

IV Национальный конгресс

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ,
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
И КОСМЕТОЛОГИЯ

Сборник тезисов

3–5 декабря 2015 года
«Radisson Royal Hotel, Moscow»



IV Национальный конгресс

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ,
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
И КОСМЕТОЛОГИЯ

Сборник тезисов

3–5 декабря 2015 года
«Radisson Royal Hotel, Moscow»

Парапротезная инфекция (клинический случай).

Аганина Е. Н., Ведерникова О. Л.
ООО «Пластика», Йошкар-Ола

Случай парапротезной инфекции является редким, но серьезным осложнением эндопротезирования молочных желез, так как инородное тело практически сводит на нет все усилия хирурга по устранению инфекции. На единственном случае парапротезной инфекции в нашей практике хотелось бы остановиться подробно. Пациентке А., 30 лет, эндопротезирование молочных желез выполнялось по поводу постлактационной инволюции 15.12.2014 г. Операция была выполнена с удовлетворительными эстетическими результатами (пациентка была довольна). Во время операции проблем не было, гемостаз без сложностей. Ближайший послеоперационный период протекал гладко. Дренажи с двух сторон удалены утром на следующий день, однако уже во второй половине дня справа появились признаки острого кровотечения. Пациентка была взята в экстренном порядке в операционную. Кровотечение из сосуда среднего калибра остановлено. Протез возвращен на место. 17.12.14 г. пациентка стала жаловаться на интенсивные боли в области уже в левой половине грудной клетки. В манипуляционной слева контрапертура была раскрыта, получено в небольшом количестве геморрагическое отделяемое. Одновременно у пациентки выявлены признаки обострения остеохондроза грудного отдела позвоночника, назначено соответствующее лечение. Состояние пациентки несколько ухудшилось, появился субфебрилитет. С 18.12.14 г. на перевязке к отделяемому из контрапертуры стала примешиваться слизь с белыми хлопьями, но без запаха. Было заподозрено инфицирование. Взят бактериологический посев. Сменены антибиотики, назначены внутривенно. Полость слева промыта большим количеством антисептиков. В общем анализе крови выявлено смещение лейкоцитарной формулы влево, снижение гемоглобина. Небеспристрастный опрос выявил новые подробности анамнеза – у пациентки уже более 10 лет выделяется грудное молоко из сосков (ни хирург, ни онколог об этом не были поставлены в известность во время предоперационного обследования). 19.12.14 г. появились признаки инфицирования уже и справа. Пациентке было предложено удаление эндопротезов. И вот здесь мы столкнулись с неожиданным обстоятельством, пациентка, довольная результатами аугментации, и, чувствуя себя вполне удовлетворительно на фоне лечения антибиотиками, наотрез отказалась от удаления имплантатов. Никакие наши доводы не привели к успеху. Подключить к проблеме родственников не удалось – пациентка жила одна. В течение последующих 4 дней мы вынуждены были продолжать консервативное лечение. Предварительные результаты бактериологического посева свидетельствовали о незначительном росте и только на обогащенной среде непатогенной микро-

флоры – *Staph. epidermidis*, кстати, чувствительного ко всем используемым нами антибиотикам и антисептикам. Антибиотикотерапия была скорректирована. На 7-е сутки после операции у пациентки появились признаки капиллярного кровотечения в области левой молочной железы, и только это обстоятельство позволило нам 22.12.14 г. взять ее на операционный стол. Операция снималась на видео. Эндопротезы были удалены. Содержимое полостей взято на бактериологический посев – высеялся уже условно патогенный *Acinetobacter hoemolyticus*. Антибиотикотерапия была скорректирована согласно чувствительности. Потеря имплантатов сказалась негативно на взаимоотношениях пациентки с медперсоналом. Как только ее состояние стабилизировалось, она покинула стационар. Анализируя историю болезни, можно предположить, что парапротезная инфекция, вызванная непатогенным *Staph. Epidermidis*, а позже условно патогенным *Acinetobacter hoemolyticus*, развилась у нашей пациентки на фоне снижения иммунитета. Этому способствовало послеоперационное кровотечение, повторное хирургическое вмешательство, а также обострение остеохондроза. Напомним, что признаков инфицирования при первой ревизии выявлено не было. Так как сразу после первой операции дренажи были удалены, а инфекция впервые обнаружилась в молочной железе без признаков кровотечения, то можно предположить, что инфицирование могло произойти через расширенные млечные протоки, а галакторрея послужила дополнительной питательной средой для развития микроорганизмов и усугубления процесса. Из этого случая особенно становится ясной необходимость тщательного сбора анамнеза у пациентов, идущих на пластическую операцию. В этом случае могут помочь заполняемые информированные согласия и анкет с перечислением всех накануне перенесенных заболеваний и проблем. Но нельзя сбрасывать со счетов и умышленное замалчивание пациентами своих проблем из-за боязни отказа хирурга в проведении операции.

Особенности работы медицинской сестры в пластической хирургии.

Аганина Е.Н., Падыганова Н.Г.
ООО «Пластика», Йошкар-Ола

Труд медицинской сестры в пластической хирургии многогранен и специфичен. Объем работы и круг ее обязанностей может существенным образом колебаться в зависимости от организации труда медицинского учреждения, в котором она работает. В нашем учреждении одна и та же медицинская сестра работает с пациентом от момента записи его на операцию до момента полного восстановления. Естественно, что при этом она должна быть хорошо осведомлена об общих требованиях к пациенту и правилах, которые он должен неукоснительно соблюдать на всех этапах лечения, а также

свободно ориентироваться в тонкостях лечебного процесса при хирургической коррекции эстетических недостатков. Медсестра заметным образом может облегчить работу пластического хирурга, взяв на себя часть организационных вопросов, в частности контроль за неукоснительным выполнением пациентом предоперационного обследования и своевременным поступлением его на операцию. Имея при себе план хирургических вмешательств на текущую неделю, она по телефону напоминает пациентам о предстоящей явке в медицинское учреждение, попутно отвечая на возможные вопросы и собирая дополнительную информацию, а также выделяя приоритетные проблемы еще на первом этапе сестринского процесса. Хорошим подспорьем в работе медсестры служат Карты динамического наблюдения, которые делают оказание медицинской помощи более грамотным, и не исключают индивидуального подхода к каждому пациенту. Карты включают в себя список необходимых сестринских мероприятий и манипуляций (с отметкой об их выполнении) в пред- и послеоперационном периоде, что облегчает наблюдение за динамикой состояния пациента на всех этапах лечения. Наиважнейшее место в пластической хирургии занимает профилактика осложнений, которая начинается, по существу, еще на этапе отбора пациентов на операцию. Но основные мероприятия начинаются с первых минут пребывания пациента в отделении. Медицинской сестре необходимо убедиться, что пациент соблюдал предписанный режим питания или голодания, убрал все металлические украшения во избежание получения ожогов при использовании электрокоагуляции, заблаговременно снял лак с ногтей, при необходимости удалил волосы в области операции, приготовил компрессионную одежду, эластичные бинты или чулки т.д. Послеоперационный период начинается тотчас после окончания операции. Объем ухода зависит от состояния больного и от того, насколько пациент может себя обслуживать. Сюда относится медикаментозное лечение, обработка операционных ран, инфузионная терапия, личная гигиена больного, правильное питание, методы асептики и антисептики. Особого внимания требуют пациенты, которым операция выполнялась под общим обезболиванием. При уходе медсестре необходимо предельное внимание, понимание своих задач, ответственное выполнение назначений врача. При этом она должна хорошо ориентироваться в их предназначении и целесообразности. Выписка пациентов после пластических операций осуществляется в самые сжатые сроки. За непродолжительное время пребывания пациента в стационаре на медсестру возлагается обязанность его обучения самостоятельному уходу за оперированной областью в домашних условиях. На медсестру также ложится обязанность отслеживать своевременную явку пациентов на перевязки и повторные консультации. Специфика пластической хирургии требует организации круглосуточных вспомогательных консультаций по телефону на весь период послеоперационного восста-

новления, львиная доля которых осуществляется именно средним медперсоналом. Длительность восстановительного периода может варьировать от нескольких дней до нескольких месяцев. Не случайно, что за это время между медицинской сестрой и пациентом возникают особые доверительные и дружелюбные отношения. Это чрезвычайно важно в пластической хирургии, так как из-за сопровождающих операции кровоизлияний и отеков, окончательный результат может стать заметным не сразу после вмешательства, а лишь через некоторое время. В этом случае поддерживающие беседы медсестры с пациентом оказываются особенно полезными. Таким образом, медицинская сестра в пластической хирургии является активным участником всего лечебно-диагностического процесса: от начала до его окончания. При этом для организации комплексного грамотного ухода за пациентами, медсестре необходимо глубокое знание не только всех составляющих сестринского дела, но и психологических аспектов ведения пациентов.

Профилактика осложнений уретро-неоуретрального анастомоза после оперативных вмешательств при смене пола с женского на мужской.

Адамян Р.Т., Истранов А.Л., Матевосян А.В.
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Транссексуализм, как самостоятельная нозологическая единица, была рассмотрена в МКБ 8 пересмотра. В последней версии МКБ транссексуализм рассмотрели в качестве психического расстройства и расстройства поведения. Существует 2 типа данной патологии: 1) краевая (стертая, мало выраженная) и 2) ядерная (с акцентированным поведением противоположного пола). Основным способом лечения транссексуализма считается хирургическая коррекция пола. Только после реконструкции вторичных половых признаков у пациента наблюдается почти полная социальная адаптация. Помимо хирургической коррекции пола, лечение транссексуализма предполагает комплексный мероприятий в соответствии с Международными стандартами: смена полового самовыражения, гормональная заместительная терапия, хирургическая коррекция, психотерапия. Основными видами реконструкции вторичных половых признаков, при ж/м трансформации, на сегодняшний день считается маскулинизирующая мастэктомия, фаллопластика и уретропластика. Мы отдаем предпочтение фаллопластике ТДЛ (торакодорсальный лоскут), поскольку данный метод позволяет достичь и эстетического, и функционального результата. Одним из важнейших этапов в плане реконструкции половых органов считается уретропластика, так как после воссоздания уретры пациенту дается возможность выполнить акт мочеиспускания по мужскому типу.

Ведущей методикой для формирования неоуретральной трубки является реконструкция уретры с помощью реваскуляризируемого лучевого кожно-фасциального ауто-трансплантата. Применение лучевого ауто-трансплантата мы считаем самым оптимальным для поставленных задач, поскольку предплечье, как донорская область, позволяет нам возможность формировать неоуретру с учетом следующих характеристик: наличие осевого кровообращения в лоскуте в достаточном его объеме, сосудистая анатомия донорской области, оптимальная толщина лоскута, эластичность и одновременное устойчивое к факторам влияющим на неоуретральную трубку в акте мочеиспускания. Чтобы достичь хорошего функционального результата с минимальными осложнениями, мы предлагаем формировать промежностную уретру по аналогии с культей уретры у мужчин, перенесших ампутацию полового члена. Суть методики промежностной уретропластики заключается в создании неоуретральной трубки из кожи внутренней поверхности малых половых губ с одномоментным разобщением уровагинального синуса и созданием влагалищного «свища». В результате операции наружное отверстие промежностной неоуретры открывается у основания головки клитора в проекции нижнего края лонного сочленения. При отсутствии послеоперационных осложнений, не ранее чем 6 месяцев, выполняем стволовую уретропластику. Уретропластика у ж/м транссексуалов с учетом последовательности разных этапов нами была представлена в следующих вариантах: 1. Одномоментная – фалоуретропластика. 2. Двухэтапная – тотальная уретропластика с использованием лучевого кожно-фасциального реваскуляризованного ауто-трансплантата после предварительно сформированной промежностной уретры. Основными осложнениями, встречающимися в послеоперационном периоде, были: неуретральные свищи и стриктуры в области анастомоза, т.е. промежностной части уретры. Хорошие результаты наблюдали при использовании методики двухэтапной реконструкции мочеиспускательного канала. Формируя уретру в промежностной части неоуретры удается достичь максимального соответствия условиям реконструкции уретры как у пациентов, перенесших ампутацию полового члена. Образование уретральных свищей в зоне уретро-неоуретрального анастомоза у таких пациентов фактически не наблюдалось. Рассмотрев отдаленные результаты в послеоперационном периоде, мы придерживаемся той концепции, что промежностная уретропластика рассматривается нами как самостоятельный этап хирургической коррекции пола при FtM-транссексуализме. В некоторых случаях промежностная уретропластика является альтернативой тотальной уретропластике, с учетом достижения одного из важных проявлений противоположного пола, со стороны пациента, а именно мочеиспускание стоя. Также важным итогом промежностной уретропластики становится усовершенствование промежности за счет разобщения уровагинального синуса.

Новый подход к профилактике ишемических осложнений при перемещении пальца кисти.

**Александров Н.М., Киселев Д.В.,
Воловик М.Г., Углев О.И.**

Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр, Нижний Новгород

Перемещение деформированного пальца кисти с целью реконструкции первого может привести к ишемическим нарушениям различной степени тяжести, вплоть до необратимых.

Цель исследования – изучить адаптивные реакции сосудистой системы пальца в условиях управляемой ишемии (дозированной ишемической нагрузки).

Задачи исследования: 1) изучить состояние кровотока в трехфаланговых пальцах при ишемических нагрузках различной длительности; 2) изучить макро-и микрогемодинамику в перемещенном трехфаланговом пальце; 3) разработать новый способ тренировки к ишемии донорского пальца; 4) разработать критерии ишемической тренировки пальца; 5) разработать показания к применению способа.

Материалы и методы. Проведены исследования кровообращения пальцев у больных (11) с повреждениями кисти на интактной стороне, здоровых испытуемых (3) и пациентов (3), которым выполнено перемещение деформированного второго пальца с целью реконструкции первого. Для изучения микроциркуляции в тканях донорской области регистрировали динамику температур на тыльной поверхности кистей и пальцев в помещении с постоянной температурой 20-22°C в 37 экспериментах с помощью матричного тепловизора Thermo Tracer TH-9100 (NEC, Япония) в условиях искусственно-созданной ишемии пальца. На всех этапах параллельно с тепловизионным исследованием (ТПВ) на дистальном отделе тренируемого сегмента методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) измеряли показатель микроциркуляции с помощью аппарата ЛАКК-М (НПП «Лазма», Россия), проводили реовазографическое исследование. Кровенаполнение пальцев изучали с помощью шестиканального реографа-полианализатора РГПА-6/12 «Реан-Поли» (Медиком МТД, г. Таганрог, №ФСР 2008/03653 от 5.12.2008 г.) Пациенты, после подписания ими информированного согласия, с целью создания локальной ишемии производили себе периодическое (4 раза в сутки) наложение артериального жгута на палец тугим бинтованием в дистально-проксимальном направлении по типу «обескровливания» на 10 минут с поэтапным увеличением экспозиции до 20 минут. Всего выполнено 1183 пережатий.

Результаты. ТПВ мониторинг эффектов многократных пережатий пальца позволил зарегистрировать периоды более высокого подъема температурных значений в ходе постокклюзионного восстановления, свидетельствующие об улучшении кровообращения, что позволило прогнозировать оптимальные сроки перемещения сегмента. Установлено, что с возрастанием ишемической нагрузки на ткани проис-

ходит улучшение микро- и макроциркуляции. Применение дисперсионного анализа ANOVA и post-hoc LSD критерия Фишера показало достоверное увеличение температурных значений и улучшение показателей микроциркуляции тренируемого сегмента при различной длительности пережатия сосудов. На ногтевой фаланге бинтуемого пальца прирост температуры после снятия жгута при 10-мин. экспозиции составил от 2,1 до 10,0°C ($6,68 \pm 1,98^\circ\text{C}$, $p < 0,05$) за первые 2 мин. Кроме того, выявлено увеличение показателя микроциркуляции в 3 раза. Более быстрый переход на более интенсивные ишемические нагрузки позволил снизить сроки достижения пиковых значений показателя микроциркуляции (ПМ), а также ТПВ показателей, которые были такими же, как и при растянутой по времени тренировке с медленным переходом на возрастающие ишемические нагрузки. Увеличение параметров индекса венозного оттока и реографического индекса в среднем составило 21% ($P=0,01$). Проведенные физиологические исследования позволили разработать «Способ тренировки к ишемии донорского пальца кисти» (приоритетная справка по заявке № 2014144929 от 06.11.2014 г.). Тренировка заключается в наложении артериального жгута на донорский палец 4 раза в день в течение 5 дней. В первый день длительность одного наложения жгута составляет 10 минут, во второй – 15 минут, на третий день – 20 минут, на четвертый – 25 минут, на пятый – 30 минут. Критерием эффективности тренировки является разница температур не менее 1,7 между температурой первого и завершающего тренировки сеансов на третьей минуте восстановления кровотока после снятия жгута. Способ применен в клинике перед перемещением дефектного второго пальца с деформациями крайней степени тяжести и высоким риском развития ишемических осложнений. Во всех случаях достигнута надежная профилактика ишемических осложнений.

Вывод. Способ тренировки показан при наиболее тяжелых деформациях донорского пальца, сопровождающихся обширными рубцовыми изменениями мягких тканей, в том числе в сочетании с хирургическими способами профилактики.

Реконструкция пальцев у больных с тяжелыми рубцовыми деформациями кисти.

Александров Н.М., Киселев Д.В., Углев О.И.
Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр, Нижний Новгород

Тяжелые рубцовые деформации кисти сопровождаются выраженными патологическими изменениями сосудисто-нервных пучков, мышц, кожных покровов и костно-суставного аппарата, что определяет особую сложность лечения больных с данным заболеванием, связанную, прежде всего, с высокой вероятностью развития ишемических осложнений.

Цель исследования – разработать и обосновать новые подходы к реконструкции пальцев у больных с тяжелыми посттравматическими деформациями кисти.

Задачи исследования: 1) изучить характер деформаций кисти в зависимости от этиологии и тяжести травмы; 2) разработать новые способы реконструктивных вмешательств и предупреждения ишемических осложнений с учетом тяжести патологии и состояния кровоснабжения кисти; 3) разработать и обосновать показания к выбору метода, очередности устранения деформаций сохранившихся пальцев кисти при различных вариантах реконструкции пальца; 4) провести сравнительный анализ эффективности методов реконструкции пальцев в зависимости от этиологии, характера и степени деформации кисти.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения больных с тяжелыми деформациями кистей механической, огнестрельной и термической этиологии, характеризующихся отсутствием первого и трехфаланговых пальцев и деформациями сохранившихся. Всего у 131 пациента с тяжелыми посттравматическими деформациями на 137 кистях восстановлен 141 палец при помощи методик реконструкции кровоснабжаемыми кожно-костными комплексами, включающими перемещение сегментов кисти (114 – 80,9%), пластику лучевым лоскутом (8 – 5,7%) и пересадку комплексов на микроанастомозах (19 – 13,4%). Отмечались деформации кистей первой (21 – 14,0%), второй (47 – 31,3%), третьей (21 – 14,0%) и четвертой (61 – 40,7%) степени. Наиболее тяжелые деформации отмечались при последствиях ожогов. Перемещение сегментов выполнялось по оригинальным методикам, отличительными особенностями которых являются хирургическая тренировка сегмента и использование дистрагированных питающих ножек. Разработанные способы позволяют утилизировать любой сегмент кисти и обеспечивают надежную профилактику ишемических осложнений. Перемещение и пересадку комплексов тканей комбинировали с различными вариантами лоскутной пластики, что позволяет минимизировать донорский изъян. С целью профилактики тромбирования микрососудистых анастомозов применяли эндоваскулярную дилатацию реципиентных сосудов с помощью катетера Фогарти.

