	120
Лоскут «Hatchet flap», или V—Y—S пластика циркулярных дефектов	121
Литература	123
Глава 9. Треугольные чередующиеся лоскуты	124
Z-пластика	124
Планирование ревизии рубца на лице	131
Объёмное планирование Z-пластики	132
Втяжение на губе	132
Рубцовый тяж	132
Врождённая амниотическая перетяжка	133
Модификация лоскутов при Z-пластике	134
Тетраэдрическая Z-пластика	134
Межпальцевой промежуток	135
Асимметричная Z-пластика	135
Изменение величины угла	136
Лоскут «прыгающий человек»	137
Использование Z-пластики для адаптации лоскута	138
Двойная ромбовидная Z-пластика	139
Ромбовидная W-пластика	140
Чередующиеся треугольные лоскуты	142
W-пластика	142
Эффекты W-пластики	143
Литература	143
Глава 10. Перекидные лоскуты	144
Перекрёстно-пальцевой лоскут	147
Литература	148
Глава 11. Рекомендуются традиционные местные лоскуты	149
Ротационный лоскут волосистой части головы	149
Парамедианный лобный лоскут	150
Двукрыльчатое иссечение / скользящие выдвигающие лоскуты	150
Косой сигмовидный выдвижной лоскут	151
Носогубный лоскут (с верхним основанием)	151
Носовой дорсальный осевой лоскут	152
Глабеллярный лоскут	152
Транспозиционный щёчный лоскут	153
Лоскут Карапанджича	153
Тыльный кистевой лоскут	154
Литература	154
Часть III. Современные местные лоскуты	155
Глава 12. Концепции трапециевидных (keystone) лоскутов	157
Анатомия и физиология	157
Разметка лоскута	158
Хирургическая техника при использовании трапециевидного (keystone) лоскута	159
Литература	160

Глава 13. Предпочитаемые варианты использования трапециевидных (keystone) лоскутов	161
Щека	161
Боковая поверхность носа	163
Верхняя губа	163
Лобная, височная области и волосистая часть головы	164
Шея	167
Плечо	168
Туловище	169
Нижняя конечность	170
Кисть	171
Стопа	172
Глава 14. Комбинированные лоскуты	173
Трапециевидный (keystone) + ротационный подбородочный лоскуты	173
Шейно-лицевой ротационный + глабеллярный транспозиционный лоскуты	174
Лобный интерполированный + щёчный ротационный + губной поворотный лоскут	175
Комбинация трапециевидных (keystone) лоскутов шеи и щёчной области	176
Часть IV. Рассуждения, принятие решения и опыт	177
Глава 15. Когда кожные трансплантаты лучше	179
Волосистая часть головы	179
Лобная область	180
Нос	181
Верхняя губа	184
Глава 16. Эстетика	185
Двухсторонние предушные кожные трансплантаты	185
Лоскуты, полученные при подтяжке лица	188
<i>Тип 1: Предушные лоскуты, полученные при мини-подтяжке лица</i>	<i>188</i>
<i>Тип 2: Предушные лоскуты среднего размера, полученные при подтяжке лица</i>	<i>188</i>
<i>Тип 3: Широкие лоскуты, полученные при подтяжке лица</i>	<i>189</i>
Литература	190
Глава 17. Осложнения: профилактика и лечение	191
Гематома	191
Венозная ишемия	193
Лучевой некроз	194
Вторичная вирусная инфекция	196
Гипертрофические рубцы	196
Выворот века	198
Онкологические аспекты	199
Оценка рисков и информированное согласие	199
Глава 18. Мыслить как пластический хирург	200
Клинический пример А	200
Клинический пример В	204
Приложение. Прочие литературные источники, использовавшиеся при написании книги, но не вошедшие в списки литературы	207

ГЛАВА 4

ЭЛЛИПТИЧЕСКОЕ ИССЕЧЕНИЕ И ПЛАСТИКА СКОЛЬЗЯЩИМ ЛОСКУТОМ

Эллиптическое иссечение с последующей реконструкцией скользющим лоскутом является базовым методом хирургии местными лоскутами и одним из наиболее распространённых малых хирургических вмешательств. Существует мнение, что подобная процедура представляет собой реконструкцию двойным выдвигаемым лоскутом, однако она не требует дополнительного заимствования кожи для закрытия раневого или хирургического дефекта.

Процедура включает в себя следующие этапы:

1. Оцените патологический очаг и окружающую кожу.
2. Обведите патологический очаг.
3. Обведите края зоны предполагаемого иссечения.
4. Определите и разметьте линии расслабления кожи.

На лице размечайте лицевые складки, когда пациент стоит или сидит. На других частях тела отмечайте естественные складки или применяйте методику колец Флинга

5. Нарисуйте эллипс для отграничения патологического очага и краёв иссечения. Длинная ось эллипса соответствует линиям расслабления кожи или складкам лица при улыбке, либо определяется по методу колец Флинга и располагается перпендикулярно линиям максимальной растяжимости. Во избежание формирования дефекта по типу «собачьих ушек» соотношение длины эллипса к диаметру патологического участка и иссекаемым краям должно составлять не менее чем 4 : 1. На здоровую кожу приходится 75 % иссекаемой площади.
6. Эллиптически иссеките кожу с патологическим участком.
7. Отслаивайте края раны от подкожных тканей в основании разреза, сохраняя подкожное сплетение и кровоснабжение лоскута. Объем отслойки краёв раны пропорционален растяжимости кожи. Посредством такой отслойки формируются скользкий или двойной выдвигающий лоскуты. На лице отслойка должна осуществляться на уровне дермы, не затрагивая подлежащих лицевых мышц и ветвей лицевого нерва. Отслойка в других частях тела при небольших разрезах может безопасно выполняться на уровне подкожных тканей без нарушения кровоснабжения. При более значительных разрезах отслойка кожи волосистой части головы может безопасно осуществляться в плоскости между надчерепным апоневрозом и наружной надкостницей черепа, а на туловище и конечностях плоскость отслойки должна находиться либо поверхностнее, либо глубже глубокой фасции.

