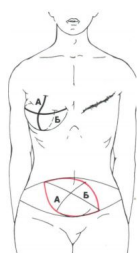


---

Ойзер, описавший этот метод, в 1982 году, для обеспечения хорошего кровоснабжения проводит вмешательство двухмоментно, после тренировки лоскута. Доступ при первой операции осуществляется через W-образный дермолипэктомический разрез, затем проводится препаровка до выбранной для пересадки прямой мышцы живота, вскрывается передняя пластинка влагалища, отыскивается нижняя надчревная артерия, затем снизу мышца пересекается и поднимается вместе с фасцией.



После этого хирург наблюдает за поведением кожи, связанной с мышцей, немедленно удаляя нежизнеспособные или ликвидные [участки](#), где кровоснабжение кажется ненадежным. Затем кожный лоскут пришивается на свое место. Через неделю лоскут снова поднимается, постмастэктомический рубец иссекается, кожа между донорским участком и воспринимающим ложем подпрепаровывается, под ней лоскут протаскивается к воспринимающему ложу и вшивается.

Рана брюшной стенки закрывается путем мобилизации косой наружной мышцы живота, причем для большей надежности сюда перегибается.

---

Вращение лоскута на воспринимающее ложе: подпупочный лоскут увеличивает объем восстанавливаемой железы, а вертикальный служит для устранения кожного дефекта

и влагалище прямой мышцы живота противоположной стороны. Согласно мнению этого автора, у больных астенической конституции даже косую наружную мышцу живота не нужно мобилизовывать. Автор считает излишним пересадку синтетической сетки для укрепления брюшной стенки. Применяя этот метод, Гондолфо, получил удовлетворительный результат у пяти больных.

Элиот в 1983 году, на основании трехлетнего опыта проведения более ста реконструкций [молочной железы](#) с использованием горизонтального кожно-мышечного лоскута из прямой мышцы живота пришли к выводу, что контралатеральный лоскут (выкроенный на стороне, противоположной дефекту) обладает целым рядом преимуществ: меньше закручивается его питающая ножка; более благоприятна локализация островка кожи, так как дистальный его конец попадает в краниальное положение, что способствует венозному оттоку; большая часть массы формируемой молочной железы приходится на латеральные квадранты, что придает железе более естественный вид, более того, таким путем можно имитировать даже отвислую форму здоровой молочной железы. В интересах создания лучшей формы на месте воспринимающего ложа кожу каудальнее от рубца удаляют до субмаммарной складки. Авторы решительно утверждают, что лоскут содержит такое количество кожи и подкожной жировой ткани, что надобности в протезе никогда не возникает, более того, при формировании выпуклости молочной железы в большинстве случаев обнаруживается еще и избыток кожи, который приходится удалять.

---

Другие интересные и полезные материалы:

- 1) [Лечение больных с абсцессами легких с дыхательной недостаточностью](#)
  
- 2) [Удаление гноя, механических препятствий и инородных тел при лечении абсцессов легких](#)