Результаты. Отдаленные результаты лечения оценивались по методике А.Е. Белоусова (1984). После перемещения сегментов кисти отличные результаты отмечены у 57,6% больных, хорошие – 24,3%, удовлетворительные – 10,6%, а неудовлетворительные – у 7,6%. Метод перемещения сегментов кисти применялся в условиях обширных рубцовых изменений мягких тканей кисти и предплечья, дефектах и повреждениях сосудисто-нервных пучков. В случае реконструкции пальцев методом пересадки кожно-костных комплексов на микрососудистых анастомозах отличные результаты отмечены у 50,0%, хорошие – у 14,3%, удовлетворительные – у 21,4% больных. Неудовлетворительные результаты заключались в отсутствии полного схвата, и были получены у 14,3% больных при тотальных дефектах лучевого края кисти. При реконструкции пальца методом кожно-костной реконструкции лучевым лоскутом во всех случаях

были получены отличные результаты. Анализ отдаленных результатов не выявил достоверных различий в эффективности того или иного метода реконструкции ($p=0,12-0,59$).

Результаты лечения также не зависели от этиологии травмы. Биомеханические и электромиографические параметры кисти при использовании различных кровоснабжаемых кожно-костных комплексов также достоверно не отличались ($p>0,05$). При наличии приводящих контрактур средней и тяжелой степени, а также сгибательных контрактурах всех сохранившихся пальцев предварительно следует устранить контрактуры, а реконструкцию утраченного пальца необходимо выполнять следующим этапом. Тяжелые деформации следует устранять с использованием метода distraction, являющегося в подобных условиях наиболее щадящим и патогенетически обоснованным. При наличии деформаций тяжелой степени лоскутная пластика является необходимым компонентом лечения, позволяя не только сформировать первый межпальцевой промежуток, адекватные кожные покровы кисти, но и улучшить ее кровообращение.

Вывод. Методом выбора при реконструкции первого пальца у больных с наиболее тяжелыми деформациями кисти и предплечья должно стать перемещение сегментов поврежденной кисти.

Периареолярная мастопексия: пути совершенствования.

Алиев Т.Р.

Клиническая больница №85, Москва

Целью настоящего доклада является анализ выполненных пластических эстетических операций по устранению мастоптоза 1-2 степени (по Regnault) с помощью периареолярной мастопексии.

Задачи: 1. Определение показаний к операции для пациентов, которым возможно выполнение периареолярной мастопексии. 2. Определение групп пациентов, которым не рекомендуется выполнение периареолярной мастопексии. 3. Разработка алгоритма определения границ резекции избытков кожи при периареолярной мастопексии. 4. Разработка способа фиксации ткани молочной железы к грудной стенке, который исключит уплощение желез после периареолярной мастопексии. 5. Доказательства преимуществ выполнения периареолярной мастопексии при одномоментной аугментации молочных желез.

Материалы и методы. В период с 2002 по 2014 годы операция периареолярной мастопексии с 2 сторон выполнена 42 пациентам, из которых 19 пациентам – с одномоментной аугментацией силиконовыми имплантатами. Во всех случаях использовали методику периареолярной мастопексии с наложением шва Venelli в собственной модификации, с фиксацией ткани молочной железы к грудной стенке.

Результаты. В группе пациентов, где периареолярная мастопексия была выполнена без аугментации груди, ее уплощение наблюдалось только в тех случаях, где исходный размер

груди был меньше «В». В группе пациентов, где одномоментно выполнялась аугментация груди и периареолярная мастопексия, во всех случаях форма получалась естественной.

Выводы.

1. Выполнение периареолярной мастопексии возможно у пациентов приптозе 1-2 ст. с исходным размером желез не больше «С». Вертикальное расстояние между верхним и нижним полюсом иссекаемой дермы должно быть не больше 12-14 см.

2. Выполнение периареолярной мастопексии при любой степениптоза с размерами желез меньше «В» будет эстетически неэффективным. В этом случае целесообразно одномоментно выполнять аугментацию груди.

3. В случаях, когда требуется иссечение дермы периареолярно с расстоянием между верхним и нижним полюсом больше 12-14 см, необходимо использовать другие способы мастопексии.

4. Смещение и фиксация желез при мастопексии, в большинстве случаев может быть достигнута наложением фиксирующих швов к БГМ на уровне 3-го ребра, а также пликацией ткани молочной железы по периметру.

5. Одномоментное выполнение периареолярной мастопексии и аугментации позволяет использовать единый доступ с минимальным количеством рубцов. При этом, используя предлагаемый нами способ фиксации молочных желез, их форма будет приближаться к естественной, а длительность сохранения результата не будет уступать другим способам мастопексии.

Липофилинг – современный и малоинвазивный способ омоложения лица.

Андреевский А.Н., Кораблева Н.П., Жолтиков В.В., Бага Д.К., Морозов С.В., Андреевская Е.Н.

Atribeaute Clinique, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Актуальность. Потребность в объемной, контурной пластике тела человека крайне высока и попытки найти приемлемые материалы для этой цели никогда не прекращались. С возрастом происходит потеря объема тканей (жира) не только тела, но и в области лица. Образуются впалые виски, глаза, формируются глубокие складки, провисание кожи, что придает лицу усталый вид. Вернуть былую молодость лица можно с помощью липофилинга. Липофилинг – техника увеличения объемов своей собственной жировой тканью. Идея липофилинга оказалась очень заманчивой, поскольку хирург может взять жир оттуда, где он не нужен, и получить двойную выгоду от пересадки. Жировая ткань во многом является идеальным строительным материалом. Она полностью совместима и выглядит натурально.

Материалы и методы. С 2013 г. по 2015 г. 24 пациентам выполнен липофилинг лица в Atribeaute Clinique г. Санкт-Петербурга. Возраст пациентов колебался от 35 до 55 лет (в среднем 40). 4 пациента были мужчины, 20 женщины. Операции проводились под местной анестезией. Для местной анестезии применялся препарат лидокаин 2%. Жир с помощью вакуумной липосакции забирался с донорских зон. Как правило, это были: живот, внутренняя и наружная часть бедер. Для липосакции использовались канюли с диаметром отверстий не больше 0,8 мм. Полученный жир центрифугировали на ручной центрифуге в течение 3 минут. Очищенный жир вводился как в поверхностные, так и в глубокие слои тканей лица. Для введения жира использовались канюли 0,8 мм. Использовалась веерная методика из небольших проколов в коже. Липофилинг на лице выполнялся с небольшой гиперкоррекцией. Жир использовался на лице для выполнения контурной пластики губ, щек, областей скул и висков, верхних и нижних век, нижней челюсти и подбородка, сглаживания носогубных складок. После операции пациенты в течение часа уходили домой.

Результаты. Окончательные результаты оценивались через год после операции. От пересаженного жира оставалось в среднем 40-60%, остальная его часть рассасывалась. Отеки и гематомы в раннем послеоперационном периоде уходили в течение 2-3 недель. Липофилинг лица проводился без оставления рубцов; в результате липолинга происходило заметное сокращение морщин, лицо приобретало упругость и объем. Неблагоприятных результатов после липолинга не наблюдалось.

Выводы. Липофилинг лица является практически самым оптимальным, а главное безопасным способом коррекции изменений лица, связанных с уменьшением его объема. Использование собственной жировой ткани исключает отторжение ее организмом и аллергические реакции. Выполнение операций под местной анестезией, приводит к скорейшей реабилитации пациентов, уменьшает анестезиологический риск и сокращает пребывание в клинике.

Коррекция формы и длины нижних конечностей в реконструктивной и эстетической хирургии.

Артемьев А.А.

**Научно-исследовательский медицинский центр
«Медика Менте», Королев**

Трудно представить какую-либо хирургическую специальность, где изменение формы оказывало бы столь же сильное влияние на функцию органа или системы, как в реконструктивной хирургии нижних конечностей. Основным элементом, определяющим взаимоотношение бедра и голени, является механическая ось нижней конечности – условная линия, проведенная от центра головки бедра к середине голеностопного сустава. В норме эта линия про-

ходит через середину коленного сустава. Любые деформации бедра или голени отражаются на положении этой оси и, в итоге, приводят к серьезным нарушениям функции суставов, таза и позвоночника. Отечественные технологии, основанные на методе Г.А. Илизарова, являются наиболее передовыми в мире. Именно в России накоплен максимальный опыт в реконструктивной хирургии нижних конечностей. Совершенствование метода до безопасного уровня позволило широко применять его и в эстетической хирургии. Опыт хирургического лечения более 1,5 тысяч пациентов с посттравматическими деформациями и эстетическими проблемами позволил проанализировать результаты, оценить возможности и недостатки современных методов коррекции формы ног, наметить меры профилактики. Несмотря на общность методов лечения, коррекция формы и длины ног в реконструктивной и эстетической хирургии имеет существенные отличия. При коррекции посттравматических деформаций принципиальное значение имеет приведение положения механической оси к норме, ориентированной на ось противоположной конечности. При эстетической коррекции, наоборот, имеет значение возможность манипуляции положением этой оси в крайних положениях или даже незначительный выход за границы нормы в угоду пожеланиям пациента, ориентированным на косметический эффект. Двадцать лет назад, когда эстетической хирургии ног начали уделять повышенное внимание, основным вариантом была угловая коррекция. Позже, по мере приобретения опыта и совершенствования методики, все более широко стали внедряться такие элементы, как ротация, медиализация дистального фрагмента большеберцовой кости, низведение головки малоберцовой кости. Тенденцией последних лет является исключительная информированность и, как следствие, повышенная требовательность потенциальных кандидатов на операцию. Это заставляет тщательно планировать операцию и, по возможности, прогнозировать результат путем моделирования формы ног с использованием специальных программ. Особые усилия направлены на использование таких внешних фиксаторов, которые наиболее комфортны и не приводят к снижению качества жизни на протяжении довольно длительного периода лечения. Длительные сроки лечения – наиболее существенная проблема, которая сдерживает широкое применение аппаратов Илизарова и формирует негативное мнение о методике в целом. Использование погружных конструкций, в частности, интрамедуллярных штифтов, позволяет значительно сократить срок внешней фиксации путем перехода на внутреннюю. Особенно актуальна такая конверсия при удлиняющих операциях, когда предполагаемый срок формирования регенерата составляет многие месяцы. Положительным явлением можно считать более тщательный выбор как ортопедами, так и пластическими хирургами, показаний к выбору того иного метода коррекции при определенной форме ног. Это исключает выполнение ненужных и неэффективных операций и в целом формирует положительное мнение о пластической хирургии. Таким

образом, реконструктивная хирургия нижних конечностей в последние десятилетия существенно продвинулась в сторону учета эстетической составляющей и повышению качества жизни в процессе коррекции формы и длины ног.

Функциональная абдоминопластика.

Бага Д.К., Кораблева Н.П., Жолтиков В.В., Андриевский А.Н., Морозов С.В.
Attribeaute Clinique, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Состояние мышечно-апоневротической системы передней брюшной стенки имеет как эстетическое, так и функциональное значение. Надежное устранение диастаза прямых мышц живота является неотъемлемой составляющей в достижении хорошего эстетического результата абдоминопластики и способствует восстановлению биомеханического баланса мышц живота. На сегодняшний день существует достаточно много способов устранения диастаза прямых мышц живота и грыжевых дефектов белой линии. Но, несмотря на это, нет патогенетических рекомендаций, в каких случаях необходимо отдавать предпочтение аутопластическим способам устранения диастаза, а когда показано использование сетчатого эндопротеза. Исследование биомеханических свойств ткани белой линии живота выполнено у 30 пациентов, которые в период с 2006 по 2008 годы находились на стационарном лечении по поводу хирургических заболеваний органов брюшной полости и передней брюшной стенки. Исследование биомеханических свойств ткани белой линии живота, дополненное компьютерным моделированием, позволило выявить «зону риска» брюшной стенки, наиболее прочные ткани мышечно-апоневротической системы живота, выделить оптимальные способы устранения диастаза и грыж центральной локализации, а также группу пациентов, кому показано использование сетчатого эндопротеза, для предупреждения рецидива диастаза прямых мышц живота.

Оценка чувствительности женской груди.

Байтингер В.Ф., Силкина К.А., Федоров Е.В.
Научно-исследовательский институт микрохирургии, Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Актуальность. Современная концепция TotalBreastReconstruction после санационной мастэктомии по поводу рака груди предполагает не только восстановление формы, размеров, консистенции, статической и динамической симметрии реконструированной груди, но и

первичного восстановления адекватного лимфодренажа из верхней конечности, а также восстановление чувствительности реконструированной груди до уровня эрогенной. Однако интерпретация результатов направленной афферентной реиннервации реконструированной груди оказалась затруднительной. Причина тому – отсутствие объективной информации по параметрам чувствительности кожи груди и сосково-ареолярного комплекса (САК) у здоровых женщин.

Цель. Оценка чувствительности кожи груди и САК у здоровых женщин.

Задачи исследования.

1. Функциональная оценка кожной чувствительности САК у взрослых рожавших (кормивших грудью) и не рожавших (не кормивших грудью) женщин.

2. Функциональная оценка кожной чувствительности груди у взрослых женщин (у рожавших и не рожавших).

Материал и методы исследования. Оценка чувствительности САК у женщин 25-59 лет рожавших и кормивших грудью (30 волонтеров) и не рожавших и не кормивших грудью (30 волонтеров) и кожи груди (в четырех квадрантах). Были использованы следующие тесты: пороговый монофиламентный тест Semmes-Weinstein, температурный, тактильный (ватный шарик), дискриминационный двухточечный тест E. N. Weber.

Результаты исследования. Все тесты (пороговый монофиламентный, тесты на температурную, тактильную и болевую чувствительности) во всех исследуемых зонах были положительными. Результаты количественного дискриминационного теста для оценки сложной (пространственной) тактильной чувствительности были различными. Для удобства оценки полученных результатов и с учетом того, что максимальное расстояние при проведении дискриминационного теста у наших волонтеров было 4,5 см, а минимальное 0,1 см все полученные из области груди и САК результаты были разбиты на 3 степени чувствительности: высокая (0,1-1,5 см), средняя (1,6-3,0 см) и низкая (3,1-4,5 см).

Высокая степень чувствительности кожи САК была выявлена у 56,6% не кормивших грудью женщин и у 53,3% кормивших грудью женщин. Что касается кожи груди, то показатель высокого уровня чувствительности распределялся следующим образом: 30% встречаемости – в области верхнего латерального квадранта кожи груди, 40% – в области нижнего латерального квадранта кожи груди, у 30% исследуемых – в области верхнего медиального квадранта кожи груди и 33,3% – в области нижнего медиального квадранта. По данным дискриминационного теста высокая степень сложной тактильной чувствительности чаще обнаруживали в коже САК, чем в коже груди (на 21,67% чаще ($p=0,005$)). Это не зависело от факта кормления грудью.

Вывод. Несмотря на большую частоту обнаружения (в среднем в 55% случаев) высокой степени сложной тактильной чувствительности в коже САК, имеющего чрезвычайно высокий эрогенный показатель (1,56 по В.И.

Здравомыслию), мы не можем объективно сопоставить понятие «высокая сложная тактильная чувствительность» с понятием «эрогенная чувствительность». Данное обстоятельство может быть связано с тем, что все исследования чувствительности кожи САК и груди были проведены нами в условиях, не предполагающих предварительную психоэротическую настроенность обследуемой.

Лечение детей с краниосиностозами в Морозовской детской городской клинической больнице города Москвы.

Баранюк И.С., Попов В.Е., Левов А.В., Бельченко В.А., Колтунов Д.Е.
Морозовская детская клиническая больница,
Москва

Частота встречаемости краниосиностозов неуклонно растет, что в комплексе со значимыми функциональными и косметическими нарушениями делает проблему лечения детей с данной патологией особенно актуальной. В Морозовской детской городской клинической больнице г. Москвы используется комплексный подход к лечению пациентов с краниосиностозами. На догоспитальном этапе всех пациентов осматривает педиатр, челюстно-лицевой хирург, нейрохирург, невролог, офтальмолог, генетик, проводятся необходимые клинико-инструментальные методы обследования.

Оперативное лечение преследует следующие цели: снижение внутричерепного давления, что особенно актуально для туррибрахицефалии, оксифефалии; предупреждение атрофии зрительного нерва, а также развития косоглазия; предупреждение развития эпилептиформной активности головного мозга, ишемии и инфаркта головного мозга; восстановление регуляции развития черепа; устранение деформации черепа, улучшение качества жизни и проведение профилактики психосоциальных последствий в семье и у самого ребенка. Сроки проведения оперативного вмешательства определяются в зависимости от вида деформации и индивидуальных параметров пациента. Проведение краниопластики является травматичным вмешательством, что предполагает наличие у пациента хороших анатомо-весовых данных и лабораторных показателей, которые позволили бы провести оперативное вмешательство с наименьшими рисками. В большинстве случаев, при функционально компенсированных формах краниосиностозов, оптимальным сроком проведения оперативного вмешательства является возраст 6 месяцев. С одной стороны это определяется тем, что антропометрические показатели и толщина костей в данном возрасте уже позволяют провести необходимую коррекцию формы и размеров черепа, с другой стороны – становится возможным исправить еще не до конца

сформированное основание черепа. Однако оперативные вмешательства у детей могут проводиться и в более ранние сроки, например при скафоцефалии. Тонкость и податливость костей, а так же отсутствие изменений лицевого скелета, позволяют провести минимально-инвазивную Н-образную краниотомию. Краниопластика проводится при обязательном наличии периферических и центрального венозного доступов. Положение ребенка – на затылке, с головой, приведенной к груди. Исключение составляет минимально-инвазивная краниопластика, при которой пациент лежит на животе. Все манипуляции по укладыванию ребенка на операционном столе, а также все манипуляции с телом ребенка во время операции проводятся совместно хирургом и анестезиологом. Начиная с разреза кожи, проводится трансфузия эритроцитарной массы. Обязательным является трансфузия свежезамороженной плазмы. За 30 мин до разреза кожи вводится антибиотик, интраоперационно – гемостатики, глюкокортикоиды. В ходе краниопластики проводится выпиливание фрагментов лицевого и мозгового черепа, придание им необходимой формы и кривизны, а также их перемещение с целью коррекции конфигурации черепа. Фиксация костных фрагментов проводится титановыми пластинами и винтами. Через 2-3 месяца после операции, с целью предотвращения врастания металлоконструкций в кости черепа, проводится оперативное вмешательство по удалению титановых пластин и винтов. Описанный комплексный подход к лечению детей с краниосиностозами в Морозовской детской городской клинической больнице г. Москвы с соблюдением принципов анатомии и физиологии позволяет достичь хороших результатов лечения маленьких пациентов с данной патологией и обеспечить их дальнейшую полную реабилитацию.

В основе всех ринопластик – принципы челюстно-лицевой хирургии.