8. Для оценки величины достигнутого смещения края раны сводятся сначала с помощью кожных крючков. Затем рана ушивается для формирования линейного рубца.

При истинном эллипсе обе стороны раны имеют одинаковую длину. Бережное обращение с кожными краями, ушивание раны через равные промежутки и эверсия кожи обеспечивают формирование аккуратного рубца.

Математический анализ

Для зоны циркулярного иссечения диаметром 1 см и эллипса длиной 4 см:

Площадь циркулярного иссечения = $0,8 \text{ см}^2$.

Площадь эллипса = $3,14 \text{ см}^2$.

Площадь иссечения здоровой кожи = $2,34 \text{ см}^2$, что составляет примерно 75 % от общей площади эллиптического иссечения.

Модификации эллипса

При закрытии эллиптического дефекта отслойка краёв осуществляется симметрично. Отслойка края только с одной стороны помогает избежать деформации важных анатомических образований (рис. 4.1—4.4).

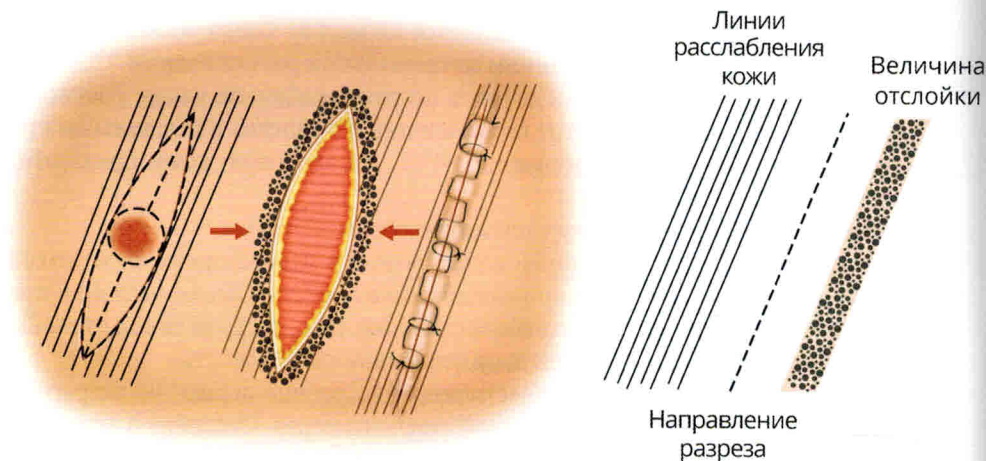


Рис. 4.1. Эллиптическое иссечение и двойной выдвижной лоскут. Патологическое образование (например, базальноклеточная карцинома) с иссекаемым контуром и эллипсом в соотношении 4 : 1 соответственно линиям расслабления кожи. Симметричная мобилизация краёв раны на уровне подкожных тканей и непосредственное закрытие дефекта двойным выдвижным (скользящим) лоскутом

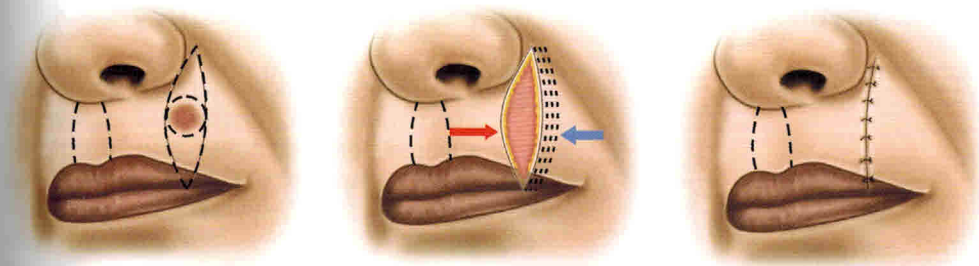


Рис. 4.2. Опухоль верхней губы слева с прорисованным контуром иссечения и эллипсом в соотношении 4 : 1 соответственно линиям расслабления кожи. Дефект закрыт после отслойки латерального края на 4—5 мм, что позволило избежать деформации основания левого крыла носа и дуги Купидона

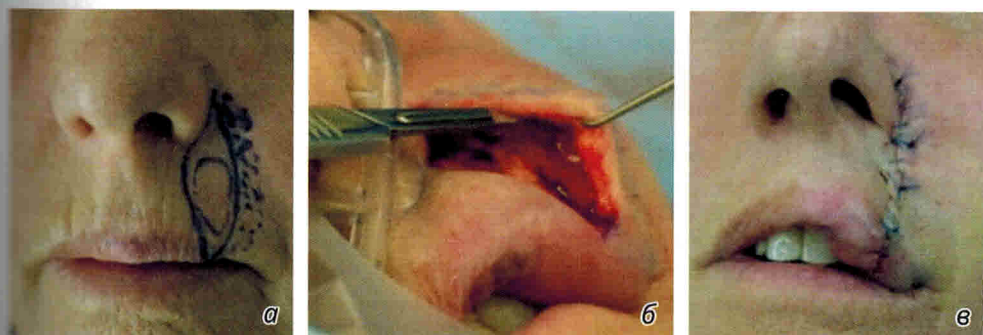


Рис. 4.3. Клинический пример одностороннего простого скользящего лоскута, перемещённого из медиальной части левой щеки на верхнюю губу слева во избежание деформации важного анатомического образования — дуги Купидона у женщины 65 лет (а). Односторонняя отслойка наружного края (б) и окончательный вид (в)

