

ДОРОГОЙ ЧИТАТЕЛЬ!

Вы держите в руках очередной, уже 38, номер журнала «Вопросы реконструктивной и пластической хирургии». Наш журнал широко известен в профессиональном хирургическом сообществе, поскольку регулярно четыре раза в год выходит в свет с 2001 года. Публикации научно-прикладного характера стали очень востребованными в хирургической среде. Подтверждением чему являются многочисленные отзывы. Чаще положительные, но бывают и с явно критическим настроением о той или иной работе. Это говорит о том, что журнал «живой», интересный, нужный. Из огромного числа научных журналов такого внимания читателей удостоены лишь единицы, и мы рады, что в их числе оказался наш журнал!

С 2011 года журнал «Вопросы реконструктивной и пластической хирургии» входит в Перечень журналов, рекомендованных ВАК для публикаций фрагментов кандидатских и докторских диссертаций. Журнал стал официальным органом Общества кистевых хирургов России (Кистевая группа).

Издавать в наше время научно-практический журнал с четкой периодичностью очень трудно. Это связано, прежде всего, с резким сокращением прикладных научных исследований в области хирургии. Масса врачей занята сугубо процессом выживания. Им не до творчества, не до научных изысканий. Это касается не только практического здравоохранения, но и медицинских академий, и университетов. Поэтому мы активно привлекаем врачей, ученых-медиков из многих стран мира к сотрудничеству с нашим журналом. И это нам удается.

Хочу сказать несколько слов о моде в хирургии. Оказывается есть такое понятие. Не столько в жизни, сколько на страницах печати. Последнее время в России стали говорить, например, о том, что реконструктивная и пластическая микрохирургия умерла, либо мода на нее прошла. И это в то время, когда наступает эра «тканевой инженерии», которая в ближайшее время может составить серьезную конкуренцию органной аллотрансплантологии. Для реализации технологии органной тканевой инженерии необходимы серьезные микрохирургические технологии по созданию соответствующего сосудистого русла в «выращиваемом органе». В конце июня



2011 года в Хельсинки завершил работу очередной Шестой Конгресс Мирового общества реконструктивной микрохирургии (WSRM), в работе которого приняли участие ученые и врачи из 45 стран (около 1000 человек). Конгрессы проходят через каждые 2 года и имеют ошеломляющий успех и поддержку со стороны Правительств стран-участников. Мы не пропускаем ни один Конгресс WSRM, активно участвуем в его работе. Хотим верить, что наступит благоприятное время и в нашей стране, когда работа отечественных микрохирургов, занимающихся хирургией «качества жизни», вновь станет, как и в советское время, востребованной и почитаемой.

С уважением,
Главный редактор,
Заслуженный врач РФ,
профессор В. Ф. Байтингер

PROXIMAL INTERPHALANGEAL PERFORATOR FLAP

Center of Biological and Health Sciences, University of Southern Santa Catarina (Unisul). Tubarão, SC, Brazil

© Bertelli J.A.

Key words: perforator flaps, interphalangeal joint.

УДК 616.5-089.843-74-031:611.977:616.727.9:001.894

CLASSIFICATION

Axial skin flap.

VASCULAR PEDICLE

A perforator 0,4 mm in diameter that emerges from the proper digital artery 10 mm proximal to the proximal interphalangeal joint. Secondary vascularization stems from the vascular arcade over the extensor tendon border (Fig. 1).

ANATOMY AND SURFACE MARKINGS

1. The skin over the proximal interphalangeal joint is pinched and the amount of skin that can be removed while still allowing for direct closure is determined (Fig. 2).
2. The point of emergence of the main pedicle (i.e., 10 mm to the proximal interphalangeal joint) is marked (Fig. 3).
3. Secondary vascular bundles that travel along the lateral margins of the extensor tendons are marked on the skin to guide dissection (Fig. 3).
4. The junction between the palmar and dorsal skin is visualized and reflects the point of maximal palmar dissection.

POSITIONING THE PATIENT

Dorsal decubitus, with the patient's arm placed at right angles to the body and supported on a surgical hand table. The limb is prepared and a tourniquet inflated.

RAISING THE FLAP

After releasing the scar on the volar aspect of the finger, the skin defect is measured. The flap on the dorsal side of the proximal interphalangeal joint

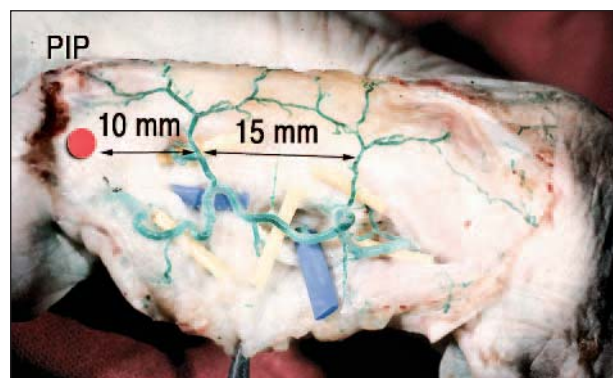


Figure 1. Anatomical dissection of the lateral aspect of the index finger after green latex injection into the brachial artery. Note the perforators located 10 and 15 mm proximal to the proximal interphalangeal joint (PIP). Also note the vascular arcade over the extensor tendon border, which links the perforators