Бессонов С.Н.
Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

Большинство современных хирургов перед проведением операции ринопластики выполняют антропометрический анализ лица и компьютерное моделирование результатов операции. В своей практике мы проводим антропометрический анализ лица по H.S. Byrd. В основе метода лежит определение идеальной длины, проекции кончика и корня носа, проекции подбородка, ориентируясь на размеры нижней или средней трети лица. Однако у пациентов с аномалиями размеров и соотношения челюстей (верхней или нижней макро- и микрогнатией) такое планирование затруднено. Пациентам с деформациями и аномалиями развития лицевого скелета сначала проводили ортогнатические операции для нормализации прикуса и пропорций лица, основываясь на данных телерентгенографии, позво-

ляющей определить размеры и положение челюстей по отношению к основанию черепа. Вторым этапом выполняли ринопластику. С 2000 по 2015 годы в клинике выполнены 236 ринопластик, из них – 48 у пациентов с различными деформациями лицевого скелета: после устранения врожденных расщелин верхней губы и неба, посттравматические деформации лица, гемифациальная микросомия и др. Оценка отдаленных результатов проводили в сроки от 1 до 10 лет после оперативного лечения. У 85,41% пациентов удалось нормализовать пропорции лица и получить результаты ринопластики близкие к планируемым.

Современные аспекты хирургического лечения термической травмы в функциональных зонах.

Богданов С.Б., Бабичев Р.Г., Афаунова О.Н., Савченко Ю.П., Завражнов А.А.

Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского, Краснодар

В Краснодарском крае к 2015 года развернуто 45 специализированных ожоговых коек. Актуален вопрос более раннего перевода больных на специализированные койки. С 2009 года центр перешел на активное использование раневых покрытий для всех пострадавших. Внедрена в практику работы ранняя некрэктомия и дермабразия с использованием раневых покрытий с последующей самостоятельной эпителизацией пограничных ожогов и ранняя некрэктомия с первичной пластикой глубоких ожогов. В комбустиологии клиническая картина раневого процесса разнообразна и зависит как от стадии раневого процесса, так и от глубины ожога, степени его инфицирования. При традиционном, этапном хирургическом лечении глубокие дермальные ожоги, как правило, углубляются с формированием грануляционной ткани и необходимостью последующей аутопластики. Более предпочтительным способом лечения глубоких ожогов является способ раннего хирургического лечения, при котором струп удаляется в ранние сроки после ожога. С целью создания оптимальных условий для эпителизации пограничных ожогов в нашей клинике на 2-5-е сутки с момента получения травмы производится операция – хирургическая обработка ран (дермабразия или острая механическая стимуляция эпителизации) ложкой Фолькмана с последующим одномоментным наложением раневых синтетических покрытий. Особый акцент в краевом ожоговом центре ставится на раннем хирургическом лечении глубоких ожогов функциональных зон: лица, тыльных поверхностей кистей и стоп. Как правило, операции проводятся на 2-5-е сутки после получения травмы. Для улучшения функциональных и косметических результатов лечения после ранней некрэктомии, снижения интраоперационной кровопотери, нами применяется пластика кожных покровов тыльной

поверхности кисти после ранней некрэктомии неперфорированными трансплантатами проводимая под жгутом. Раннее хирургическое лечение ожогов тыльной поверхности кисти с выполнением пластики без перфорации под жгутом в Краснодарском краевом ожоговом центре является стандартной операцией. Давящая повязка не вызывает сдавления сосудов, т.к. сосуды расположены между пястными костями. При некрэктомии удаляется причина отека – струп, отек через 3-6 часов после операции уменьшается, соответственно давление повязки ослабевает. За последние 15 лет нами определены условия, необходимые для выполнения операции полнослойным аутоотрансплантатом на лице. Для улучшения результатов необходимо выполнение 4 условий: 1) иссечение грануляций; 2) иссечение краев; 3) толстый трансплантат; 4) один трансплантат. Данной методикой оперировано 5 пациентов тотальным глубоким ожогом лица. За последние 7 лет выполнено 27 аутопластик полнослойным свободным аутоотрансплантатом при глубоких ожогах лица. Операцию проводили на 15-25 день после травмы при формировании грануляционной ткани. При размере раны до 10 см в ширины забор донорского участка кожи производили дерматомом толщиной 0,7-0,9 мм (22 наблюдений). На донорскую рану производили пластику с перфорацией толщиной 0,2 мм. У 5 пациентов с глубокими ожогами всех участков лица производили аутопластику одним полнослойным свободным аутоотрансплантатом толщиной 1 мм. Забор производили скальпелем. Размер трансплантата от 17 на 22 см, до 18 на 28 см. Перед аутопластикой иссекали верхний слой грануляций и края раны. Донорскую рану закрывали свободным расщепленным трансплантатом. Особенности выполнения аутопластики: 1) профилактика гематом под трансплантатом; 2) особенности гемостаза; 3) наложение давящей повязки; 4) медленное приживление толстого аутоотрансплантата. В отдаленном периоде пластика одним полнослойным свободным аутоотрансплантатом максимально приближена к здоровой коже. Рубцы не формируются. В течение 5 лет наблюдений нет показаний для реконструктивных операций.

Сравнительные результаты посттравматической регенерации застарелых повреждений лучевого нерва с использованием прямой генной терапии и васкуляризированной аутонервной пластики в сравнении с классическими методами лечения.

Богов А.А., Богов А.А. (млад.), Ризванов А.А., Салафутдинов И.И., Муллин Р.И., Ахтямов И.Ф.

Республиканская клиническая больница, Казанский государственный медицинский университет, Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань

Посттравматическое повреждение лучевого нерва занимает значительный объем среди всех видов травм периферических нервов. Основные трудности при лечении больных с повреждением лучевого нерва, как и в общей массе травмы нервных стволов, возникают при застарелом повреждении или травме нерва на протяжении, где диастаз между проксимальным и дистальным концами нервов составляет более 5 см. В результате чего, нейрорафии конец в конец становится невозможной. Классическим решением данной патологии выступает аутонервная пластика. Однако многие авторы до сих пор указывают на несовершенство и этого метода. Основным недостатком данного метода лечения является дефицит реваскуляризации трансплантата и последующего его некроза. Нами предлагаются три метода лечения при застарелых повреждениях лучевого нерва и травмы его на протяжении. Пациентам первой группы (n=10) выполнялась классическая аутонервная пластика без вспомогательных протекторов улучшающих реваскуляризацию аутонервной вставки. Диастаз между дистальным и проксимальным концами поврежденного лучевого нерва в этой группе составлял до 5-7 см. Пациентам второй группы (n=5) при травме лучевого нерва в нижней трети и средней трети плеча выполнялась васкуляризованная аутонервная пластика поверхностной ветвью лучевого нерва на лучевой артерии в виде реверсии. При травме лучевого нерва в верхней трети плеча производилась свободная трансплантация поверхностной ветвью лучевого нерва на лучевой артерии. Пациентам третьей группы (n=5) выполнялась свободная аутонервная вставка с интраневральной инъекцией рекомбинантных невирусных плазмидных конструкций содержащих VEGF и bFGF в периферический и центральный отрезки поврежденного нерва, а также в саму вставку в количестве 500 мкг. Диастаз между поврежденными концами лучевого нерва, в последних двух группах, составлял 8-10 см. При реконструкции периферических нервов в группах, с использованием стимуляторов, усиливающих реваскуляризацию аутонервной вставки, получены результаты, значительно превосходящие результаты в сравнении с группой, где методом выбора была классическая аутонервная пластика. Полезная степень восстановления двигательной функции М4-М5 в первой группе была достигнута у 61% пациентов. У больных второй и третьей групп полезная степень восстановления двигательной функции М4-М5 была получена на 81% и 85% соответственно. При этом отмечаем, что во второй группе первые признаки регенерации лучевого нерва в виде появления двигательной функции наблюдались на сроке 5-6 месяцев после реконструкции периферического нерва, а в третьей группе уже на сроке 3-4 месяца. В заключении данного исследования делаем вывод, что применение прямой генной терапии и васкуляризация аутонервной вставки при застарелом повреждении и дефекте лучевого нерва более 8 см, в выраженной степени оказывает положительный

эффект на процент приживаемости аутонервной вставки и как следствие демонстрирует полезную степень восстановления, тем самым повышает приживаемость трансплантата и являются перспективными методами в реконструкции периферических нервов. Делаем акцент на результаты данных третьей группы, где диастаз между концами нервов достигал более 8 см, отмечая выживаемость аутонервной вставки без микрохирургической реваскуляризации.

Применение клеток стромально васкулярной фракции при хирургическом лечении больных с повреждениями срединного и локтевого нервов верхней конечности.

Богов А.А., Галлямов А.Р., Богов А.А. (млад.), Киясов А.П., Ахтямов И.Ф., Муллин Р.И., Ханнанова И.Г.

Республиканская клиническая больница, Казанский государственный медицинский университет, Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань

Травматические повреждения периферических нервов достигают 2,8% от всех травм, при этом частота повреждений срединного нерва составляет до 24%, локтевого до 15,9% среди всех травм периферических нервов. Стандартом хирургического лечения периферических нервов являются прямой шов и аутонервная пластика. Невозможность сшить проксимальный и дистальный концы поврежденного нерва без натяжения является показанием для свободной аутонервной пластики. Однако минусом не васкуляризованной аутонервной пластики длиной более 6 см является возможный некроз аутонервной вставки, в связи с недостаточным кровоснабжением.

Целью нашего исследования является улучшение результатов лечения повреждений периферических нервов, сопровождающиеся их дефектами. Решением этой проблемы является васкуляризованная аутонервная пластика. Однако этот метод имеет ряд недостатков: ограниченность донорских ресурсов, длительность и сложность операции, невозможность контроля кровоснабжения аутонервной вставки. По данным некоторых авторов, клетки Стромально Васкулярной Фракции (СВФ) обладают потенциалом ангиогенеза. Клетки СВФ содержатся в жировой ткани, находящейся в легкодоступных участках тела человека и могут быть забраны путем липосакции. СВФ состоит из клеток кровеносных сосудов, стволовых мезенхимальных клеток (от 1 до 5% в зависимости от места забора жировой ткани) и, молодых и еще не сформированных адипоцитов, фибробластов и др. клеток. Нами проведено экспериментальное исследование на 29 крысах, целью которого было оценить эффективность рева-

скуляризации аутонервной вставки дефекта седалищного нерва после введения СВФ. Для этого все животные были поделены на три группы. В первой группе крысам была произведена аутонервная пластика с введением клеток СВФ, второй – аутонервная пластика классическая (АНП Кл), третьей – операция не производилась.

Результаты методов обследования (ЭНМГ, гистологические, оценка перфузии микрокровотока) показали – снижение порога М-ответа в 2 раза у группы с СВФ по сравнению с группой АНП Кл и равенство этого порога с интактной группой, улучшение кровоснабжения в аутонервной вставке в среднем в 8,4 раза, улучшение выживаемости нейронов спинального ганглия L5 на 44,8% в группе с введением клеток СВФ в сравнении с АНП Кл. Нами разработан способ замещения дефекта периферического нерва (патент РФ № 2499565), который включает в себя: забор собственной жировой ткани человека методом липосакции, выделение из жировой ткани клеток СВФ, введение клеток в оперируемые нервы после их шва «конец в конец» либо в «аутонервную вставку, проксимальный и дистальный концы нерва». Перед ушиванием кожи область шва нерва покрывается фибриновым клеем Тиссукол кит. По данной методике были прооперированы 59 пациентов с повреждениями срединного и локтевого нервов. 29 пациентов было в экспериментальной группе и 30 пациентов было в группе контроля. 18 пациентов с повреждениями локтевого нерва, 11 с повреждениями срединного нерва и оперировались с введением СВФ. 17 пациентов с повреждением локтевого нерва и 13 с повреждениями срединного нерва. Сроки между травмой и операцией составлял при прямом шве от 1 до 2 мес., при аутонервной пластике 1 до 6 мес. Размер дефекта при аутонервной пластике срединного нерва составлял от 4 до 6 см, локтевого нерва от 3 до 10 см. Проводились следующие операции – шов нерва [12], шов нерва с введением клеток СВФ [13], аутонервная пластика [26], аутонервная пластика с введением клеток СВФ [24].

Результаты обследований (оценка чувствительной и двигательной сфер по M0-M5, S0-S4; данные ЭНМГ) показали на сроках до 2 лет: количество пациентов с функциями M3-M5 и S3-S4 в группе с применением СВФ при шве нерва составило 92% и 92%, в то время как в группе контроля 83% и 75% соответственно. Количество пациентов с функциями M3-M5 и S3-S4 в группе с применением СВФ при аутонервной пластике нерва составило 80% и 72%, в то время как в группе контроля 59% и 48% соответственно. Данные ЭНМГ показали – увеличение среднего числа КДЕ на 16% при сравнении аутонервных пластик и 6,6% при сравнении швов «конец в конец». Оценка функции захватов кисти (цилиндрический, «кеу» тест, «pinch» тест и др.) показала – увеличение числа положительных захватов кисти у экспериментальных групп от 5 до 27% в сравнении с контрольными группами. Суммируя вышеописанное, можно говорить о положительном влиянии клеток СВФ на регенерацию периферических нервов при травматических повреждениях.

Техника и малоинвазивный безоперационный метод лечения контрактуры Дюпюитрена.

Богов А.А., Масгутов Р.Ф., Филиппов В.Л.
Республиканская клиническая больница, Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань

Контрактура (болезнь) Дюпюитрена – заболевание, характеризующееся поражением ладонного апоневроза, приводящее к прогрессирующей сгибательной контрактуре пальцев кисти. Существует множество стандартных хирургических методов лечения этого заболевания, но они обладают рядом недостатков и возможных осложнений в виде некроза кожных покровов, кожно-рубцовой деформации, стойкой контрактурой, длительностью реабилитации и др. Инъекции коллагеназы, полученной из *Clostridium histolyticum*, могут рассматриваться как паллиативный, малоинвазивный и эффективный вариант лечения данного заболевания.

Цель исследования. Показать технику и оценить отдаленные результаты малоинвазивного безоперационного метода лечения контрактуры Дюпюитрена инъекциями коллагеназы, полученной из *Clostridium histolyticum*.

Материалы и методы. В нашей работе для лечения контрактуры Дюпюитрена мы применяем полный аналог препарата Xiaflex, отечественный препарат Коллализин, основным действующим веществом которого является коллагеназа, получаемая из *Clostridium histolyticum*. В период с 2011 по 2015 гг. мы использовали Коллализин у 212 пациентов в возрасте от 35 до 80 лет с контрактурой Дюпюитрена 2-5 степени. Из них 80% составили мужчины (170) и 20% женщин (42). С поражением и возникновением тяжей к 1,3,4,5 пальцев, у 53% больных наблюдалось двустороннее поражение обеих кистей. Процедура производилась в 2 этапа: 1 этап (1 день) инъекция раствора Коллализина в тяж и узел, 2 этап (2 день) редрессация пальца (ев). Для проведения инъекций и подбора дозы был применен Коллализин 700 КЕ и 900 КЕ дозы. При расчетах данных для полной концентрации, при которой тяж и коллагеновые волокна лизируются в расчете 12000 КЕ на 0,350 мл 0,5 % раствора новокаина в одну точку введения. При этом способ введения аналогичен инъекциям препарата Xiaflex. Инъекции коллагеназы производились в тяж у основания и/или на уровне пястно-фалангового и/или проксимального межфаланговых суставов. При различных степенях прогрессирования болезни Дюпюитрена производилось от 1 до 3 точек введения. После инъекции Коллализина проверялась чувствительная и двигательная функция пальцев и кисти, для исключения повреждения сухожилий и сосудов и нервов. Далее пациент или находился в стационаре или был отпущен на 1 сутки до следующего этапа. На 2 сутки после инъекции, под местной анестезией 20 мг/мл лидокаином производили редрессацию суставов и разрыв тяжа. После про-

веденной манипуляции так же производили проверку на целостность сухожилий, сосудов и нервов. Снижение контрактуры составило от 0 до 5 градусов. После была установлена редрессирующая гипсовая лонгета в положении максимального разгибания пальцев кисти на 7 суток после их редрессации, и в течение 3 месяцев только на ночь. Далее пациенты наблюдались амбулаторно на сроках 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 12 месяцев, затем каждые полгода.

Результаты. Практически у всех пациентов удалось добиться значительного восстановления функции кисти. При проведении манипуляции у пациентов с 4-5 степени контрактуры наблюдались кожные разрывы, без повреждения сосудисто-нервного пучка и сухожилий сгибателей, которые локализовались в области пястно-фаланговых и межфаланговых суставов. Причиной этого являлось сниженная эластичность кожных покровов. Наблюдение пациентов в течение 4 лет выявило девять случаев рецидива заболевания, что составило 4% от всех пациентов. В виде повторного образования тяжа, но более плотного по структуре. При этом рецидивы наблюдались чаще у женщин (5 человека) чем у мужчин (4 человека).

Вывод. Инъекции коллагеназы, полученной из *Clostridium histolyticum*, позволяют в значительной степени восстановить функцию кисти в кратчайшие сроки и являются паллиативным и безопасным методом лечения контрактуры Дюпюитрена, позволяющим даже при наличии рецидива заболевания повторить манипуляцию без повреждения кожных покровов и восстановления функции кисти на операционном столе. Инъекции коллагенина возможно проводить в условиях перевязочной в амбулаторных условиях. При наличии разрывов кожа эпителизируется не более чем за 3 недели. При возникновении рецидива возможно повторное лечение без осложнений

Техника чрескожной апоневротомии и липофилинга при лечении контрактуры Дюпюитрена.

Богов А.А., Филиппов В.Л., Галлямов А.Р., Муллин Р.И.

Республиканская клиническая больница, Казань

Контрактура (болезнь) Дюпюитрена – фибропролиферативное заболевание, характеризующееся поражением ладонного апоневроза, приводящее к прогрессирующей сгибательной контрактуре пальцев кисти. Традиционные операции при контрактуре Дюпюитрена требуют обширного рассечения и иссечения тканей, длительного периода реабилитации и сопровождаются большим количеством осложнений до 27%, число рецидивов достигает 58%. Чрескожные апоневротомии безопасны для пациента, менее травматичны, но приводят к большому

количеству рецидивов до 75%. Использование чрескожных апоневротомий и липофилинга по методике Roger K. Khourl представляет собой новое перспективное направление в лечение данной патологии.

Цель исследования. Оценить технику и отдаленные результаты чрескожной апоневротомии и липофилинга при лечении контрактуры Дюпюитрена.