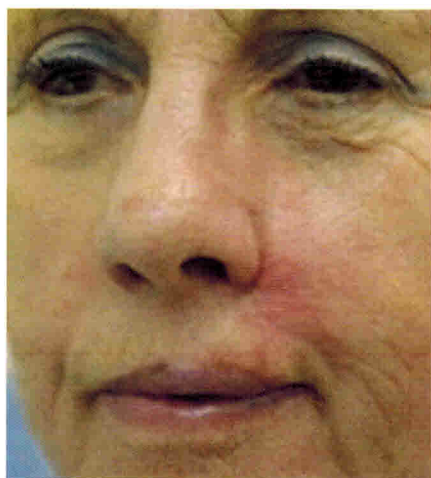


Рис. 4.4. Результат через 1 месяц после перемещения одностороннего щёчного скользящего лоскута на верхнюю губу слева

Полулунный эллипс

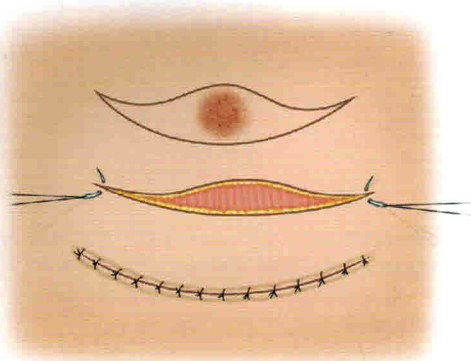


Рис. 4.5. Полулунный эллипс и рубец

Пластика посредством классического эллипса неизменно приведёт к формированию прямолинейного рубца. В определённых зонах лица рубец должен быть закруглённым, что обеспечивает оптимальное сочетание с мимическими складками или линиями расслабления кожи. Для этого эллипс можно изменить, придав ему полулунную форму. После иссечения патологического очага подобным образом обе стороны эллипса имеют равную длину. Перед ушиванием дефекта отслойке подвергается только внутренний край раны (рис. 4.5).

Асимметричный эллипс

В случаях, когда эллипс имеет асимметричную форму, где одна сторона длиннее другой, прямое восстановление дефекта посредством скользящего лоскута может быть затруднено либо не представляется возможным без появления деформации по типу «собачьих ушек» (рис. 4.6). Когда разница длины сторон невелика, имеется возможность ушить рану, аккуратно накладывая стежки на длинной стороне через больший промежуток, чем на короткой. Такой подход позволяет адаптировать края раны без гофрирующего эффекта. При значительной разнице длины сторон адаптировать края раны удаётся с помощью уменьшения длины с одной стороны либо увеличения с другой. Укоротить длинный край раны можно посредством иссечения одного или нескольких треугольников по его длине. Такая методика получила название треугольников Шимановского (Szymanowski) [1].

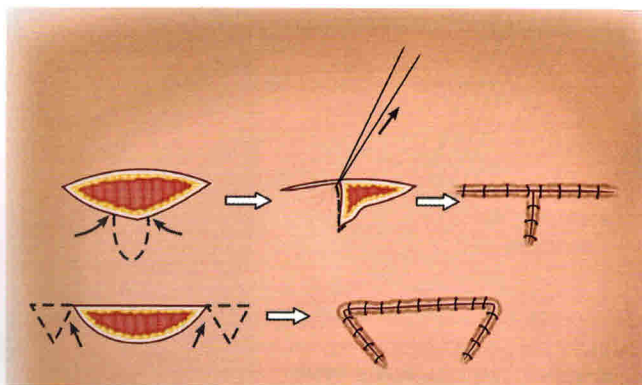


Рис. 4.6. Асимметричный эллипс

Клиновидное иссечение

Методика может рассматриваться как иссечение полуэллипса и применяться при работе на многослойных структурах, таких как губы, веки, уши [2] (рис. 4.7).

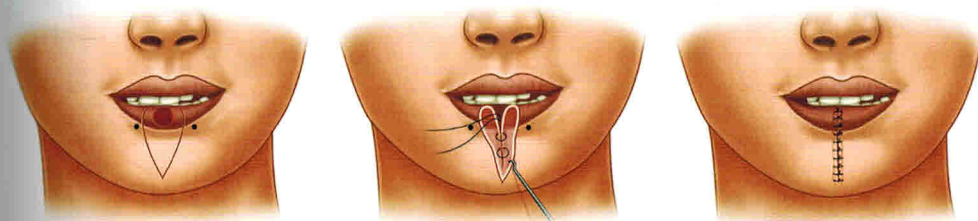


Рис. 4.7. Классическое клиновидное иссечение плоскоклеточной карциномы нижней губы. Резекция может сочетаться с М-пластикой и/или вермилионэктомией [2]

М-пластика [4, 5]

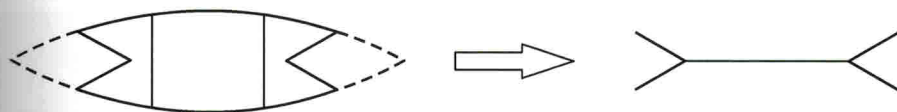


Рис. 4.8. Схема двухсторонней М-пластики

При замене эллиптического иссечения двухсторонней М-пластикой площадь вовлекаемой при реконструкции нормальной кожи уменьшается примерно до 50 % от общей площади эллипса. Первоначальная разметка наносится, как при эллиптическом иссечении. Треугольный лоскут с вершиной около 30° планируется с одной или обеих сторон зоны вмешательства. Отслойка осуществляется по длинным краям. Затем сформированные скользящие лоскуты сдвигаются и раневой дефект закрывается (рис. 4.8–4.10).