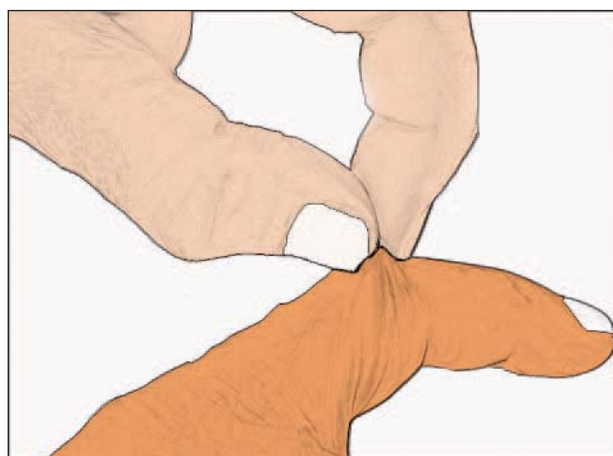


Figure 2. Maneuver to determine the amount of skin that can be removed while still ensuring direct closure

is outlined. The skin is incised down to the fascia, which should be left in place. At the extensor tendon margin, the skin is separated from the subcutaneous tissue, and the subcutaneous tissue is divided for a length of 10–15 mm, parallel to extensor tendons and toward the metacarpophalangeal (MCP) joint

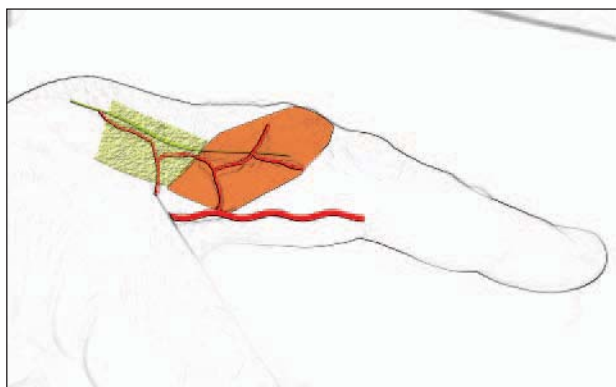


Figure 3. Flap design and vascular pedicles, including the distal perforator and subcutaneous tissue on the side of the finger

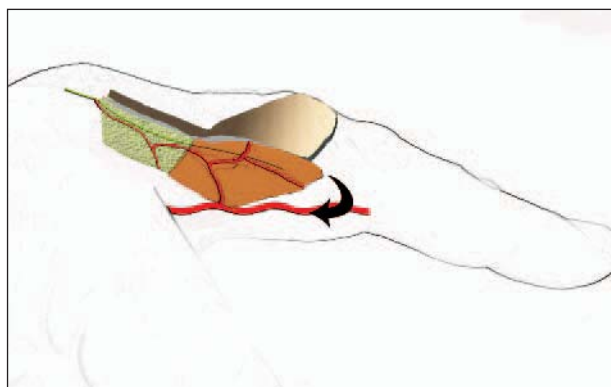


Figure 4. Schematic representation of flap harvesting. The flap is raised superficial to the fascia. At the base of the flap, the skin is detached from the subcutaneous tissue, which then is incised along the lateral margin of the extensor tendon



Figure 5. Representative clinical case. Left upper corner: preoperative view of scar retraction, post burn injury in a child. Right upper corner: intraoperative view of the dissection of a perforator proximal interphalangeal flap on the index and middle finger. Left and right lower corners: 12-month postoperative views

(Fig. 4). The entire flap is raised superficial to the fascia. Dissection proceeds towards the palmar aspect, stopping at the projection of the meeting zone of palmar and dorsal skin. The flap is transposed palmarly and sutured in place. The donor zone is closed directly. This helps to maintain the proximal interphalangeal joint in extension, so that a plaster splint is needed for only 10 days. After this period, the patient is instructed to flex the finger gradually.

CLINICAL PERSPECTIVE

Skin coverage of the palmar surface of the proximal interphalangeal joint² (Fig 5.).

HITS AND TIPS

The flap design is oblique and the tip of the flap should not invade the skin on the lateral portion

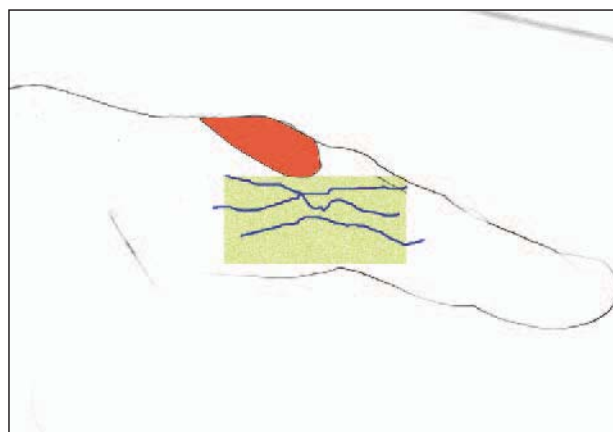


Figure 6. Schematic representation of the distal limit of the flap design. Note that normal skin is preserved on the lateral side of the finger, so as to avoid compromising venous drainage from the fingertip

of the contralateral side, so as to preserve venous drainage of the distal finger (Fig 6).

REFERENCES

1. Bertelli J.A., Pagliei A. Direct and reversed flow proximal phalangeal island flaps. J Hand Surg Am 1994;19:671-680.
2. Bertelli J., Nogueira C. Treatment of recurrent digital scar contracture in paediatric patients by proximal phalangeal island flap. Ann Chir Main Memb Super 1997;16:310-315.

Поступила в редакцию 23.03.2011
Утверждена к печати 1.06.2011

Author, contacts:

Jayme A Bertelli — MD, PhD Joana de Gusmão Children's Hospital and the University of Southern Santa Catarina (Unisul), Florianópolis, SC, Brazil.
drbertelli@gmail.com