Методы. В течение трех лет, по методике Roger K. Khourl нами прооперировано 312 пациентов в возрасте от 31 до 87 лет с контрактурой Дюпюитрена 2-4 степени, из них 225 мужчин и 87 женщин. С поражением и возникновением тяжей к 1,3-5 пальцев. У 51% больных наблюдалось двустороннее поражение обеих кистей. Операции проводились под проводниковой анестезией на запястье и кисти и/или местной инфильтрационной анестезией на кисти и пальцах 1% раствором лидокаина. Выполнялись чрескожные рассечения рубцового-измененного апоневроза иглами для внутривенных инъекций (диаметром 1,2 мм, артикул 18G 2» и 18G 1 1/2») до полного разгибания пальцев. Далее под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором лидокаина из донорских мест (передняя брюшная стенка) канюлей диаметром 1,8-2,0 мм забирались жировая ткань, в расчете по 7-10 мл жировой ткани на каждый тяж. Жировая ткань обрабатывалась с помощью центрифугирования. Далее иглой диаметром 1,2 мм выполнялась трансплантация жировой ткани, в среднем по 7-10 мл на каждый тяж. После операции накладывалась гипсовая лонгета в положении максимального разгибания пальцев и фиксации лучезапястного сустава сроком на 1 неделю, далее в течение 3 месяцев – в ночное время. В послеоперационном периоде пациенты наблюдались амбулаторно на протяжении 3 лет, в первый год на сроках 1, 3, 6, 12 месяцев, затем каждые полгода.

Результаты лечения прослежены на протяжении до 3 лет после операции. Результаты оценивались в объеме разгибания пальцев, Table-top-test, силе кулачного свата, по методике DASH до и после операции. Практически у всех пациентов удалось добиться полного восстановления функции кисти. Ни в одном случае не наблюдался разрыв сухожилий или сосудисто-нервного пучка. Наблюдение пациентов в течение 3 лет выявило 28 случаев рецидива заболевания, что составила 8,97% из общего количества прооперированных. Рецидивы заболевания проявлялись в виде повторного образования тяжа.

Вывод. Применение техники чрескожной апоневротомии и липофилинга при лечении контрактуры Дюпюитрена позволяет проводить операции под местным обезболиванием, не требует наложения кровоостанавливающего жгута. За счет отсутствия разрезов и швов сокращаются сроки лечения; преимуществом данного метода является отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде и отсутствие осложнений (некрозов кожных лоскутов, рубцовых деформаций, подкожных гематом) сокращаются сроки реабилитации.

Безопасность применения низкомолекулярных гепаринов при лифтинговых операциях на лице с позиции оценки коагуляционного звена гемостаза.

Бузов Д.А., Кузмин В.В.

**Центр косметологии и пластической хирургии,
Уральский государственный медицинский
университет, Екатеринбург**

Цель исследования. Выявление изменений в системе гемостаза у пациентов, получавших химиотромбопрофилактику НМГ при омолаживающих лифтинговых операциях на лице. Материалы и методы исследования. Проведено проспективное исследование у 30 пациенток в возрасте от 44 до 65 лет (в среднем $54,5 \pm 5,3$ лет), которым проводилась эстетическая омолаживающая операция лица в условиях общей анестезии. Критерий включения в группу исследования: операция открытого или комбинированного лифтинга лица под общей анестезией, назначение низкомолекулярных гепаринов (НМГ) с целью профилактики венозных тромбозомболических осложнений (ВТЭО). Критерии исключения: повторные лифтинговые операции на лице, одновременные пластические операции на разных участках тела или операции на брюшной полости, прием пациентами дезагрегантов и антикоагулянтов. В соответствии с протоколом исследования была сформирована группа пациентов, получавших НМГ, которым, с учетом высокого или умеренного риска ВТЭО, назначался эноксапарин (Клексан®) в дозе 40 или 20 мг подкожно за 12 часов до операции, далее один раз в сутки в течение 2-5 дней. Анализ безопасности применения НМГ основывался на изучении основных показателей системы гемостаза, который проводили на анализаторе ACL (Instrumentation Laboratory, США) до операции, на 1, 3 и 5 сутки после операции. На этапах исследования определяли активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбин, концентрацию фибриногена, активность антитромбина III и протеина С, концентрацию растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) и время лизиса эуглобулинов.

Результаты исследования. У пациентов, поступивших на омолаживающую операцию на лице, был ряд факторов, повышающих риск ВТЭО: возраст старше 60 лет – в 16,7% случаев, ожирение – в 13,3% случаев; варикозная болезнь нижних конечностей – в 13,3% случаев; заместительная гормональная терапия – в 23,3% случаев, вредная привычка в виде курения – в 13,3% случаев. Все пациенты были старше 40 лет. С учетом всех этих факторов, а также продолжительности операции, которая во всех случаях была более 4 часов (в среднем $5,7 \pm 1,4$ часа), пациентам определен риск развития ВТЭО, который составил $5,27 \pm 0,87$ по Caprini. Исследование гемостаза в раннем послеоперационном периоде у пациентов данной группы выявило признаки тромбофилии. Так, в первые

сутки после операции отмечено увеличение концентрации растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) в 12,9 раза ($p < 0,001$) по сравнению с исходным уровнем. Максимальный уровень РФМК наблюдался на 5 сутки после операции, когда его величина превышала дооперационный уровень в 16,4 раза ($p < 0,001$). Уровень тромбоцитов в первые сутки после операции претерпел снижение на 17% ($p = 0,01$), по сравнению с исходными данными, однако к пятым суткам данный показатель увеличился на 6% ($p = 0,01$). В первые сутки после операции отмечено снижение уровня фибриногена на 2% ($p = 0,01$), однако, в последующем, на 3 и 5 сутки отмечается рост данного показателя на 24% ($p = 0,01$) на 37% ($p = 0,01$). Одновременно снижалась активность противосвертывающей системы с уменьшением активности антитромбина III. Максимальное снижение данного показателя получено на 1 сутки после операции и составило 14,7% ($p < 0,001$). Показатель протеина С также снижался на 1 и 3 сутки на 5,7% ($p = 0,05$) и 0,5% соответственно. Активность протромбинового комплекса в первые сутки после операции снижалась на 9% ($p < 0,001$) с последующим ростом на 3 и 5 сутки на 7% ($p = 0,01$) и на 5% ($p = 0,01$) соответственно. Следует отметить наблюдаемую в исследовании тенденцию к снижению уровня АЧТВ на 3 сутки после операции по отношению, как к дооперационному уровню, так и к первым суткам после операции. Принимая во внимание характер изменения гемостаза с развитием тромбофилии, обусловленной системной воспалительной реакцией в ответ на операционную травму, и потенциальный риск тромботических и тромбозомболических осложнений при лифтинговых операциях на лице назначение НМГ является необходимым и безопасным методом тромбопрофилактики.

Вывод. Происходящие изменения гемостаза указывают на безопасность и обоснованность использования профилактической антитромботической терапии НМГ у пациенток при лифтинговых операциях на лице.

Применение фибринтромбинового клея «Криофит» в косметологии.

Былов К.В.

ООО «ПЛАЗМА-ФТК», Москва

Фибринтромбиновый клей (ФТК) «Криофит» применяется в качестве гемостатического средства, а также для соединения тканей без использования шовных материалов при проведении хирургических операций в ожоговой, пластической хирургии, онкологии, нейрохирургии, кардиососудистой, челюстно-лицевой, стоматологии и др., позволяет снизить в 1,5 раза кровопотери, что уменьшает трансфузию карантинизированной плазмы и взвеси эритроцитарной массы, сокращает время проведения операций и послеоперационный период, резко уменьшает количество реопераций. Его эффект основан на взаимо-

действии высококонцентрированного раствора фибриногена, тромбина и фибринстабилизирующих факторов, что имитирует последнюю стадию коагуляционного каскада. Образовавшийся фибриновый сгусток позволяет остановить диффузное диапедезное кровотечение, дополнительно герметизировать линию хирургического шва и существенно активировать местные процессы репарации. По сравнению с единственным импортным аналогом на российском рынке клеем «Ивисел» клей «Криофит» обладает следующими преимуществами:

- Оперативная возможность изготовления аутологичного ФТК из плазмы оперируемого.
- Безопасность применения: клей не содержит компонентов животного происхождения, что гарантирует отсутствие побочных реакций на чужеродные белки.
- Отсутствие вероятности передачи гематогенных инфекций, так как ФТК «Криофит» проходит операцию вирусинактивации.
- Простота приготовления и использования: время до готовности к применению – 10 мин. (разогрев до 37°C), при этом не требуется растворения сухих компонентов в условиях поддержания стерильности и температуры. Вскрытие стерильной упаковки с 2 шприцами и упаковки с наконечником с иглой производит медсестра перед передачей хирургу для нанесения клея на орган, рану, шов.
- Стоимость клея «Криофит» в 2 раза ниже стоимости импортного (12 000 руб/мл). В журнале «Образ жизни» пластический хирург Рахимов А.Я. написал, что «На базе НПО «Плазма-ФТК» у нас появилась уникальная возможность изготовления фибринового клея из собственной крови пациента непосредственно перед операцией. Применение собственной плазмы полностью исключает риск инфицирования и аллергические реакции. Благодаря применению клеевой технологии у пластических хирургов имеется возможность не только улучшить эстетический результат операций, но и отказаться от давящих повязок и дренажей. Кроме того, фибриновый клей помог свести риск развития побочных эффектов к минимуму. Так, в послеоперационном периоде существенно уменьшился болевой синдром, сократился риск развития кровотечений, гематом, некроза. Плюс ко всему пациент меньше времени проводит в стационаре клиники!»

Маркеры старения при диспластическом фенотипе.

Бычкова Н.Ю.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Старение лица и шеи является частью общих естественных биологических процессов, протекающих в организме. Внешние проявления старения оказывают большое

влияние на качество жизни современного человека, его самооценку и место в социуме. По нашему мнению, синдром дисплазии соединительной ткани (ДСТ) может являться триггером ускоренного развития дегенеративно-инволюционных изменений кожи. При ДСТ описываются структурные дефекты коллагена и гликозаминогликанов, нарушение их биосинтеза и катаболизма, изменения активности синтетических ферментов, активизация протеиназ, нарушения архитектоники фибрилл, усиление деградации компонентов соединительной ткани. С учетом большой распространенности этого синдрома в популяции, разнообразия клинической картины проявлений дисплазии, наличия ассоциированной патологии, мы можем ожидать, что на фоне сниженных функциональных резервов дермы и связочного аппарата лица при ДСТ возможно более раннее возникновение таких маркеров старения, как снижение тургора и тонуса кожи, гравитационного птоза. В нашей работе были исследованы особенности маркеров старения у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ). Разработана методология комплексной оценки имеющихся изменений, основанная на клинических и функциональных параметрах кожи лица.

Оптимизация деятельности по профилю «Косметология» в Удмуртской Республике.

Бычкова Н.Ю.

Медицинский центр косметологии, Управление по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности, Ижевск

В последнее время в Российской Федерации и Удмуртской Республике проведен ряд организационных мероприятий, направленных на повышение качества медицинской помощи по специальности «Косметология». В течение 2014 года в Удмуртии Управлением по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности при Правительстве Удмуртской Республики (УЛМД УР) проведен ряд плановых проверок соблюдения лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности по профилю «Косметология». Проверки проводились в соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации №291 от 16.04.2012 «О лицензировании медицинской деятельности за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»» и приказом Минздравсоцразвития России №381н от 18.04.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Косметология»». В ходе проведения контрольных мероприятий

установлено: имеются случаи нарушения ведения учетной медицинской документации, порядка оснащения кабинета косметолога, несоблюдения внутреннего контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности, несоблюдение установленного порядка предоставления платных медицинских услуг. С целью повышения качества оказания медицинских услуг по профилю «Косметология» Управлением Роспотребнадзора по Удмуртской Республике совместно с Министерством здравоохранения Удмуртской Республики, государственными и частными медицинскими организациями, оказывающими косметологическую помощь, в 2014 году проведено совещание «О соблюдении требований санитарного законодательства и законодательства в сфере защиты прав потребителей при оказании косметологических услуг на территории Удмуртской Республики». Даны рекомендации по устранению имеющихся замечаний и разработаны мероприятия, направленные на улучшение качества медицинской помощи по профилю «Косметология».

Опыт использования сетчатого протеза Opur Abiss в коррекции переднего и апикального пролапса гениталий (предварительные результаты).

Ваганов Е.Ф., Тониян К.А., Арютин Д.Г.
Клиническая больница № 1, Городская клиническая больница № 29, Москва

При хирургической коррекции пролапса тазовых органов проведение пластических операций с использованием только аутоканеи может сопровождаться рецидивом в 30-60% случаев. В настоящее время, как в нашей стране, так и за рубежом, доказана целесообразность использования сетчатых протезов в реконструкции тазового дна. Актуальным является поиск новых, безопасных методик и оценка их эффективности. Проведен анализ лечения 12 пациенток с верифицированным диагнозом переднего и апикального пролапса. Возраст пациенток варьировал от 44 до 65 лет, в среднем составляя $53,6 \pm 6,7$ года. На момент лечения у всех пациенток были выявлены те или иные сопутствующие экстрагенитальные заболевания, причем у 10 обследованных отмечалось наличие 2-3 нозологических форм. Оценка выраженности дефекта тазового дна проводилась по классификации POP-Q. Показаниями для проведения оперативного лечения являлись: цистоцеле 3 степени у 12, в сочетании с опущением матки 2 степени – у 6, 3 степени – у 3 пациенток соответственно. У 1 пациентки до операции было диагностировано стрессовое недержание мочи, которое было купировано после операции без проведения дополнительной уретропексии. Всем пациенткам была проведена реконструктивная операция с использованием сетчатого протеза по методике Opur (Abiss). У 4 пациенток дополнительно выполнена кольпоперинеоррафия, леваторопластика,

1 – ампутация шейки матки. Срок отдаленного наблюдения пациенток составил от 9 месяцев до 14 месяцев. Комплексная оценка эффективности проводилась по анкетам PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventor) PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire). Длительность операции варьировалась от 50 до 110 минут. Кровотеря во время операции не превысила 300 мл, в среднем составила 150 мл. Интраоперационное ранение стенки мочевого пузыря диагностировано у 1 пациентки, что потребовало ушивания дефекта с проведением катетеризации до 10 суток после операции. В послеоперационном периоде у 3 пациенток отмечено формирование гематом передней стенки влагалища без признаков продолжающегося кровотечения, не потребовавших дополнительного хирургического вмешательства. 11 из 12 пациенток выписаны на 3-4 сутки. Плановый контрольный осмотр и анкетирование были проведены через 1, 6, 12 месяцев. У 10 из 12 пациенток достигнута 0-1 стадия по POP-Q. Согласно опросникам, после операции зарегистрировано значительное улучшение по следующим показателям: ощущение инородного тела во влагалище, отсутствие жалоб на тазовые боли, обструктивное мочеиспускание, ургентное мочеиспускание. Следует отметить отсутствие развития диспареунии de novo. Внедрение методики Opur (Abiss) в алгоритм лечения пролапса гениталий внушает надежду на повышение процента положительных исходов заболевания, в то же время, обеспечивая уменьшение проявления симптомов и улучшения качества жизни пациенток. Однако отсутствие отдаленных результатов, наличие риска возможных интраоперационных осложнений служит основанием для дальнейшего исследования безопасности и эффективности данной методики.

Возможности инъекционной ауто-трансплантации жировой ткани и ее компонентов в реконструктивной и регенеративной хирургии.

Васильев В.С., Васильев С.А., Карпов И.А., Казачков Е.Л., Васильев Ю.С., Васильев И.С., Шишменцев Н.Б., Крендаль А.Ю., Терюшкова Ж.И., Андрейчик Н.П., Антонов С.Д., Димов Г.П., Маркина Т.Н., Громов И.А., Громова О.А., Хоружева Е.С., Кинзерский С.А.
Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Цель. Оценить возможности инъекционной ауто-трансплантации жировой ткани и ее компонентов в реконструктивной и регенеративной хирургии.

Задачи:

- Оценить возможности инъекционной ауто-трансплантации жировой ткани в коррекции контурных дефектов.
- Оценить регенерационные возможности инъекционной ауто-трансплантации жировой ткани.

- Изучить возможности применения стромально-васкулярной фракции жировой ткани.

Методы. Начиная с 2010 года, методика инъекционной аутоотрансплантации жировой ткани (ИАЖТ) была применена у 140 пациентов по следующим показаниям: посттравматические, послеоперационные и постлучевые контурные дефекты – 74 пациента (31 – молочная железа, 27 – лицо, 16 – другие локализации); хронические раны – 66 пациентов (22 – венозные язвы, 17 – диабетические язвы, 16 – лучевые язвы, 5 – нейропатические язвы, 6 – язвы другой этиологии). Стромально-васкулярная фракция жировой ткани была использована у 11 больных: 7 – остеоартроз коленных суставов, 2 – постлучевой ректо-вагинальный свищ, 1 – постлучевая язва прямой кишки, 1 – язва правой голени при болезни Вегенера. Забор жировой ткани осуществлялся посредством вакуум-ассистированной липосакции. С целью подготовки липоаспирата применялось центрифугирование (1200 г x 3 мин) с последующим отделением жидкой фракции и слоя триглицеридов. Для введения жировой ткани использовались канюли $d=0,8-1,2$ mm разной конфигурации (Колман тип 1, 3). В отдельных случаях применялась острая игла 16, 18 G. Подготовка стромально-васкулярной фракции производилась в специально оборудованной лаборатории путем ферментативной обработки в коллагеназе II типа. Полученная в результате фильтрации клеточная взвесь ресуспендировалась в физиологическом растворе и вводилась острой иглой 18-27 G. Контроль готового материала производился путем фенотипирования при проточной цитометрии. Для оценки результатов применялись клинические методы исследования, опросники, фотографирование, инструментальные методы (рентгенография, УЗИ, эластосонография, МРТ, КТ), гистологическое исследование. В зависимости от этиологии и локализации патологического процесса производились стандартные обследования. Всем пациентам до применения предлагаемого нами способа применялись традиционные методы лечения.

Результаты. В группе больных с контурными деформациями во всех случаях удалось достичь желаемого результата. В зависимости от этиологии, тяжести и локализации дефекта для достижения окончательного результата потребовалось от 1 до 8 повторных этапов. Наиболее сложными для коррекции явились контурные дефекты комбинированного характера (сочетание рубцовых изменений и поздних лучевых повреждений мягких тканей). У пациентов, которым липографтинг применялся для лечения хронических ран, наилучших результатов удалось достичь в группе с лучевыми язвами. Полное заживление было достигнуто у всех больных. Среди пациентов с хроническими ранами нижних конечностей эффективность лечения зависела от этиологии язвы и тяжести основного заболевания. Так, при ранах диабетического происхождения полного заживления удалось достичь в 71% случаев, венозной этиологии – 46%. Стромально-васкулярная фракция жировой ткани применялась в тех случаях, когда в

качестве регенеративного материала не мог быть применен липоаспира́т. При ректо-вагинальных постлучевых свищах и лучевой язве прямой кишки было достигнуто полное заживление. В группе пациентов с остеоартрозом коленных суставов отмечено уменьшение болевого синдрома, увеличение объема движений в суставе, повышение допустимой нагрузки на конечность.

Выводы. При коррекции контурных деформаций различного происхождения и степени тяжести липографтинг, по нашему мнению, является методом выбора в большинстве случаев, представляя реальную альтернативу перемещению лоскутов даже при обширных дефектах. Инъекционная аутоотрансплантация жировой ткани является перспективным методом лечения пациентов с хроническими ранами за счет стимуляции регенерации на местном уровне. Применение стромально-васкулярной фракции жировой ткани открывает новые перспективы в лечении целого ряда заболеваний. Истинные возможности и ограничения инъекционной аутоотрансплантации жировой ткани и ее компонентов на сегодняшний день до конца не изучены и требуют проведения дальнейших исследований.