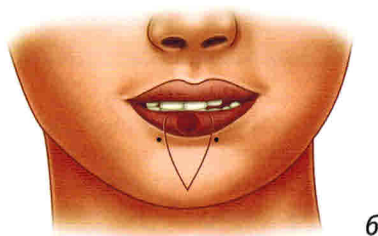
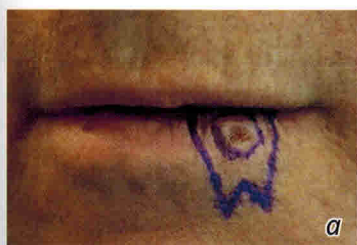


Рис. 4.9. Разметка для клиновидного иссечения при плоскоклеточной карциноме нижней губы у мужчины 55 лет и реконструкция с помощью М-пластики (а). Для сравнения представлена схема классического клиновидного иссечения с менее рациональным использованием кожи (б) [1]

ГЛАВА 6

РОТАЦИОННЫЕ ЛОСКУТЫ

Ротационный лоскут представляет собой полукруглый лоскут, который поворачивается вокруг точки вращения. Лоскут выкраивается таким образом, чтобы он включал в себя резерв тканей в своих пределах и перекрывал треугольный хирургический дефект как часть полукруга. Лоскут имеет точку вращения, дугу ротации и диаметр дуги в виде линии наибольшего натяжения. Основание лоскута, которое как минимум в три раза больше длины дефекта, обуславливает хорошее кровоснабжение [2]. Планирование классического ротационного лоскута на основании схем, повторяющихся в литературе по пластической хирургии, обманчиво кажется лёгким.

Исходному дефекту придают треугольную форму. Затем планирование осуществляется таким образом, чтобы одна из сторон треугольника была сопряжена с лоскутом, а основание треугольника являлось частью окружности лоскута.

С практической точки зрения лоскут рекомендуется выкраивать несколько больше запланированного, чтобы после поворота тот закрывал треугольный дефект без натяжения или с минимальным натяжением. Расстояние между точкой вращения и наиболее дальним концом лоскута должно соответствовать расстоянию между точкой вращения и наиболее дальней точкой дефекта.

После выкраивания лоскута и его поворота стороны раны, из-за разницы их длины, испытывают разное натяжение. Такая разница в натяжении лучше всего нивелируется при ушивании раны по принципу «деления пополам». Чем больше дуга окружности, тем длиннее линия, вдоль которой может быть распределено натяжение, и меньше разница натяжения в любой конкретной точке [3] (рис. 6.1, 6.2).

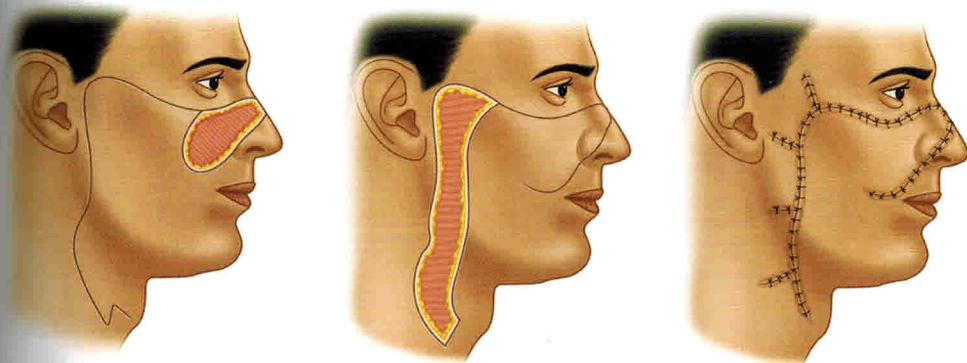


Рис. 6.1. Ротационная пластика. Закрытие частичного дефекта боковой поверхности носа и прилегающей щеки на основе оригинальных схем доктора Эссера (Esser), 1918 [1]

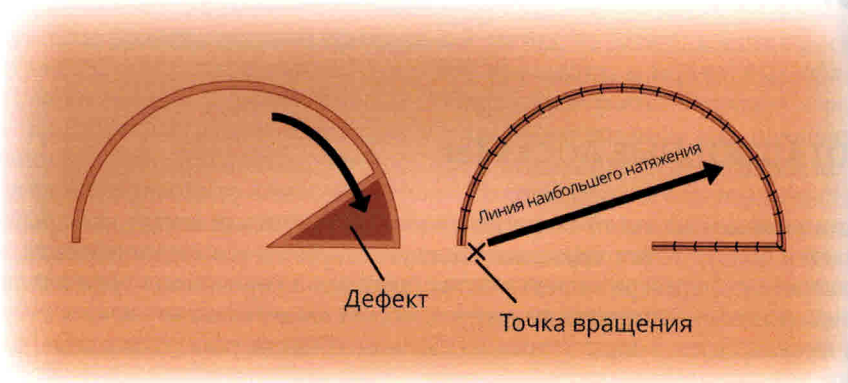


Рис. 6.2. Классический ротационный лоскут

Немного увеличить подвижность лоскута можно путем смещения точки вращения с помощью заднего разреза или выкраивания небольшого треугольника Бароу. Задний разрез позволяет сместить точку вращения в сторону дефекта, однако снижает кровоснабжение лоскута (рис. 6.3).

При больших хирургических дефектах закрыть донорскую рану удаётся не всегда. В этих случаях для реконструкции может потребоваться использование кожного трансплантата.