Опыт интеграции ортогнатических операций в работу клиники пластической и эстетической хирургии.

Васильев Ю.С., Васильев С.А., Тюкова А.А., Кипарисов Ю.С., Банашков Р.Е., Васильев И.С., Васильев В.С.

Центр пластической и эстетической хирургии «ПЛАСТЭС», Челябинск

Набирающие популярность ортогнатические операции позволяют решать многие функциональные и эстетические проблемы у пациентов с зубочелюстными аномалиями. Однако одно лишь перемещение челюстных костей по отношению друг к другу не всегда приводит к полному устранению всех эстетических проблем лица. В связи с этим становится очевидным, что объединение методик ортогнатической и пластической хирургии в стенах одной клиники позволит более эффективно и комплексно проводить лечение пациентов с деформациями лица различной этиологии и степени выраженности. В данной статье мы решили поделиться собственным опытом интеграции ортогнатической хирургии в работу частного центра пластической и эстетической хирургии в надежде, что он (опыт) окажется полезным и другим коллегам.

Материалы и методы. Клинический материал основывается на результатах лечения 16 пациентов (11 женщин и 5 мужчин, средний возраст 21 год). Распределение в зависимости от вида дисгнатии было следующим: II класс по Энглу – 6 человек, III класс по Энглу – 10 человек. Из них 2-челюстные операции выполнены у 13 пациентов (в том числе с сегментацией верхней челюсти в 3 случаях),

городки носа с использованием ротационного рубцово-кожного лоскута с верхней губы, что проявилось в виде поверхностного некроза с десквамацией эпителия, не повлиявшее на ближайший и отдаленный результат лечения.

Терапевтические возможности лазерного омоложения ReCoSMA – накопленный опыт. Перспективы.

Волкова Н.В.

Уральский государственный медицинский университет, Сеть клиник «ЛИНЛАЙН», Екатеринбург

ReCoSMA (Reconstruction Space Modulated Ablation) – метод лазерного омоложения кожи с использованием Er:Yag лазера (2936 нм), оснащенного специальным модулем SMA. ReCoSMA представляет собой метод интерференционного акустического микротравмирования тканей. Модуль SMA – система линз, обеспечивающая перераспределение потока энергии в световом пятне диаметром 5 мм с созданием чередующихся между собой зон с минимальной и максимальной степенью воздействия размером 50 мкм. Микротравмирование тканей (клеточные мембраны, цитоплазма, ядра клеток) осуществляется на уровне дермы, гиподермы, SMAS за счет интерференции акустических волн. Формируются микрозоны повреждения, имеющие размеры, не превышающие размер отдельных клеток. При этом контакт микрозон с воздухом отсутствует – процессы фиброза не инициируются. Данные условия являются пусковым сигналом к образованию новых клеток и обновлению тканей на уровне кожи и системы SMAS (деление фибробластов, синтез коллагена), что клинически проявляется уменьшением глубины морщин, эффектом лифтинга, улучшением цвета и внешней структуры кожи.

Цель исследования – оценка эффективности лазерного метода омоложения кожи ReCoSMA. Материалы и методы. Дизайн исследования – открытое проспективное когортное исследование.

Объект исследования: 100 пациенток женского пола в возрасте от 29 до 70 лет. Среднее значение возраста – 48,16 (9,21) лет. Критерии исключения: 1. Хронические заболевания внутренних органов 2. Инфекционные заболевания 3. Кожные заболевания 4. Беременность и период лактации.

Методы исследования. Визуальная оценка возрастных изменений по шкале Фитцпатрика (MFWS). Визуальная оценка степениптоза. Ультразвуковое исследование.

Метод лечения. Erbium-YAG (2936 нм) + модуль SMA. Параметры: 3 Гц 2,21 Дж/см². Количество процедур – 1. Сроки оценки результатов: 7 – 10 дней; 1-1,5 месяца; 6 месяцев.

Методы оценки. Степень уменьшения глубины морщин (Δ, %). Степеньптоза в сроки 1-1,5 и 6 месяцев. Ультразвуковое сканирование мягких тканей лица.

Результаты. Период восстановления составил от 3 до 7 дней. Среднее значение: 5,06±0,63 дней. Осложнений не выявлено. Уменьшение глубины морщин определялось на 7 день после процедуры и соответствовало 18,01%-44,33% в различных зонах. Изменения аккумулировались на протяжении 6 месяцев до 35,59-62,38% в различных зонах и были статистически значимыми относительно соответствующих в ранние сроки – 7-10 дней (p<0,05). До лечения относительное число пациенток с 3 степеньюптоза составило 31%, 2 – 52%, 1 – 17%. В период 1-1,5 месяца после процедуры относительное число пациенток с 3 степеньюптоза – 4%, 2 – 37%, 1 – 59%. В срок 6 месяцев после проведения ReCoSMA относительное число пациенток с 2 степеньюптоза – 31%, 1 – 69%. Пациенток с 3 степеньюптоза не наблюдалось (p<0,05).

Выводы. Метод лазерного омоложения с использованием Er:Yag лазера (2936 нм), оснащенного специальным модулем SMA, приводит к выраженным клиническим эффектам: уменьшению глубины морщин более чем на 50% в различных зонах лица и лифтинг мягких тканей. Клинические эффекты развиваются постепенно, что обусловлено естественными сроками созревания коллагена.

Пластика молочных желез у мужчин.

Гагарина С.В., Филатов А.В.

Клиника пластической хирургии «Медланж», Москва

За период с 2004 по 2015 гг. нами была выполнена 121 пластика молочных желез у мужчин. Основные группы наблюдений составили пациенты с истинной гинекомастией – 59 (49%), липомастией – 39 (32%), пациенты с массивной потерей веса после бариатрических операций – 19 (16%), ж-м трансформация у пациентов с ядерным транссексуализмом – 4 (3%). В 51 наблюдении (42%) нами была выполнена подкожная мастэктомия; в 36 (30%) – подкожная мастэктомия была дополнена периареолярной подтяжкой кожи молочных желез; в 14 наблюдениях (12%) мы ограничились липосакцией пекторальных зон; в 10 (8%) – липосакция была дополнена периареолярной мастопексией; в 6 наблюдениях (5%) – подкожная мастэктомия сопровождалась редукционной пластикой кожного чехла; в 4 (3%) – подкожная мастэктомия сочеталась с верхним бодилифтом. Мы столкнулись со следующими осложнениями: грубые деформирующие рубцы – 15 (12%), кратерообразная деформация в области сосково-ареолярного комплекса – 10 (12%). Все эти осложнения привели к неудовлетворенности пациентами эстетическим результатом операции. Это, в свою очередь, потребовало повторных хирургических вмешательств: коррекции рубцов, липофилинга в случае западения сосково-ареолярного комплекса.

Моральные аспекты в пластической хирургии.

Ганьшин И.Б., Гагарина С.В.

Российский университет дружбы народов, Москва

В морально-этическом диалоге с врачом пациент является чрезвычайно взыскательным «оппонентом», ведь речь идет о его важнейших в данный момент интересах – надеждах на избавление от страданий, на восстановление здоровья. В отличие от врача у пациентов, как правило, времени для раздумий и оценок больше. Принято считать, что медицинским работникам не следует относиться без должного внимания к той моральной оценке, которой пациенты подвергают все их действия. В процессе опроса все 100% респондентов выразили уверенность, что доверительный характер отношений между врачом и пациентом очень важен. Пациент может сдерживаться, не высказывать своих оценок по тому, что как больной человек он, прежде всего, ждет помощи. Деликатность многих пациентов, уважение ими медицинской профессии как таковой, видимость пассивности во взаимоотношениях с медицинскими работниками явились немаловажными условиями распространения моральной деградации в медицинской среде. В настоящее время немалой части медицинских работников присуща недооценка моральных аспектов, выдвигаемых повседневной практикой врачевания. Аморальность откровенных противоправных действий (например, поборы и взятки) можно считать заключительным звеном такой деградации. Вместе с тем лишь 49,75±3,56% пациентов (98 случаев) и существенно меньше врачей – 26,23±3,25% (48 случаев) уверены, что любые формы материального поощрения (стимулирования) врачей пациентами следует расценивать как противоправные и аморальные действия ($t=4,88$; $p<0,05$). Еще 46,70±3,55% пациентов (92 случая) и существенно больше пластических хирургов – 69,40±3,41% (127 случаев) – полагают, что материальная форма поощрения врачей пациентами (благодарности) допустима и полезна ($t=4,61$; $p<0,05$). Таким образом, сотрудникам службы пластической хирургии присуща недооценка моральных аспектов, выдвигаемых повседневной практикой врачевания. В отличие от пациентов (46,70±3,55%) большинство хирургов (69,40±3,41%) уверено, что материальная форма поощрения врачей пациентами допустима и полезна ($t=4,61$; $p<0,05$). Проблема борьбы с коррупцией в России в первом десятилетии нового века стала приоритетом государственной политики. И потому чрезвычайно важным является тот факт, что в международном стандарте ISO 26000 в разделе добросовестных деловых практик для обеспечения социальной ответственности организации содержатся рекомендации по противодействию коррупции. Они включают ряд позиций: выявлять риски коррупции и противодействовать ей (вымогательство, мздо-

имство, воровство, махинации); пример руководства и требования к сотрудникам искоренять коррупцию; обеспечивать только законную оплату труда, медицинской помощи и медицинских услуг; создание надлежащего контроля по противодействию коррупции и взяткам в учреждении; информация правоохранительных органов. В известной мере коррупционные явления в медицинской организации государственного сектора здравоохранения являются следствием низкой оплаты труда и существующими диспропорциями (зарплата врача, медицинской сестры и технического персонала практически не отличаются), тогда как во многих успешно развивающихся в экономическом отношении странах оплата труда не только выше, но и более дифференцирована.

Подготовка кадров в пластической хирургии.

Ганьшин И.Б., Павлюченко Л.Л., Гагарина С.В.

Российский университет дружбы народов, Москва

Современная экономика характеризуется развитием новых корпоративных форм организации труда и системой корпоративного управления. В настоящее время востребованными становятся те выпускники вузов, которые способны не только эффективно решать все более сложные профессиональные задачи, но и владеют основами корпоративной культуры, что позволяет им быстро адаптироваться к профессиональной сфере своей деятельности. Закончив высшее учебное заведение, выпускник успешно готов осуществлять свою деятельность в новом для него производственном пространстве лишь в том случае, если в процессе его обучения в вузе были сформированы ценности, идеалы, профессионально-этические нормы поведения, правила взаимоотношений, стандарты деятельности той профессиональной сферы, в которой ему предстоит работать в будущем. Наличие у слушателей такой профессиональной составляющей, как корпоративная культура обеспечивает будущему специалисту безболезненное вхождение в коллектив, готовность к принятию решений и действий в производственных ситуациях, быстрое освоение требований, норм, ценностных ориентаций, доминирующих в профессиональной среде. Появляется определенный творческий успех в работе, способствующий дальнейшему профессиональному продвижению молодого специалиста. Корпоративная культура способствует формированию таких качеств, как: солидарность, ответственность за результаты совместной деятельности коллектива и своего труда; преданность своему делу, профессионализм, компетентность, способность идти на риск, работать в команде, инициативность, коммуникабельность. Подготовка специалистов долж-

на происходить в условиях социального партнерства учреждений высшего профессионального образования с различными социальными институтами. Это дает возможность выпускнику еще на этапе обучения в вузе приобрести новые знания и навыки для повышения эффективности профессиональной деятельности в будущем, способствует формированию ценностных ориентиров, устойчивых нравственных принципов и норм, моделей поведения, присущих членам профессионального сообщества. Тем самым повышается уровень профессиональной адаптации, готовность к позитивному взаимодействию в коллективе, снижается уровень социального отчуждения, усиливаются позитивные стороны социализирующих процессов. За популяризацию профессиональной этики как эквивалента групповой нравственности высказались и врачи, и медицинские сестры. Частота ответов составила соответственно $57,92 \pm 3,65$ и $42,47 \pm 3,34$ случая на 100 случаев опроса ($t=3,12$; $p<0,05$). Суммарная доля сотрудников, работающих в пластической хирургии и считающих необходимым популяризировать каноны профессиональной этики, составила $49,50 \pm 2,49\%$. Таким образом, большинство специалистов пластической хирургии являются приверженцами взаимодействующего типа совместной деятельности в двух вопросах: в определении исключительно руководителем медицинской организации характера труда в коллективе ($52,74 \pm 2,49\%$) и в максимальной самоотдаче членов коллектива в труде ($76,37 \pm 2,12\%$). Однако установка на популяризацию совместного творчества больше необходима для плодотворной и комфортной работы врачам, чем медицинским сестрам. Частота ответов составила соответственно $42,08 \pm 3,65$ и $22,37 \pm 2,82$ случая на 100 случаев опроса ($t=4,28$; $p<0,05$). Суммарная доля респондентов, нуждающихся в совместном творчестве для реализации профессиональных амбиций, составила $31,34 \pm 2,31\%$. Опыт подготовки специалистов на кафедре пластической хирургии ФПКМР МИ РУДН за период после введения специальности позволяет констатировать положительные изменения в специальности за последние годы – появление федерального государственного образовательного стандарта высшего образования, который представляет собой совокупность требований, обязательных при реализации основных профессиональных образовательных программ подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.60 Пластическая хирургия. Утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. №1103 – теперь соответствует наименование специальности и вид медицинской деятельности, приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 марта 2013 г. №121н – так же Минздравом разработана рекомендуемая форма договора об организации практической подготовки обучающихся, которая позволяет осуществлять медицинскую деятельность в рамках практической подготовки обучающихся.

Хирургическое лечение детей с врожденными гигантскими пигментными невусами.

Гассан Т.А., Быстров А.В., Цховребова Л.Э.
Российский национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Российская детская клиническая больница, Москва

Проблема лечения врожденных гигантских пигментных невусов (ВГПН) у детей остается актуальной до настоящего времени. По данным литературы – 1 % из 1000 новорожденных имеют врожденные гигантские пигментные невусы. ВГПН это особая группа меланоцитарных образований кожи, которые покрывают большие площади тела и имеют потенциальный риск развития злокачественной меланомы. Риск развития меланомы из врожденного невуса на протяжении жизни составляет около 6-10%. Преобладание лиц женского пола определяет и основную жалобу данных пациентов, и цели нашего лечения – наличие и устранение эстетического дефекта. ВГПН могут иметь самую разнообразную локализацию. Максимальное количество пациентов составили дети с локализацией невуса в области туловища [24 пациента (34,3%), сочетание туловища и других частей тела 16 пациентов (22,8%)]. Характерные гистологические признаки врожденного невуса – неопластические клетки среднего размера, мономорфные, с овоидным ядром без признаков атипии. Митотическая активность в опухолевых элементах не определялась. Диффузный линейный паттерн роста в области эпидермо-дермального соединения и в дерме с распространением на подкожную жировую клетчатку объективно показывает преимущество хирургического иссечения пигментного невуса. Отсутствие митотической активности в биопсийном материале при этапном частичном иссечении гигантских невусов доказало безопасность повторных хирургических вмешательств у детей. Всем пациентам проводили многоэтапное лечение с применением различных методов кожной пластики. Хирургическая коррекция дефектов кожных покровов у детей с ВГПН должна начинаться не ранее 1,5-2 лет. У пациентов младшего возраста наиболее целесообразным является частичное иссечение ВГПН в пределах пигментного пятна. Такие вмешательства обеспечивают уменьшение площади пятна, дают материал для морфологического исследования, а также путем острой дермотензии способствуют увеличению площади здоровых тканей для последующего экспандерного растяжения тканей в прилегающих зонах. Оптимальным для начала применения метода баллонной дермотензии является возраст пациентов 3 года. Пластику дефекта перемещенным кожным лоскутом использовали в тех случаях, когда было явно недостаточное количество пластического материала для закрытия кожного дефекта. С целью растяжения тканей нами предпочтительно используется силиконовая конструкция экспандеров, т.к. в послеоперационном периоде отмечается

минимальная экссудативная реакция тканей. С целью увеличения площади замещаемого дефекта и улучшения эстетических показателей пластического материала нами разработана методика, позволяющая использовать тканевую экспансию в условиях, когда прилежащие зоны не могут быть реципиентными. Преимущество оптимизированной методики состоит не только в значительном увеличении площади замещаемого дефекта, но и в возможности дальнейшего растяжения ранее перемещенного лоскута при следующем этапе хирургического лечения. Для пластики дефекта свободным кожным лоскутом данная технология кожной пластики так же была усовершенствована путем предварительной подготовки донорского кожного лоскута методикой тканевого растяжения. Показаниями служили: локализация невуся в области суставов, средняя зона лица, необходимость большего количества пластического материала. Данная методика позволила нам получать большую площадь пластического материала, без ущерба донорскому ложу.

Таким образом, современные технологии пластики покровных тканей позволяют устранять косметические дефекты у детей с ВГПН. Все усовершенствованные методики позволили нам получить большую величину иссечения пигментированного участка, снизить кратность оперативных вмешательств и анестезиологического пособия, тем самым ускоряя сроки полного излечения наших пациентов, уменьшить количество осложнений, послеоперационных рубцов, улучшить косметические результаты, а также социальную адаптацию наших пациентов. Внедрение методик позволило обосновать их преимущества в связи с ограниченными возможностями забора пластического материала у детей при большой площади патологически измененных покровных тканей, а также возможностью повторного использования донорской зоны для продолжения этапной пластики.

Петлевые операции при недержании мочи у женщин – в чем успех?

Гвоздев М.Ю., Пушкарь Д.Ю.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

В клинике урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова выполняются различные петлевые операции с использованием синтетических материалов. Однако наиболее часто используется свободная синтетическая петля TVT-O.

Цель работы: анализ опыта выполнения слинговых операций при недержании мочи у женщин для установления предикторов положительного результата и возможных осложнений.

Задача: изучение динамики показателей успешности операции в зависимости от операционного опыта, накопленного в клинике. В качестве прямого показателя

успешности операции анализировались результаты кашлевого теста после операции. Отдельного пояснения требует понятие «накопленный операционный опыт», применяемое в данном исследовании. Для каждой операции TVT-O подсчитывалось число операций этого же типа, проведенных в клинике с момента начала исследования по месяц, предшествующий данной конкретной операции (включительно).

Материалы и методы: нами были проанализированы результаты общероссийского опыта оперативного лечения больных, страдающих недержанием мочи с использованием синтетических материалов. Был представлен опыт 24 ведущих урологических и гинекологических стационаров России за период с 2001 по 2011 годы. За указанный период было прооперировано 4764 пациентки, в том числе 1654 больных перенесли оперативное вмешательство в клинике урологии МГМСУ. В ходе исследования определены предикторы успешного оперативного лечения с помощью синтетической петли TVT-O у больных со стрессовой формой недержания мочи. Простейший и наиболее наглядный анализ полученных данных состоял в том, что все данные разбивались по интервалам в зависимости от опыта, накопленного на момент оперативного лечения, и для каждого интервала подсчитывалась вероятность положительного кашлевого теста после операции.

Результаты. Возраст, индекс массы тела, число родов, наступление менопаузы не влияют на результаты операции. Единственным статистически значимым прогностическим фактором положительного результата является накопленный в клинике опыт лечения подобных больных. Единственным статистически значимым предиктором результатов кашлевого теста после операции является накопленный в клинике опыт операций. Иными словами, каждые десять операций накопленного опыта на 1%. Результаты работы наглядно демонстрируют ключевую роль и значение опыта при выполнении петлевых операций. Потому крайне важным представляется создание в России тренинг-центров на базе специализированных клиник, в которых можно было бы получить качественное обучение и перенять опыт и знания у ведущих специалистов страны.

Применение препаратов гиалуроновой кислоты при лечении хронической рецидивирующей инфекции мочевых путей.

Гвоздев М.Ю., Цыбуля О.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение. Диагностика и лечение хронической рецидивирующей инфекции нижних мочевыводящих путей по ряду аспектов в настоящее время остаются спорными.

Одним из патогенетических факторов, способствующих нарушению защитных противомикробных механизмов урогенитальной системы, являются анатомические аномалии. Среди анатомических причин, приводящих к развитию хронических циститов и уретритов у женщин в сексуально активном периоде, основное место занимают гипермобильность уретры, что является одной из наиболее частых причин возникновения хронической рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей.

Материалы и методы. В исследование были включены 9 женщин, согласившихся принять в нем участие, в возрасте от 23 до 40 лет, обратившихся в клинику урологии МГМСУ в 2014-2015 гг. Средний возраст больных составил 25,9 года. У всех больных был длительный анамнез рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей. В клинической картине преобладали боли в области уретры во время и после полового акта, сопровождавшиеся учащенным болезненным мочеиспусканием, гематурией. Манифестация заболевания во всех случаях совпала с началом регулярной половой жизни, а обострения возникали практически после каждого полового акта. Эффективность медикаментозного лечения в виде посткоитальной профилактики и курсового лечения прогрессивно снижалась. Длительность заболевания составляла от 1 года до 10 лет. Пациенткам с гипермобильностью наружного отверстия уретры было выполнено парауретральное введение препаратов гиалуроновой кислоты, предназначенных для увеличения и восполнения объема мягких тканей по терапевтическим показаниям. Применяемый нами препарат гиалуроновой кислоты представляет собой биополимер гиалуроновый вязкоэластичный, бифазный филлер высокой плотности для глубоких подслизистых введений. Запускает механизм синтеза фибробластами кожи эндогенных гликозамингликанов, эластина и коллагена в области введения. Высокомолекулярная гиалуроновая кислота обеспечивает более продолжительный эффект. Энъекционный имплант, представляющий собой стерильный гель, содержащий перекрестношлито гиалуроновую кислоту неживотного происхождения. Данный имплант является биосовместимым и полностью биодеградирующим. Эта методика позволяет создать точки фиксации мобильной части уретры и дополнительную опору для ее дистального отдела из окружающих тканей, в которые введён препарат гиалуроновой кислоты. Результаты. Результаты коррекции анатомических изменений наружного отверстия уретры, приведших к рецидивирующим инфекциям нижних мочевых путей, были оценены через 3 месяца после манипуляции. Эффективность операции оценивались на основании ответов пациенток на стандартизованный вопросник. Из числа обследованных больных стойкое клиническое выздоровление достигнуто у 8 женщин.

Заключение. Результаты проведенного исследования подтверждают целесообразность лечения препаратами гиалуроновой кислоты гипермобильности уретры, приводящей к рецидивирующим инфекциям нижних мочевых путей у женщин.

Реконструктивные хирургические вмешательства при раке полости рта ранних стадий.

Гельфанд И.М., Романов И.С., Болотин М.В., Удинцов Д.Б.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, Москва

Цель. Методом выбора при лечении рака слизистой оболочки полости рта на ранних стадиях является хирургическое лечение. К факторам, оказывающим влияние на объем хирургического воздействия на первичную опухоль полости рта, относятся размер первичной опухоли, глубина инвазии, локализация (задние или передние отделы). Реконструктивная операция после удаления опухоли полости рта показана при функциональном или эстетическом дефекте. Таким образом, резекция большей части языка, тканей дна полости рта, слизистой оболочки щеки и краевая резекция нижней челюсти являются показаниями к реконструктивной хирургии.

Задачи работы: внедрение в повседневную хирургическую практику метода пластики послеоперационных дефектов, который обеспечивает достойные косметические и функциональные результаты.

Материалы и методы: в последнее время применение лоскутов на сосудистой ножке с микрососудистыми анастомозами значительно увеличило выбор возможности реконструкции, которая может быть использована для восстановления послеоперационных дефектов у пациентов с опухолями полости рта. Однако микрохирургическая реконструкция требует длительного времени, сложного оборудования. Нанесением как минимум 2 хирургических травм. Более того, такие лоскуты, как, в частности, лучевой, обычно слишком велики для интратрехальных дефектов. Использование носогубного лоскута сопровождается нанесением косметической и функциональной травмы средней зоны лица. Кроме того, этот лоскут ограничен объемом и локализацией дефекта. Лоскуты с включением подкожной мышцы шеи, грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, передних длинных мышц шеи также достаточно ненадежные в виду того, что, как правило, операции на первичном очаге при раке полости рта сопровождаются фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи, при выполнении этой операции пересекаются питающие мышцу сосуды, что приводит к некрозам лоскута. Толщина выше представленных лоскутов недостаточная для восполнения дефекта в полости рта, что не обеспечивает достойных функциональных и косметических результатов. Лоскут с включением большой грудной мышцы является слишком большим для закрытия дефектов, образующихся после удаления опухолей полости рта на ранних стадиях, и также сопровождается нанесением большой хирургической травмы. В период с 2008 по 2014 гг. пациентам, страдающим раком слизистой оболочки полости рта стадии T1-2, выполнено 27 пластических операций. Пластика носогубным лоску-

том была выполнена у 15 человек, лоскутом с включением платизмы у 7 человек, у 5 человек использовался подбородочный лоскут.

Полученные результаты и выводы: подбородочный кожно-мышечный удовлетворяет всем перечисленным требованиям для применения в реконструкции послеоперационных дефектов полости рта. Подбородочный лоскут является аксиальным лоскутом на основе подбородочной ветви лицевой артерии. Мы представляем вам результаты нашего опыта в реконструкции с применением подбородочного лоскута различных дефектов после проведения операций по поводу рака полости рта ранних стадий.

Применение роботизированного хирургического комплекса в многопрофильном стационаре.

Гладышев Д.В., Коваленко С.А., Ракул С.А., Цивьян Б.Л., Моисеев М.Е., Гнедаш С.С., Шелегетов Д.С., Рыбакин А.В.

Городская больница №40, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Институт красоты СПИК, Санкт-Петербург

Последние два десятилетия в медицине – эпоха бурного внедрения высоких технологий в лечении больных всех профилей. В хирургии это, в первую очередь, миниинвазивные технологии, позволившие соединить в себе: радикализм, косметичность, низкую травматичность и быструю реабилитацию.

Цель нашей работы – представить результаты использования роботизированного хирургического комплекса da Vinci Si HD в многопрофильном стационаре. С момента инсталляции комплекса da Vinci Si HD в августе 2013 г. и по февраль 2015 г. выполнено более 350 робот-ассистированных оперативных вмешательств. Структура выполненных операций следующая: абдоминальные операции – 32,4%, урологические – 48%, гинекологические – 18,6%, в области сердечно-сосудистой хирургии – 1%. В урологии всего выполнено 176 операций, в их числе: 123 радикальных простатэктомии, 38 резекций почек, 9 нефрэктомий, 6 цистэктомий. Общее количество гинекологических операций составило 67, среди них наиболее часто выполняли пангистерэктомию [23], реже экстирпацию матки с придатками с обеих сторон и двусторонней тазовой лимфаденэктомией [10], экстирпацию матки с маточными трубами [14], оварицистэктомию [15], миомэктомию [5]. В абдоминальной хирургии выполнено 117 операций, в основном нами выполнялись операции по поводу колоректального рака [104] из них по поводу рака ободочной кишки [54] и по поводу рака прямой кишки [50]. Пациентам, страдающим раком желудка, выполнены полностью роботические дистальная субтотальная резекция желудка [2], гастрэктомия [2]. Выполнено 9 бариатрических операций: 5 продольных резекций желудка и 4 операции желудочного шунтирования.

В сердечно-сосудистой хирургии выполнено 4 маммарокоронарных шунтирования без использования аппарата искусственного кровообращения. Кроме того, выполнено 2 пластические операции – эндоскопическая подтяжка бровей. Конверсии имели место в 2 случаях по поводу рака прямой кишки, причинами конверсии были: большие размеры опухолевого образования с вовлечением в опухолевый процесс соседних органов, не диагностированные в ходе предоперационного обследования и приходилось на ранний период освоения методики и проведения первых операций. Объем кровопотери, как правило, был минимальным. Повторные операции по поводу осложнений проведены в 3% случаев. Основное количество осложнений приходится также на этап освоения методики. Был зафиксирован один летальный исход – на 2 сутки после операции (ультранизкая передняя резекция прямой кишки) от массивной тромбоэмболии легочной артерии. Применение робот-ассистированных операций в многопрофильном стационаре является высокотехнологичным эффективным, безопасным и перспективным методом лечения большого спектра заболеваний в различных областях хирургии. Однако высокая стоимость роботоконструкции и его расходного оборудования является существенным препятствием к широкому внедрению робот-ассистированных операций в повседневную хирургическую практику.

В заключение можно констатировать, что развитие хирургии в последние годы уверенно взяло направление на совершенствование миниинвазивных технологий и расширение показаний к ним, при этом сохраняя все принципы открытых оперативных вмешательств.

Трансплантация кисти. Опыт неудачной подготовки?

Глубев И.О.

Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.В. Приорова, Москва

Цель. Проанализировать опыт создания программы по трансплантации кисти и ее реализации.

Материалы. С 2004 года в России была начата программа трансплантации кисти. Было обследовано 70 пострадавших с посттравматической культей как минимум одной верхней конечности. Из них было 69 мужчин и одна женщина. Средний возраст составил 30,7 лет [15-56]. Всего было 88 культей, у 18 пациентов культы были двухсторонними. Средний срок после травмы составил 6,1 [1,5-2,7] года. Культы на уровне плеча были у 9, предплечья 53, кистевого сустава – 26. По механизму травмы у 21 [30%] было отморожение, взрывная травма – 19 [27%], повреждение деревообрабатывающим станком 16 [23%] и др. Было отобрано 3 пациента с билатеральным повреждением. Ожидание донора продолжалось до 2008 года. В последующем у одного из пациентов был обнаружен ге-

патит В, второй потерял контакт с клинкой из-за злоупотребления алкоголем. Одна из попыток трансплантации у третьего реципиента не увенчалась успехом из-за того, что пациент не смог прибыть на операцию в течение суток из-за нелётной погоды.

Результат. Операция не была выполнена.

Заключение. Наличие энтузиазма и желания не является достаточным условием для выполнения трансплантации.

Влияние перемещения верхней челюсти на форму носа.

Глушко А.В., Дробышев А.Ю., Гордина Г.С., Михайлюков В.М., Дзампаева И.Р.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение: основным протоколом хирургического лечения пациентов с врожденными аномалиями развития зубочелюстной системы является двучелюстная операция (ортогнатическая операция). Как правило, она состоит из остеотомии верхней челюсти по типу Ле Фор I (LeFort I Osteotomy) и двухсторонней сагиттальной расщепляющей остеотомии нижней челюсти (Bilateral Sagittal Splitting Osteotomy, BSSO). Данный хирургический протокол дает возможность полноценного перемещения обеих челюстей относительно друг друга и относительно структур лицевого скелета с целью достижения наилучшего функционального и эстетического результатов. Вышеописанные протоколы стандартизированы и широко применяются хирургами во всем мире. Одним из неблагоприятных последствий ортогнатической операции является изменение структур наружного носа, возникающее вследствие особенностей проведения остеотомии верхней челюсти и ее перемещения. Для уменьшения столь нежелательного эффекта используется общепринятая методика сведения крыльев носа путем их фиксации швом (alar cinch technique) с различными модификациями.

Цель исследования: оценить возможное изменение ширины строения носа после перемещения верхней челюсти. Оценить эффективность хирургических протоколов, используемых для его предотвращения.

Материалы и методы: в исследовании приняло участие 105 пациентов, каждому из которых была проведена двучелюстная ортогнатическая операция для коррекции аномалии зубочелюстной системы. Пациенты распределились следующим образом: с III классом аномалии — 82 человека (78%), с II — 23 (22%), возраст от 17 до 36 лет (средний 24,3 года), женщины — 85 человек (81%), мужчины — 20 (19%). Из исследования были исключены пациенты с травмой челюстно-лицевой области и с любой иной врожденной патологией лицевого скелета (расщелины). Всем пациентам после перемещения верхней челюсти было проведено сужение крыльев носа по методике, известной как alar

cinch technique. Была проведена фотодокументация на этапах до хирургического лечения и спустя минимум 6 месяцев после. Для анализа ширины концевого отдела носа нами были введены индекс ширины крыльев носа (AWI, Alar Width Index) и индекс ширины основания носа (BWI, Base Width Index) и сформулированы три гипотезы. Оба индекса отражают процентное соотношение исследуемых величин относительно расстояния между зрачками. Рассчитывалась разница между полученными данными до и после хирургического лечения, что и соответствовало величине изменения ширины носа. Для проведения статистического анализа использовалось программное обеспечение компании IBM — SPSS Statistics 2 и специализированные методы (непараметрический критерий знаковых рангов Вилкоксона и непараметрическую корреляцию Спирмена).

Результаты исследования: полученные данные изменения ширины основания носа и ширины крыльев носа 105 пациентов указывают на статистически значимое увеличение этих величин после операции в сравнении со значениями до операции. Так, абсолютная величина изменения ширины крыльев носа в среднем составила 4,36%, относительная — 9,42%, а абсолютная величина изменения ширины основания носа в среднем составила 4,67%, относительная — 19,83%. Подробнее: пациенты с III классом (увеличение индекса ширины крыльев: мин. 1,1%, макс. 10,9%, сред. 4,1%, ст. откл. 2,3%; увеличение индекса ширины основания: мин. 0,4%, макс. 10,5%, сред. 4,6%, ст. откл. 2,7%), пациенты со II классом (увеличение индекса ширины крыльев: мин. 1,6%, макс. 10,5%, сред. 4,69%, ст. откл. 2,25%; увеличение индекса ширины основания: мин. 1,2%, макс. 5,5%, сред. 3,1%, ст. откл. 1,6%). При этом у всех пациентов использовалась техника сшивания основания крыльев носа и ни у одного пациента не проводились какие-либо дополнительные вмешательства на структурах наружного носа.

Заключение: по данным проведенного нами исследования было доказано, что в ходе перемещения верхней челюсти всегда происходит изменение морфологии концевого отдела носа, а именно его расширение. Была доказана малая эффективность техники сшивания основания крыльев носа.

Оценка эффективности симулянтного хирургического лечения (ортогнатическая операция и ринопластика).

Глушко А.В., Дробышев А.Ю., Павлюк-Павлюченко Л.Л., Гордина Г.С.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение: с целью улучшения эстетического результата хирургического лечения пациентов с аномалиями раз-

вития зубочелюстной системы, наряду с ортогнатической операцией, возможно проведение целого комплекса дополнительных хирургических вмешательств, таких как: остеотомия скуловых костей и подбородочного отдела, липосакция и липофилинг. Но отдельный интерес вызывает возможность одновременного проведения ортогнатической операции и ринопластики, которая сама по себе является довольно сложной операцией.

Цель исследования: проанализировать возможность и обоснованность одновременного проведения ортогнатической операции и ринопластики.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 19 пациентов (17 женщин и 2 мужчин в возрасте от 23 до 40 лет) с различными аномалиями зубочелюстной системы (11 пациентов с медиальной окклюзией и 8 с дистальной), которым одновременно проводилась двучелюстная ортогнатическая операция и ринопластика. После завершения этапа перемещения челюстей, подбородочного отдела и скуловых костей при необходимости, проводилась интраоперационная переинтубация пациента с последующей ринопластикой закрытым способом. Всем пациентам поводился анализ формы носа в профиль на дооперационном этапе, интраоперационно (после проведенной ортогнатической операции и переинтубации) и в послеоперационном периоде спустя 3-6 месяцев.

Результаты исследования. У всех пациентов после проведения ортогнатической операции (интраоперационно) наблюдалось изменение формы носа. У 3 пациентов – улучшение формы носа с проведением последующей незначительной его коррекцией. У 12 – незначительное изменение формы носа и операция проходила по ранее запланированному плану. У 4 пациентов произошло значимое изменение формы носа, что потребовало изменения объема хирургического вмешательства на структурах носа.

Заключение. При одновременном проведении ортогнатической операции и ринопластики необходимо учитывать все аспекты перемещения верхней челюсти и четко представлять связанные с этим возможные интраоперационные изменения анатомии носа. Нужно быть готовым к изменению хирургического протокола планируемой ринопластики непосредственно во время проведения симультантного хирургического лечения.

Проблемы контурной пластики голени.

Грицюк А.М., Мариничева И.Г.
Клиника пластической хирургии ЗАО «Медлаз»,
Москва

Контурная пластика голени становится все более популярной пластической операцией в нашей стране. Для изменения формы голени наиболее часто используется их увеличение при помощи силиконовых имплантатов,

липофилинг, а также – уменьшение преимущественно с применением липосакции. В период с 2000 по 2015 год выполнено 874 операции по изменению контура голени у 595 пациентов. У 39% пациентов одновременно выполнены две или более операции. Из них в 541 случае – увеличение объема голени силиконовыми имплантатами, 97 – липофилинг, 236 – липосакций. Увеличение объема голени имплантатами позволяет получить значительный прирост мягких тканей и дает стабильный результат. Недостатки использования имплантатов связаны как с анатомическими особенностями – невозможность заполнения объема на медиальной поверхности перехода подколенной области в верхнюю треть голени, так и особенностью строения имплантатов – деформация нижнего полюса имплантата в 5% случаев через несколько лет после эндопротезирования. Первая проблема решается путем выполнения липофилинга указанной области, что мы использовали у 10% пациентов. Вторая – применением имплантатов индивидуальной конструкции или менее плоских имплантатов с соотношением ширина: проекция менее 1,5. У 30% пациентов мы меняем классическое местоположение имплантата на подмышечный слой. Применение перечисленных методов за последние 3 года позволило снизить контурирование имплантатов с 4,8 до 1,2%. Соответственно при коррекции уже развившегося контурирования мы используем 1) сглаживание контура нижнего полюса методом липофилинга, 2) замену имплантата с изменением его формы и слоя установки. Отдельной проблемой является коррекция формы голени у пациентов с врожденной патологией или перенесших полиомиелит. Как правило, в таких случаях проводится односторонняя коррекция и для достижения симметрии часто требуется установка достаточно больших по объему имплантатов. У таких пациентов, как правило, фасциальный футляр значительно уменьшен в объеме и фасция голени чрезвычайно ригидна (наподобии ладонного апоневроза при контрактуре Дюпюитрена). В 12 из 15 случаев мы выполняли фасциотомию. Фасциальный дефект над имплантатом закрывали аллотрансплантатом из ТМО – 2 случая, Пермаколом – 7 случаев, имплантат устанавливали под мышцу, дефект не закрывали – 3 случая. Необходимо отметить, что установка имплантата в ограниченное пространство приводит к деформации его оболочки с последующим ее разрывом в местах складок. При коррекции формы голени после удаления ПЛАГ также встречается ригидная фасция, иногда хрящевидной плотности. Более часто имеются дефекты фасции голени после расщепления фасциальных футляров, что при отсутствии подкожной жировой клетчатки приводит к заметному пролабиранию имплантата через дефект. В 3 случаях для его закрытия мы применяли Пермакол. Для липофилинга голени характерны широкая локализация его применения, но имеются значительные ограничения по объему свободной пересадки жировой ткани. Мы проводили сравнительное исследование приживаемости

жировой ткани в зависимости от введенного объема. Получены следующие результаты: при введении жировой ткани, превышающей объем рецепиентной зоны, выживаемость адипоцитов снижается до 38%, инъекции до 70% по объему ткани позволяет сохранить до 85%, до 40% по объему до 88% пересаженной ткани. Практически это означает, что в стандартных случаях у пациентов с толщиной подкожной жировой клетчатки в области голени 7-10 мм можно получить долговременный прирост тканей 4-5 мм, в зоне перехода подколенной области до 15-17 мм. Липосакцию мы применяли у третьей части пациентов. В представленной нами идеологии внутреннего контура ног играет важную роль следующее: 1) липосакция позволяет визуально исправить кривизну ног у 3% пациентов, у 28% значительно уменьшить ее проявление, 2) уменьшение проявления кривизны ног позволяет использовать имплантаты меньшего профиля, что снижает вероятность их контурирования и даже отказаться от имплантатов в пользу липофилинга. Выводы: при планировании хирургической коррекции формы голени необходимо учитывать перечисленные особенности различных методов, а также применять их комбинации для улучшения результатов.