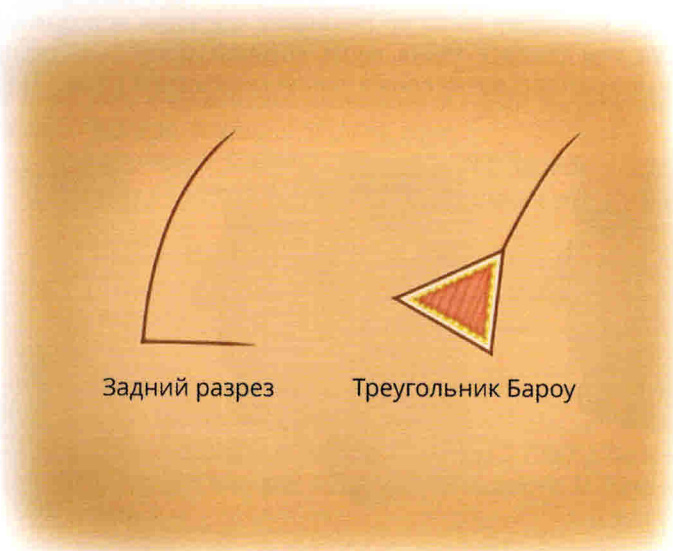


Рис. 6.3. Перемещение точки вращения

Ротационный лоскут волосистой части головы

Классификация: ротационный/одномоментный лоскут, поворачиваемый вокруг точки вращения.

Клинический пример: рецидивирующая базальноклеточная карцинома в зоне старого рубца волосистой части головы.

Хирургическая техника: базальноклеточная карцинома и рубец иссечены с периферическим краем 5 мм. Ротационный лоскут волосистой части головы размечен, выкроен и повернут в зону хирургического дефекта (рис. 6.4).

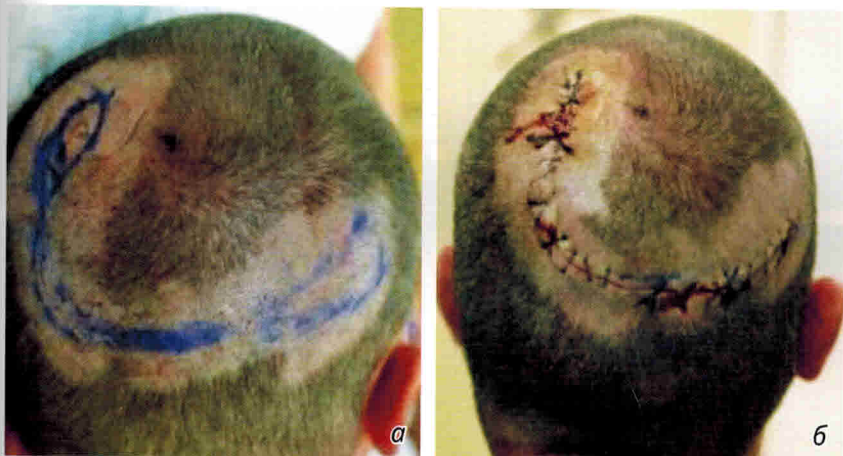


Рис. 6.4. Задний ротационный лоскут волосистой части головы при базальноклеточной карциноме в зоне старого рубца (а, б)

Ротационный лоскут с использованием кожного трансплантата для реконструкции в донорской зоне



Рис. 6.5. Крупная плоскоклеточная карцинома в теменной области у мужчины 73 лет (а) широко иссечена до костей черепа. Реконструкция с помощью крупного заднего ротационного лоскута, кровоснабжаемого затылочными сосудами слева (б). Вторичный дефект закрыт с помощью кожного трансплантата (в)

Ротационный лоскут височной области



Рис. 6.6. Злокачественная меланома *in situ* в левой височной области у женщины 45 лет (а) была широко иссечена. Реконструкция выполнена с помощью ротационного лоскута волосистой части головы (б, в)

Полезные советы

Использование ротационного лоскута — это довольно большое вмешательство для закрытия маленького дефекта, однако, имея сосудистую ножку и широкое основание, такой лоскут является безопасным способом устранения дефекта по принципу «замены утраченного подобным». На волосистой части головы дефект замещается несущей волосы кожей и позволяет укрыть обнажённую кость. В случаях недостаточной эластичности лоскута и невозможности распределения натяжения требуется использование кожного трансплантата для закрытия донорской зоны.

Точка вращения может быть перемещена с помощью заднего разреза, увеличивая величину ротации. Трёхплоскостная модель волосистой части головы обеспечивает точность планирования лоскута и позволяет избежать сложностей при использовании кожного трансплантата.

ГЛАВА 10

ПЕРЕКИДНЫЕ ЛОСКУТЫ

Это ещё один тип локальных лоскутов, которые поворачиваются вокруг точки вращения. Лоскут выделяется на ножке и поворачивается на $90-180^\circ$, подобно странице книги. Для увеличения способности к перемещению лоскут может быть выделен на подкожной ножке. При этом следует проявлять осторожность и сохранять достаточное основание для сохранения кровоснабжения (рис. 10.1).

Использование лоскутов такого типа эффективно в случаях, когда в результате травмы, опухоли, врождённой аномалии или инфекционного процесса утрачена структура с оппонирующими эпителиальными поверхностями. После восстановления внутренней выстилки требуется лоскут для закрытия наружного дефекта

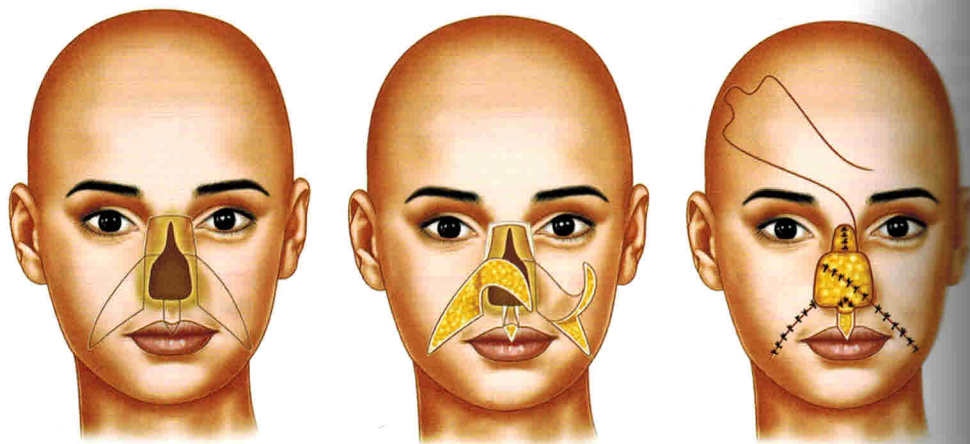


Рис. 10.1. Реконструкция внутренней выстилки носа с использованием кожи носовой области, а также носогубных складок [1, 2]. По оригинальным схемам Joseph, 1937