Особенности эстетической блефаропластики в нестандартных клинических ситуациях.

Грищенко С.В.

**Институт пластической хирургии и косметологии,
Москва**

В настоящее время существуют разные подходы к верхней и нижней эстетической блефаропластике (ЭБ), которые освещены в отечественной и зарубежной специализированной литературе, многие из них, по мнению авторов, являются стандартными и позволяют получать хорошие результаты. Но в практической работе не все так однозначно и встречаются клинические ситуации, когда для получения оптимального результата необходимо модернизировать хирургические техники.

С целью повышения эффективности ЭБ мы постарались проанализировать такие случаи и разработать оптимальную хирургическую тактику.

Обследовано с инволюционными изменениями верхних век 292 пациента и 308 пациентов – нижних век, которые обратились с 2012-2014 гг. для проведения эстетической блефаропластики (ЭБ) в ОАО «Институт Пластической Хирургии и Косметологии», г. Москва. У пациентов с инволюционными деформациями верхних век (292 – 100%) были диагностированы блефарохалазис (28 – 9,5%), псевдоблефарохалазис (149 – 51%) в сочетании с птозом бровей(и), медиальный эпикантус (55 – 18,8%), птоз верхнего века (16-5,5%), птоз слезной железы (27 – 9,2%), ложный птоз брови (21 – 7,2%), контурирование подбровного жира (68 – 23,3%), экзофтальм

(«отрицательный вектор») (59 – 20,2%), гипоплазия (52 – 17,8%), аплазия (24 – 8,2%), А-деформация (35 – 12%). На основе анализа отдаленных результатов ВЭБ у пациентов с нестандартными клиническими ситуациями разработан алгоритм для хирургической коррекции.

Так, при наличии эпикантуса у внутреннего угла глаза с одной или двух сторон ВЭБ целесообразно дополнять эпикантопластикой, но при отсутствии желания пациента на данную процедуру, разрез на верхнем веке не следует доводить до основания эпикантальной складки, чтобы не увеличить в последующем еще больше дефицит тканей в области эпикантуса при резекции кожи. У пациентов с диагностированным птозом верхнего века целесообразно проводить его коррекцию одновременно с ВЭБ. Гипоплазия или аплазия естественной складки являются основанием для укрепления или воссоздания данного анатомического образования путем септоапоневротической фиксации. Значительно улучшить результат верхней эстетической блефаропластики при утолщенных (одутловатых) верхних веках можно путем щадящей резекции кожи, круговой мышцы глаза, участка подбровного жира (ROOF) и углубления естественной складки и, при необходимости, шовной фиксации птозированной слезной железы. Следует отметить, что в этих случаях подходы к планированию хирургической коррекции во многом совпадают с подходами к ВЭБ при ориентальных веках, а эпикантопластика остается методом выбора, в большей степени для пациента. Замечено, что углубление естественной складки – полезная процедура при выраженных надбровных дугах у мужчин и женщин.

При псевдоблефарохалазисах приоритетной остается коррекция птоза бровей, а лишь потом, при необходимости – ВЭБ. У всех пациентов с выявленной до операции А-деформацией благодаря устранению ее причин удалось получить правильную дугообразную форму складки после усовершенствованной ВЭБ. В отдаленные сроки наблюдения рецидива А-деформации не отмечали. При обследовании пациентов с показаниями для нижней эстетической блефаропластики установлено, что только 1/3 из них имели жировые «грыжи» и/или избытки тканей с хорошим и удовлетворительным тонусом нижних век, а 2/3 составили пациенты, имеющие неблагоприятные факторы для проведения НЭБ: жировые «грыжи» и избытки кожи или блефарохалазис в сочетании с гиперэластичностью тканей, гипотонией или атонией нижних век или/и экзофтальмом («отрицательный вектор»), видимой полоской склеры под роговицей при взгляде прямо («склеральный вид») и рубцами в области нижних век после ранее перенесенной НЭБ. Данные пациенты имеют высокий риск послеоперационной ретракции нижних век. В данную группу целесообразно включать пациентов, которым планируется проведение расширенной НЭБ с коррекцией скуловых областей, так как у них чаще всего формируется широкий плоскостной рубец, смещающий веки книзу. Становится очевидным, что пациенты, имеющие разные клинические проявления инволюционных деформаций нижних век, нуждаются в патогенетическом подходе к их

хирургической коррекции. Так, трансконъюнктивальная нижняя блефаропластика была эффективной не только у молодых пациентов, имеющих преимущественно жировые «грыжи» и кожу, способную к сокращению, но и при инволюционных изменениях тканей век в сочетании с этапной обработкой кожи фракционным лазером или другими процедурами. Поэтому показания к трансконъюнктивальному доступу в настоящее время могут быть расширены. При гипотонии нижних век целесообразно укреплять нижние веки имплантатами или аутологичными хрящевыми трансплантатами для профилактики их послеоперационной ретракции. Считаем обоснованным изменение подходов к коррекции жировых «грыж» век. Общепринятое мнение об обязательной резекции как можно большего количества орбитальной жировой ткани перестает быть аксиомой. Так, отказаться от резекции орбитального жира пришлось у пациентов с энтофтальмом, выраженным контурированием носослезной борозды и нижнего края орбиты.

Анализ полученных результатов показал, что в изменении хирургической тактики нуждались все пациенты, которые вошли в группу риска формирования послеоперационной ретракции век, которые имели в различных сочетаниях выраженные избытки кожи атонию или гипотонию нижних век, экзофтальм или «отрицательный вектор», видимую полосу склеры под роговицей при взгляде прямо, конструирование подглазничной борозды и малярного жира в скуловых областях, рубцовые изменения тканей нижних век после ранее перенесенной НЭБ. Этим пациентам была эффективно применена НЭБ с выкраиванием разделяльно-уровневого кожно-мышечного лоскута, при необходимости с включением миопексии, кантопексии и элементов укрепления нижнего века аутохрящевым трансплантатом или синтетическим имплантатом «Экофлон», которая позволила получить оптимальный эстетический результат, сохранить нормальную форму глазной щели и положение нижнего века после операции.

Установлено, что к коррекции малярных «мешков», которые визуализировались в виде припухлостей в скуловых областях, имели показания 23,0% пациентов. Во всех случаях мы постарались устранить причины этих деформаций, используя блефаропластический доступ с помощью расширенной отслойки тканей книзу, отделения орбито-малярной связки от надкостницы, плоскостной резекции малярного жира, отслаивании разделяльно-уровневого кожно-мышечного лоскута, щадящей резекцией тканей нижних век, миопексии и кантопексии.

Таким образом, дифференцированный подход к применению различных хирургических техник ЭБ позволяет повысить эффективность блефаропластических операций улучшить контуры век и периорбитальных областей, а выбор оптимально эффективной техники ЭБ должен быть основан на тщательной предоперационной оценке комплекса орбита-глаз-веки-периорбитальная область.

Профилактика и хирургическое лечение осложнений эстетической блефаропластики.

Грищенко С.В.

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Пластические операции на веках уникальны и сложны, вследствие необходимости работы хирурга с тонкими структурами придаточного аппарата глаза, окружающими тканями прямо или косвенно, влияющими на функцию органа зрения и внешний вид человека. Современные варианты эстетической блефаропластики (ЭБ) предусматривают различные доступы и приёмы, но, несмотря на современные достижения, встречаются случаи, когда возникают осложнения или пациенты остаются недовольны эстетическим результатом операции и длительностью восстановительного лечения.

С целью повышения эффективности блефаропластических операций проведен анализ клинических проявлений осложнений у 181 пациента (100%), обратившихся в ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии» с 1998 по 2012 годы и ЗАО Клинику Активного долголетия «Институт Красоты на Арбате» с 2013 по 2015 годы с осложнениями после блефаропластики в различных медицинских учреждениях. При осмотре и офтальмологическом обследовании у пациентов выявлены эпителиокератопатия, язвы на роговице, длительный (до 4-6 мес.) лимфостаз и/или хемоз склеры, временный лагофтальм, односторонняя или двусторонняя ретракция век, односторонний птоз верхнего века, рубцовый эпикантус у внутреннего угла глаза и А-деформации естественной складки верхнего века. Хемоз и лимфостаз наблюдали у 23 (12,7%) пациентов, чаще при одномоментном вмешательстве на нижних и верхних веках как реакцию на травму. Отмечены более выраженные и стойкие проявления хемоза и лимфостаза при интенсивной электрокоагуляции кровотокающих сосудов у наружного угла глаза во время НЭБ. Выявлено статистически достоверное снижение рефлекторной слезопродукции в ранние и отдаленные сроки после блефаропластики у 123 пациентов (68,0%), которые испытывали ощущение инородного тела, «жжения», «песка» в глаза, непереносимость ветра и кондиционированного воздуха – характерные признаки гиполакрийи. Учитывая тот факт, что около 65% пациенток имеют исходно данные признаки, то становится очевидным, что целесообразно таких пациентов выявлять до операции, а после операции назначать местную заместительную терапию препаратами искусственной, натуральной слезы или корнеопротекторами под контролем офтальмолога для профилактики трофических нарушений роговицы. Причинами лагофтальма у 142 (78,5%) пациентов являлись рубцовая контрактура с ретракцией верхних и/или нижних век в сочетании с дефицитом кожи. Из них временную или постоянную ретракцию нижних век разной степени выраженности (в виде прогибания реберного края

или эктропиона) наблюдали у 102 пациентов (56,3%). Анализ клинических проявлений инволюционных деформаций нижних век позволил выявить группу риска формирования послеоперационной их ретракции. В нее целесообразно включать пациентов с сенильной патологией, нижним блефарохалазисом, гипотонией, экзофтальмом и «склеральным видом» и в данных клинических ситуациях включать в блефаропластику дополнительно элементы укрепления нижнего века с помощью аутохрящевой трансплантата или политерафторэтиленового имплантата («Экофлон»), выкроенных по форме тарзальной пластинки или в виде «спейсера-распорки», миопексию и кантопексию.

Замечено, что послеоперационный птоз верхнего века диагностирован в 12 случаях (6,6%), не более 1,5 мм, возник из-за рубцовой контрактуры апоневроза леватора, был временным и проходил самостоятельно без лечения или после дополнительного применения физиотерапевтических процедур через 0,5-2,0 мес. после операции.

Причиной рубцового эпикантуса у 8 (4,4%) пациентов стало избыточное иссечение тканей у внутреннего угла глаза и длинный разрез в этой области, выходящий за проекцию слезной точки. В данных ситуациях уменьшение длины разреза в медиальном отделе века, щадящее отношение к коже и рациональная эпикантопластика (при наличии эпикантальной складки до операции) являются оптимальными приемами верхней ЭБ.

Диагностирована после верхней блефаропластики односторонняя или двусторонняя А-деформация естественной складки верхнего века у 19 пациентов (10,5%). При данной деформации хорошо себя зарекомендовали профилактические мероприятия – отсечение косых волокон тарзоорбитальной фасции от верхне-глазничного края и перераспределение (без резекции) орбитальной жировой клетчатки в среднем отделе века во время верхней ЭБ.

Следует заметить, что значительно снизить количество осложнений после эстетической блефаропластики можно на дооперационном этапе благодаря отбору и обследованию пациентов, направленному на выявление различных косвенных причин местного и общего характера, которые могут повлечь за собой негативные последствия. Немаловажная роль в этом обследовании принадлежит офтальмологу, а тщательное планирование ЭБ с учетом клинко-анатомических особенностей, дифференцированное применение различных хирургических приемов и щадящая резекция тканей позволяют значительно улучшить эффективность блефаропластических операций и избежать осложнений.

Методы обследования пациентов для коррекции птоза по методике резекции ВТМ.

Груша Я.О., Блинова И.В., Фисенко Н.В.
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Москва

Блефароптоз – это аномально низкое положение края верхнего века при взгляде прямо. Данное состояние встречается у пациентов всех возрастных групп и может быть как локальным анатомическим дефектом (инволюционный птоз), так и проявлением различных системных заболеваний.

Настоящее исследование включало в себя 200 пациентов (280 глаз), средний возраст 57,8 лет (от 16 до 75 лет). При сборе анамнеза заболевания было выяснено время возникновения блефароптоза (врожденный (60 глаз) или приобретенный птоз (220 глаз)). Степень вовлеченности обоих глаз, односторонний птоз (100 глаз) или двусторонний – (180 глаз). Флюктуация положения верхнего века в течение суток была отмечена у 150 пациентов (180 глаз). Кроме того, у ряда пациентов (100 глаз) было отмечено ухудшение зрения, амблиопия, ограничение поля зрения сверху, диплопия и косоглазие, а также системные заболевания, ассоциированные с блефароптозом (в том числе миастения), опухоли, патологии щитовидной железы, травмы, офтальмологические операции и другие факторы риска развития птоза верхнего века. Отягощенный семейный анамнез у 20 пациентов (25 глаз) позволял предположить наследственную предрасположенность заболевания. У всех пациентов оценивался феномен Bell для выявления факторов риска послеоперационных кератопатий. При осмотре переднего сегмента глаза оценивали состояние конъюнктивы, роговицы, окраску радужки, ширину зрачка. С целью исключения синдрома «сухого» глаза проводили тест с витальными красителями и определяли стабильность слезной пленки (проба с флуоресцином). Ни у одного пациента при проведении ретиноскопии пигментные изменения сетчатки, характерные для синдрома Кирнса-Сейра не обнаружены. Всем пациентам была проведена фоторегистрация до и после проведения фармакологической пробы. Для диагностики степени тяжести птоза верхнего века и прогностических результатов хирургического лечения на верхней тарзальной мышце у пациентов с хорошей функцией леватора (от 7 до 12 мм, среднее значение $10,7 \pm 1,3$ мм) проводилась проба с минимально эффективной концентрацией (1,25%) раствора

2- адреномиметика фенилэфрина. У всех пациентов (280 глаз) по положительным результатам фармакологической пробы по MRD1 от 1,0 мм и более (расстояние от светового рефлекса роговицы до края верхнего века) была проведена резекция верхней тарзальной мышцы (ВТМ) по стандартной методике. Средние величины положения и подвижности верхнего века ($M \pm m$) до и после результатов фармакологической пробы и результаты резекции верхней тарзальной мышцы 200 пациентов (280 глаз). Ширина глазной щели до теста – $4,2 \pm 0,1$ мм, после – $6,6 \pm 1,6$ мм, после операции – $7,5 \pm 1,7$ мм. MRD1 до операции – $1,5 \pm 0,5$ мм, птоз ниже середины зрачка, результат теста $0,1 \pm 0,01$ мм. В ходе проведения резекции ВТМ-MRD1 $2,0 \pm 0,3$ мм. Ограничения подвижности верхнего века после проведения резекции ВТМ не вы-

явлено. Величина лагофталма после проведения операции составила 0,2 мм в 20% случаев.

Таким образом, для определения оптимальной тактики лечения пациентов с блефароптозом при резекции ВТМ необходимы тщательный сбор анамнеза жизни и заболевания пациента и полное офтальмологическое обследование с проведением фармакологической пробы.

Отдаленные результаты коррекции паралитического лагофталма утяжеляющим золотым имплантатом.

Груша Я.О., Искусных Н.С., Кобзова М.В., Фетцер Е.И.

Научно-исследовательский институт глазных болезней, Москва

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты коррекции паралитического лагофталма (ПЛ) утяжеляющим золотым имплантатом.

Материал и методы. В проспективное исследование вошло 70 пациентов с ПЛ, оперированных в НИИ глазных болезней с 2010 по 2015 гг. Средний возраст больных составил 55,7 лет (от 19 до 80 лет), из них было 46 женщин (64%), 26 мужчин (36%). Длительность ПЛ с момента манифестации до операции составила в среднем 39 месяцев. Средний срок наблюдения больных после операции составил 3 года. Этиология ПЛ: удаление новообразований в области мостомозжечкового угла у 51 пациента (73%), паралич Белла у 9 (13%), исход травмы лица у 4 (6%), удаление новообразований околоушной слюнной железы у 4 (6%), у 2 (3%) – врожденный лагофталм. Всем пациентам до операции и через 1, 3, 6, 12, 24, 36 месяцев после нее помимо стандартного офтальмологического обследования измеряли биометрические параметры: вертикальный размер глазной щели при взгляде пациента прямо (PFv), при взгляде вниз (PF вниз), расстояние между краем верхнего века и световым рефлексом роговицы (MRD1), экскурсия верхнего века, лагофталм. Для подбора оптимального веса перманентного имплантата использовали разработанный нами набор наружных грузиков с шагом в 0,1 г (патент RU 2500369 C1). Оперативное лечение заключалось в первичной постановке в верхнее веко золотого имплантата (патент RU 2395258 C1) весом от 0,8 до 1,6г (производитель «ОАО «НПК «Суперметалл» им. Е.И. Рывина», Россия). На приборе Pentacam («Oculus») в меридианах от 10° до 170° измеряли толщину роговицы, индекс астигматизма в центре, а также преломляющую способность роговицы, в частности исследовали топографические показатели передней и задней поверхности, которые отражались в виде карт сагиттальной кривизны, выраженных в диоптриях.