Внутренняя выстилка носа восстанавливается с помощью перекидного лоскута выделенного из прилегающей кожи. Для сохранения кровоснабжения выкраивать лоскут, особенно в зоне перегиба, следует с осторожностью, поскольку слизистая носа и кожа соединяются через рубец. После адаптации лоскута в новом положении полученный дефект кожи носа вдвое превосходит первоначальный. Теперь он может быть закрыт с помощью носогубного лоскута с нижним основанием (рис. 10.2, 10.3).

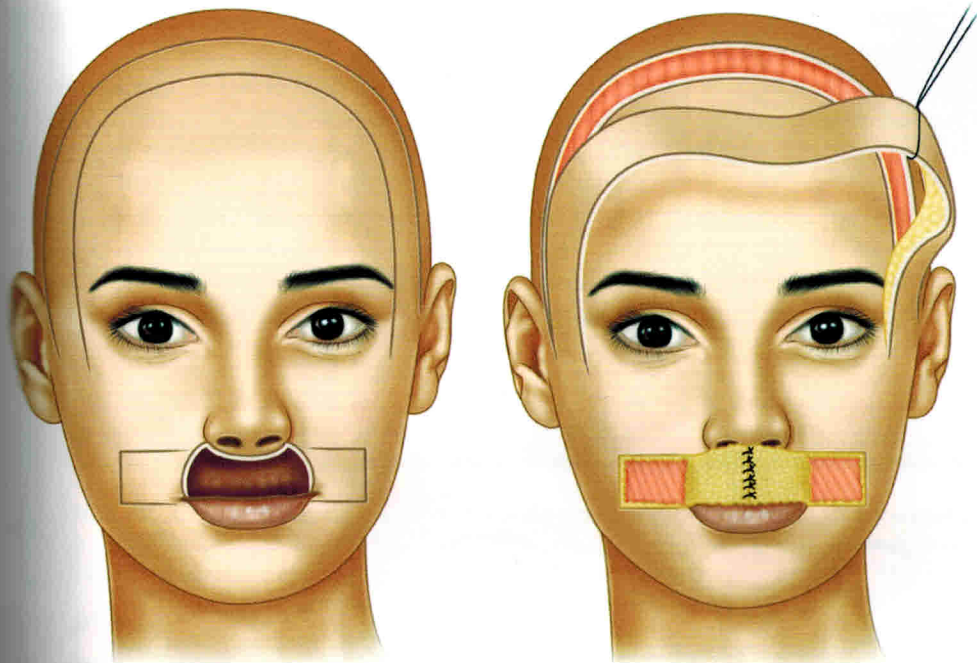


Рис. 10.2. Два щёчных перекидных лоскута для восстановления внутренней выстилки при дефекте верхней губы [1, 2]. По оригинальным схемам Joseph, 1931

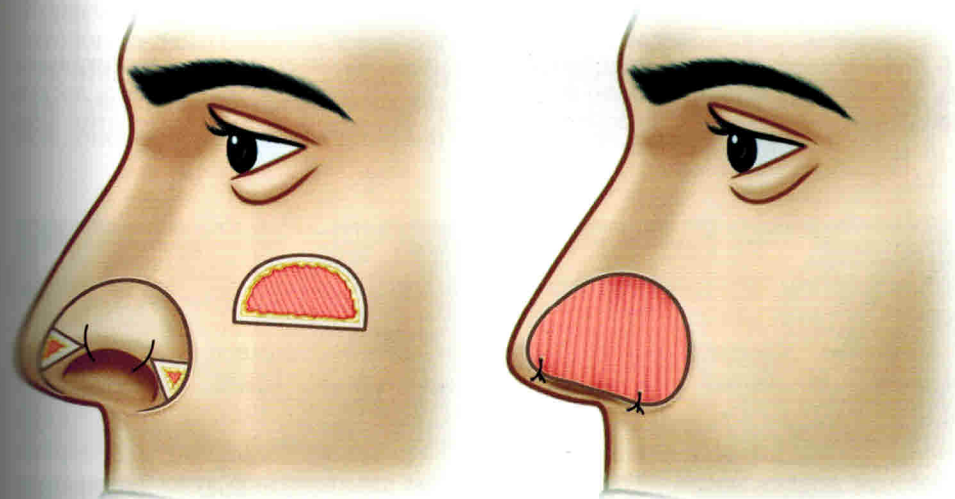


Рис. 10.3. Реконструкция внутренней выстилки носа при полнослойном дефекте крыла носа

Принцип использования перекидных лоскутов получил дальнейшее развитие благодаря доктору Герберту (Herbert) [3].

Щёчный лоскут выделяется на подкожной ножке в зоне, примыкающей к назальному дефекту и включающей в себя сосуды, кровоснабжающие прилегающую к грушевидному отверстию зону. Лоскут поворачивается вокруг вертикальной оси, верхняя и медиальная его части подшиваются, завершая реконструкцию утраченной слизистой оболочки. Толщина неиспользованного фрагмента лоскута аккуратно уменьшается, а сам он поворачивается вокруг горизонтальной оси и закрывает кожный дефект носа. Донорская зона лоскута на щеке закрывается затем с помощью носогубного выдвижного лоскута на подкожной ножке (рис. 10.4).

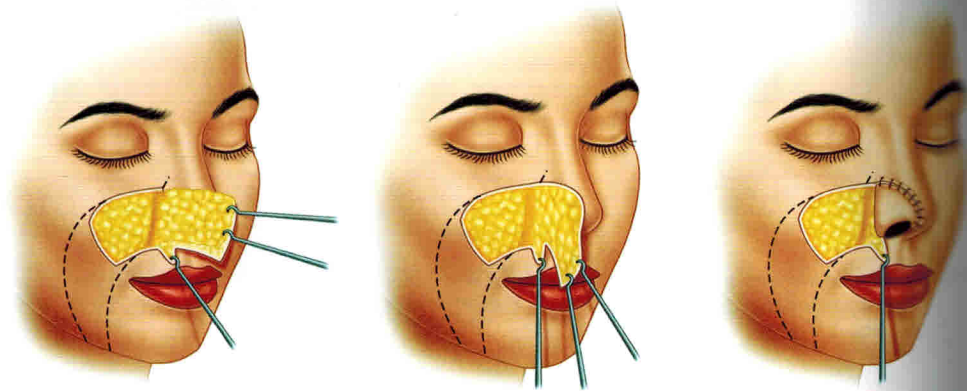


Рис. 10.4. Щёчный лоскут на подкожной ножке поворачивается вокруг вертикальной оси, обеспечивая реконструкцию внутренней выстилки, а свободная часть лоскута поворачивается вокруг горизонтальной оси, формируя кожное покрытие носа.

Классификация: перекидной (одно- или многоэтапный) лоскут, поворачивающийся вокруг точки вращения.

Клинический пример I: реконструкция половины носа у мужчины 35 лет после широкой гемимаксилэктомии/гемиринэктомии по поводу саркомы правой верхней челюсти. Сначала с помощью свободного кожно-мышечного лоскута из широчайшей мышцы спины был закрыт обширный глазнично-носо-верхнечелюстной дефект, после чего пациент получал адъювантную лучевую терапию. Через 1 год пациент был готов для этапной реконструкции половины носа (рис. 10.5).

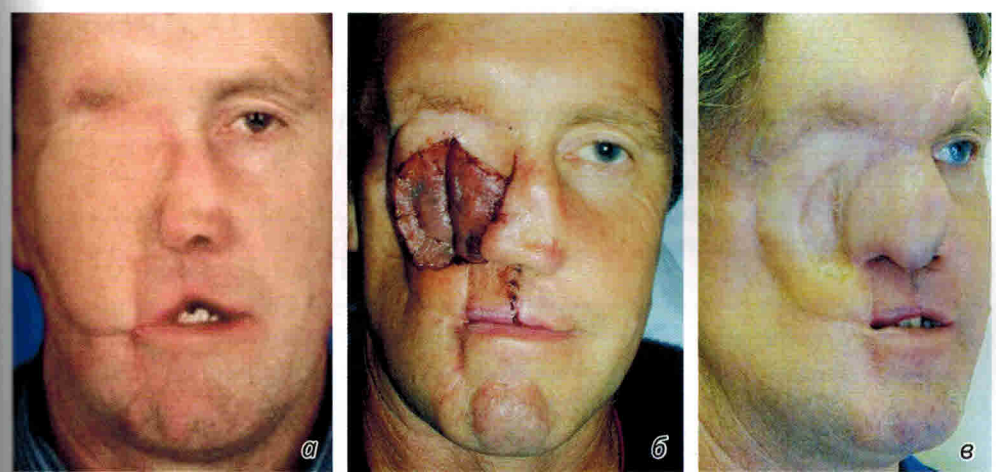


Рис. 10.5. Мужчина 35 лет после операции по поводу саркомы правой верхней челюсти и последующей реконструкции свободным кожно-мышечным лоскутом из широчайшей мышцы спины (а). Был использован перекидной лоскут (б) с последующей этапной реконструкцией лобным лоскутом (в)

Клинический пример II: меланома *in situ*, подтверждённая результатом эксцизионной биопсии пигментного образования на подошвенной поверхности второго пальца левой стопы у женщины 29 лет. Произведено широкое иссечение патологического очага с последующим закрытием подошвенного дефекта с помощью этапной реконструкции перекрёстно-пальцевым перекидным лоскутом, взятым с тыльной и медиальной поверхности третьего пальца левой стопы, и пластикой донорской зоны полнослойным кожным трансплантатом (рис. 10.6).

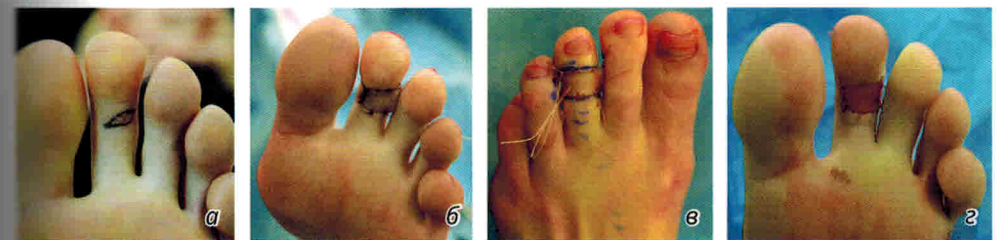


Рис. 10.6. Меланома *in situ* подошвенной поверхности второго пальца левой стопы женщины (а) широко иссечена с последующей пластикой перекрёстно-пальцевым лоскутом, взятым с тыльной поверхности третьего пальца (б, в). Результат через 2 недели после отсечения лоскута (г)

ГЛАВА 17

ОСЛОЖНЕНИЯ: ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Гематома

Классификация: раннее послеоперационное осложнение.

Клинический пример: у мужчины 62 лет, получавшего малые дозы аспирина, с рецидивирующей базальноклеточной карциномой в правой височной области сформировалась болезненная гематома под ротационным лоскутом волосистой части головы через 3 часа после операции. Пациент, почувствовав «щелчок» под лоскутом, после которого развилось активное кровотечение, обратился в отделение экстренной помощи. Была наложена давящая повязка, однако гематома не была ни распознана, ни дренирована. Пациент обратился за помощью повторно на следующее утро (рис. 17.1).

Обратите внимание

Гематома под реконструктивным лоскутом является экстренной хирургической ситуацией. Давление на лоскут приводит к ишемическому некрозу. Своевременная ревизия и эвакуация гематомы является экстренным хирургическим вмешательством. Источник кровотечения, по причине сосудистого спазма, зачастую определить невозможно. В послеоперационном периоде необходимо дренировать операционную рану при выкраивании широких лоскутов, наличии карманов или высокой вероятности развития кровотечения.

Пациенты должны покинуть медицинское учреждение с промежуточным или окончательным эпикризом, послеоперационными рекомендациями и контактными данными лечащего врача. Следует настоятельно рекомендовать пациенту иметь эти документы при себе на случай возникновения экстренной ситуации и обращения в медицинское учреждение. Мы даём своим пациентам личный номер телефона после операции.

Необходимо помнить, что в современном мире многие из наших пациентов длительно принимают антикоагулянты, включая малые дозы аспирина, варфарин, клопидогрель и ривароксабан. При операциях на коже я предпочитаю выписывать пациентов на двух последних препаратах. В случае необходимости приёма более агрессивных антикоагулянтов рекомендуется получить консультацию кардиолога или гематолога.



Рис. 17.1. Базальноклеточная карцинома правой височной области у мужчины 62 лет (а) иссечена с последующей реконструкцией ротационным лоскутом волосистой части головы (б). Сформировавшаяся под лоскутом гематома (в) не была диагностирована. Эвакуация гематомы была отсрочена (г), что привело к частичному некрозу лоскута волосистой части головы (д, е). Некротизированный участок был иссечён, и рана зажила вторичным натяжением через 6 недель (ж). Результат через 2 года (з)

Венозная ишемия

Классификация: раннее послеоперационное осложнение.

Клинический пример: женщина 78 лет с ишемической болезнью сердца, водителем ритма, получающая антикоагуляционную терапию варфарином, обратилась с плоскоклеточными карциномами волосистой части головы. В условиях продолжающегося приёма варфарина опухоли были иссечены с последующей реконструкцией двумя трапецевидными (keystone) лоскутами. После операции наблюдалась небольшая кровоточивость, и через 5 дней развился тотальный некроз одного лоскута, обусловленный нарушением венозного оттока. Некротизированный лоскут был иссечён, а рана закрыта с помощью расщеплённого кожного трансплантата (рис. 17.2).

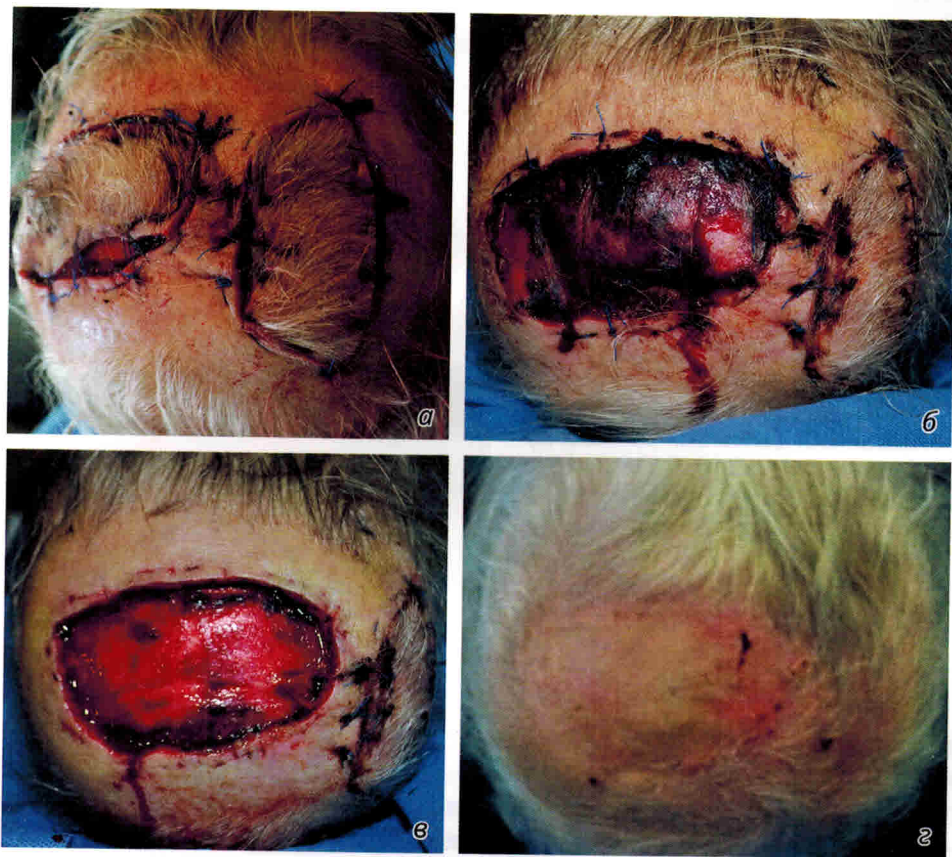


Рис. 17.2. Два трапецевидных (keystone) лоскута на волосистой части головы у женщины 78 лет после иссечения плоскоклеточных карцином (а). Один из лоскутов некротизировался на фоне венозной ишемии, обусловленной кровотечением в послеоперационном периоде (б). Через 7 дней лоскут с очевидными признаками некроза был иссечён (в) с последующим закрытием дефекта расщеплённым кожным трансплантатом. Результат через 6 месяцев (г)