Результаты. Средняя величина лагофталма до операции составила 5,5 мм. Нейротрофическая кератопа-

тия до операции наблюдалась у 30 (42,8%), помутнение роговицы у – 20 пациентов (28,6%). После постановки имплантата рецидив нейротрофической кератопатии возник в 4 случаях (5,7%), что потребовало следующих этапов коррекции лагофталма и усиления защиты роговицы. После постановки имплантата средняя величина лагофталма уменьшилась и составила 0,5 мм ($p < 0,05$). Увеличение амплитуды экскурсии верхнего века происходит в среднем на 2 мм ($p < 0,05$), в среднем на 2 мм уменьшается и MRD1 ($p = 0,000$). Выявлена достоверная отрицательная корреляционная связь: постановка имплантата большего веса приводит к меньшей величине лагофталма и PFvниз ($p < 0,05$). Исследования на приборе Pentacam проведены 30 больным. После операции отмечено увеличение индекса астигматизма в среднем на 1,05 D ($p < 0,05$). Прослеживается незначительная тенденция к уменьшению толщины роговицы в центральной зоне ($p < 0,05$). Исследование топографии передней поверхности роговицы в большинстве случаев демонстрирует явную склонность к ее уплощению ($p < 0,05$). Выявлено, что имплантат не оказывает существенного влияния на топографию задней поверхности роговицы ($p < 0,05$). На сроке 36 месяцев после операции остаточный лагофталм сохранялся в 20 случаях (28,6%), птоз верхнего века в 24 случаях (34,3%), мобильность имплантата в 7 (10%), в 6 (8,6%) отмечены миграция с обнажением, в 4 (5,7%) возникла реакция на имплантат, в 1 случае (1,4%) лигатурная гранулема. Контурирование имплантата было выраженным у 15 (21,4%) больных, умеренно выраженным у 19 (27,1%) и отсутствовало у 35 (50%). Удаление имплантата проведено в 7 (10%) случаях. Из них было 4 случая хронического воспалительного отека верхнего века (на сроках 2, 7, 8, 10 месяцев). В 2 случаях рецидива нейротрофической язвы роговицы (на сроках 4 и 5 месяцев) была выполнена перманентная тарзорафия. В 1 случае восстановления функции лицевого нерва после нейропластической операции на сроке 10 месяцев после имплантации.

Выводы. Показана эффективность коррекции ПЛ разработанным имплантатом. Отмечено что постановка имплантата сопровождается повышением экскурсии верхнего века. Имплантат не оказывает существенного влияния на состояние роговицы.

Косметическая оценка пациентов с эндокринной офтальмопатией.

Груша Я.О., Исмаилова Д.С.

Научно-исследовательский институт глазных болезней, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Актуальность. Изменение внешнего вида является одной из ведущих причин обращения пациентов с эндокрин-

ной офтальмопатией (ЭОП) к специалистам. Правильная оценка объективных изменений является критической в планировании хирургического лечения этих пациентов. Целью данной работы было проанализировать соответствие объективных изменений и проведенного хирургического лечения субъективным жалобам и ожиданиям пациентов с ЭОП, обратившихся в НИИ ГБ с вопросом о проведении «пластики век».

Материалы и методы: Исследование было ретроспективным и включало анализ амбулаторных карт и историй болезней 187 пациентов с ЭОП, обратившихся с целью косметической реабилитации в период с января 2010г по сентябрь 2015. Среди пациентов было 157 женщин и 30 мужчин, средний возраст составил $45,5 \pm 13,7$ лет.

Результаты. Жалобы пациентов были следующие – «слишком большие глаза» 148 пациентов, косоглазие 27 пациентов, «мешки под глазами» 175 пациентов, отеки век 151 пациент, избыток кожи на верхних веках 124 пациента. Первыми принципиальными вопросами, на которые мы ориентировались при принятии решения о возможности хирургического лечения с косметической целью, были стабильность и уровень гормональных щитовидной железы, а также активность воспалительного процесса в орбите. Так из 187 пациентов 30 было отказано в проведении операции до момента достижения стабильно нормального уровня тиреоидных гормонов и 27 пациентам было рекомендовано проведение пульс-терапии метилпреднизолоном в качестве патогенетического лечения из-за высокой активности ЭОП. 15 пациентов отказались от предложенных им хирургических операций, поскольку рассматривали для себя исключительно блефаропластику. При проведении косметической оценки пациентов для планирования хирургического лечения учитывали следующие категории симптомов: выстояние глаза, отклонение глаза, положение век, наличие лагофтальма, наличие орбитальных грыж и избытка кожи. Кроме того, учитывали симметрию наличия или выраженности симптомов. Далее приведены данные пациентов, которым в последующем были выполнены те или иные хирургические вмешательства (115 человек). Выраженный экзофтальм отмечался у 55 пациентов, косоглазие у 18, ретракция верхних век у 88, ретракция нижних век у 61, орбитальные грыжи и избыток кожи на нижних и верхних веках у 96 и 52 пациентов соответственно. Все проведенные хирургические вмешательства можно разделить на 4 категории в соответствии с симптомами: вмешательства на орбите (декомпрессия орбиты), операции на экстраокулярных мышцах, коррекция положения век и лагофтальма, блефаропластика. Именно такая последовательность соблюдалась в планировании хирургического лечения, при отсутствии показаний «ненужный» этап пропускали. У 20 пациентов лечение было одноэтапным и включало только один вид вмешательств: декомпрессия орбиты у 4, коррекция ретракции верхних и нижних век у 9 и у 5 соответственно, пластика верхних и/или нижних век

у 2 пациентов. У всех остальных пациентов хирургическое лечение включало несколько этапов: двухэтапное лечение понадобилось 47 пациенту, трехэтапное – 36, четырехэтапное 12. Суммарно было проведено 50 декомпрессий орбиты, 27 вмешательств на экстраокулярных мышцах, 54 операции по поводу ретракции верхних и 36 нижних век, пластику верхних век выполнили на 74, а нижних век на 60 глазах.

Вывод. Таким образом, планирование хирургического лечения с целью косметической реабилитации пациентов с ЭОП требует тщательного обследования пациента, которое включает не только и не столько субъективные жалобы пациента, а оценку клинической активности заболевания, гормонального статуса и объективных изменений придаточного аппарата глаза, характерных для данного патологического состояния. Причем важно отметить, что пожелания пациентов зачастую не совпадают с реальной необходимостью проведения того или иного вмешательства.

Косметические дефекты параорбитальной области у пациентов с ГПА.

Груша Я.О., Исмаилова Д.С., Новиков П.И., Абрамова Ю.В.

Научно-исследовательский институт глазных болезней, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Введение. Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) – системный некротизирующий васкулит, сопровождающийся формированием очагов гранулематозного воспаления. Наиболее часто поражаются ЛОР-органы, орган зрения, легкие и почки. В настоящее время разработаны эффективные схемы иммуносупрессивной терапии, которые позволяют в большинстве случаев достигнуть длительной ремиссии. Однако к моменту достижения ремиссии заболевания нередко уже успевают сформироваться необратимые повреждения органов, в том числе представляющие и косметический дефект. Сложность реконструктивных и пластических операций связана с тяжестью, распространенностью системного процесса, наличием вялотекущего (некротизирующего) воспаления даже при длительной ремиссии, риск обострения основного заболевания, высокий риск инфекционных осложнений и развития некроза в области операции. В последние 5-10 лет активно обсуждается возможность реконструкции наружного носа, после формирования седловидной деформации у пациентов с ГПА. Опубликованы работы с описанием различных методик реставрации и длительным сроком послеоперационного наблюдения. Однако седловидная деформация носа – не единственная косметическая проблема, с которой может столкнуться пациент

с ГПА. К сожалению, косметическим дефектам параорбитальной области уделяется мало внимания, в то время как именно область глаз наиболее значима с точки зрения косметологии и эстетики. В литературе опубликованы единичные случаи реконструктивных операций в области глаз. В особо тяжелых случаях для устранения косметического дефекта может потребоваться экзентерация орбиты с экзопротезированием.

Цель. Оценить частоту и характер косметических дефектов параорбитальной области у пациентов с ГПА.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 232 историй болезни пациентов с ГПА, проходивших лечение в УКБ №3 Первого МГМУ им. Сеченова. Из них орган зрения был поражен у 118 пациентов (50,9%). Соотношение мужчин и женщин 1:2. Средний возраст пациентов составил 53 года. ANCA были положительны у 63,3% пациентов. У 56% пациентов была проведена биопсия поврежденного органа с характерным для ГПА гистологическим заключением. Седловидная деформация носа обнаруживалась у 10,8% всех пациентов с ГПА (25/232).

Результаты исследования. В целом, все косметические дефекты, связанные с патологией органа зрения, можно разделить на обратимые, являющиеся проявлениями активного васкулита (экзофтальм (частично), отек век, хемоз, эписклерит, склерит, эрозии и язвы роговицы, острый дакриоцистит, неврит лицевого нерва), и необратимые, которые не проходят без хирургического вмешательства (экзофтальм (неактивная стадия), энтофтальм (склероз орбиты), смещение глазного яблока в связи с новообразованием орбиты или деструкцией костных стенок, косоглазие, лагофтальм, птоз половины лица, рубцовые деформации и новообразования век, симблефарон, заворот век, трихиаз, некротизирующий склерит). Гранулемы (новообразования) и язвы век обнаруживались у 4,2% пациентов (5/118). Заворот век наблюдался двух пациентов с деструкцией медиальной стенки орбиты и смещением глазного яблока – 1,7% (2/118). Экзофтальм был диагностирован у 55,0% пациентов с поражением органа зрения (65/118), косоглазие у 16,1% (19/118), деструкция медиальной стенки со смещением глазного яблока у 14,4% (17/118). Эписклерит у 28,8% (34/118), некротизирующий склерит у 8,5% (10/118).

Вывод. Наряду с таким известным косметическим дефектом, как седловидный нос, косметические дефекты органа зрения и окружающих местных тканей встречаются достаточно часто. Эти симптомы могут быть обусловлены активным воспалением (синдром «красного глаза», экзофтальм) или появляться в исходе процесса (смещение глазного яблока кнутри). При планировании хирургического вмешательства необходима консультация всех профильных специалистов (ревматолог, офтальмолог, оториноларинголог, пластический хирург, пульмонолог, нефролог, иммунолог и др.), в некоторых случаях операцию целесообразно проводить при участии хирургов разных специальностей

Оценка результатов реконструкций после полнослойной резекции век по поводу новообразований.

Груша Я.О., Исмаилова Д.С., Ризопулу Э.Ф.
Научно-исследовательский институт глазных болезней, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашкина на ст. Люблино, Москва

Цель работы: оценить результаты реконструктивных пластических операций при дефектах век различного размера после удаления доброкачественных и злокачественных новообразований.

Материалы и методы. В исследование вошел 351 пациент, из них 93 мужчины и 258 женщин. Средний возраст пациентов составил 55,2±19,9 лет (от 19 до 93 лет). Все пациенты прошли стандартное офтальмологическое обследование, общее клиническое предоперационное обследование, включая пальпацию регионарных лимфатических узлов. Всем пациентам была выполнена секторальная резекция век в пределах здоровых тканей, отступая от видимых границ опухоли 1-2 мм при доброкачественных и как минимум 3 мм при подозрении на злокачественное образование. В большинстве случаев (313 пациента) была выполнена одномоментная пластика дефекта века, гистологическое исследование проводилось после операции. В 38 случаях перед реконструктивным хирургическим вмешательством была проведена гистологическое исследование краев удаленного образования на предмет их «чистоты».

Результаты. В исследование вошли 351 пациент, из них 273 (77,8%) с доброкачественными образованиями век, 78 (22,2%) со злокачественными эпителиальными новообразованиями, из них базальноклеточный рак был гистологически подтвержден у 80 человек (22,8%), плоскоклеточный рак у 6 человек (1,7%), аденокарцинома сальной железы у 2 человека (0,6%). Прямое закрытие дефекта было произведено у 271 пациента (77,2%), из них кантомиа и кантолиз были выполнены у 55 пациентов (15,7%). В остальных случаях (80 пациентов, 22,8%) для реконструкции применяли различные варианты свободных и перемещенных тарзokonъюнктивальных и кожно-мышечных лоскутов. При размере колобомы, превышающем 1/3 века, но не превосходящем 2/3 его длины, в 45 (12,8%) случаях мы использовали перемещенный полукружный кожно-мышечный лоскут (по Tenzel) или ротационный кожно-мышечный лоскут (по Mustarde). Дефект задней пластинки века восполняли перемещенным надкостничным лоскутом края орбиты (25 глаз), свободным надкостничным лоскутом (7 глаз) или тарзokonъюнктивальным лоскутом с верхнего века (11 глаз) или мукопериостальным трансплантатом (2). При новообразованиях нижнего века, занимавших более 1/3 века, и недостаточной растяжимости пальпебральных тканей у 28

пациентов (8%) была выполнена пластика дефекта с использованием перемещенного тарзо-конъюнктивального лоскута с верхнего века (по Hughes). Дефект передней пластинки закрывали перемещенным кожно-мышечным лоскутом или пересадкой свободного кожного лоскута с задней поверхности ушной раковины или предушной области. Второй этап, заключающийся в отсечении тарзо-конъюнктивального лоскута на границе верхнего и нижнего века и пластики наружной пластинки, проводили через 3-6 нед после первого. При локализации колобом на верхнем веке и их размерах превосходящих 1/3 его длины, а также недостаточной растяжимости соседних тканей для закрытия колобомы в 7 случаях использовали перемещенный сложный лоскут с нижнего века (по Cutler-Beard). В результате примененных методик закрытия дефектов век после полнослойной резекции по поводу доброкачественных и злокачественных образований был достигнут хороший функциональный и косметический результат. У пациентов послеоперационных осложнений не возникло, а именно, удалось избежать ретракции век, лагофтальма, отторжения лоскута, аномального роста ресниц и кератопатии.

Выводы. Использование оптимальной техники реконструкции дефектов век после секторальной резекции при новообразованиях, в том числе с использованием кожных, кожно-мышечных, тарзоконъюнктивальных, надкостничных лоскутов позволяет достичь полной функциональной и косметической реабилитации пациентов.

Результаты 120 операций костной декомпрессии орбиты у пациентов с эндокринной офтальмопатией.

Груша Я.О., Кочетков П.А., Исмаилова Д.С.
Научно-исследовательский институт глазных болезней, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: проанализировать результаты костной декомпрессии орбиты у пациентов с эндокринной офтальмопатией (ЭОП).

Материалы и методы. В исследование был включен 81 пациент (120 глаз) с диагнозом ЭОП. Среди них 84 женщин и 36 мужчин. Средний возраст составил $47,1 \pm 9,4$ лет (от 27 до 76 лет). Длительность заболевания была различной, от 2 мес. до 11 лет (в среднем $25,4 \pm 31,9$ мес.). В 76 случаях была выполнена наружная костная декомпрессия орбиты, в 44 – комбинированная наружная и внутренняя костная декомпрессия орбиты. Всем пациентам было проведено стандартное офтальмологическое обследование (визометрия, тонометрия, периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия), экзофтальмометрия. Состояние зрительного нерва оценивали по данным компьютерной периметрии, контрастной и цветовой чувствительности,

а также оптической когерентной томографии с определением толщины нервных волокон. В качестве дополнительного метода визуализации всем пациентам была выполнена компьютерная томография орбит в 2 проекциях. Активность заболевания оценивали по шкале Clinical Activity Score (CAS), при сумме баллов 4 и более процесс считали активным. Контроль зрительных функций, величины экзофтальма и состояния роговицы осуществляли через 1 месяц после хирургического вмешательства. Пациенты с активным воспалительным процессом в орбите (40 пациентов) до хирургического вмешательства проходили курс внутривенного введения кортикостероидов в высоких дозах (пульс-терапия).

Результаты. Показаниями к проведению костной декомпрессии орбиты были: оптическая нейропатия (25 глаз), поражение роговицы (16 глаз) и косметически неприемлемый экзофтальм (79 глаз). В результате хирургического лечения острота зрения повысилась с $0,68 \pm 0,47$ до $0,8 \pm 0,32$ ($p < 0,05$). Экзофтальм до декомпрессии орбиты составлял в среднем $24,2 \pm 4,2$ мм (от 16 до 33 мм), после операции этот показатель уменьшился до $19,8 \pm 3,9$ мм (от 15 до 29 мм). Состояние роговицы во всех случаях язвенного дефекта или поверхностной кератопатии значительно улучшилось, эпителизация была достигнута у всех пациентов, в 4 случаях сформировалось помутнение, снижающее остроту зрения. У пациентов с оптической нейропатией было достигнуто достоверное улучшение показателей компьютерной периметрии, контрастной и цветовой чувствительности, оптической когерентной томографии.

Вывод: костная декомпрессия орбиты является эффективным способом уменьшения экзофтальма у пациентов с ЭОП, в ряде случаев являясь единственным необходимым вмешательством для косметической и функциональной реабилитации этих пациентов.

Посттравматическая патология сетчатки у пациентов с косметически значимыми деформациями орбиты.

Груша Я.О., Сипливый В.И., Данилов С.С.
Научно-исследовательский институт глазных болезней, Москва

Актуальность. Проблема травматизма в целом и в частности травм лица не теряет своей актуальности. Повреждения лица часто сопряжены с деформациями орбиты и патологией глаза. В силу топографо-анатомических особенностей данной области, в решении задач по устранению травматических изменений принимают участие специалисты различных дисциплин: челюстно-лицевые, пластические хирурги, офтальмологи и нередко нейрохирурги.

Цель. Исследовать частоту патологии сетчатки, являющуюся осложнением тупых травм орбиты.

Материалы и методы. В данное исследование вошло 50 пациентов в возрасте от 14 до 72 лет на сроках от 3 дней до 2 недель после тупой травмы орбиты. У 25 из них (I группа) диагностированы изолированные переломы нижней (11 случаев), внутренней (5 случаев) стенок орбиты в результате тупой травмы. Одновременное повреждение нижней и внутренней стенок орбиты выявлено у 9 пациентов. У 25 (II группа) отмечены переломы скуло-орбитального или носо-скуло-орбитального комплексов. Основными жалобами пациентов являлись: бинокулярное двоение, боли при движении глазами, снижение зрения, косметические дефекты. Всем пациентам после обследования офтальмологом были проведены реконструктивно-пластические операции с использованием различных имплантатов. Основной причиной переломов стенок орбиты у пациентов I группы была криминальная травма. Во II группе самой распространенной причиной травматической деформации орбит явились ДТП и криминальная травма.

Результаты. Среднее значение остроты зрения с максимальной коррекцией на момент обследования составило 0,95 в первой группе и 0,89 во второй группе. По результатам офтальмологического осмотра пациентов I группы были выявлены периферические дегенерации сетчатки в 8 случаях; периферический клапанный разрыв сетчатки в 1 (2%) случае; субретинальное кровоизлияние в парамакулярной области в 1 (2%) случае; в 2 (4%) случаях отмечался посттравматический контузионный отек сетчатки. При обследовании пациентов II группы зафиксированы периферические дегенерации сетчатки в 7 (14%) случаях; 1 (2%) клапанный разрыв сетчатки на периферии глазного дна; 1 (2%) травматическое макулярное отверстие; 2 случая (4%) разрыва сосудистой оболочки в центральной и парацентральной зонах; 2 случая (4%) субретинального кровоизлияния; в 1 (2%) случае отмечался посттравматический контузионный отек сетчатки.

Выводы. Выявлено, что у пациентов с тяжелыми деформациями орбиты имеются более значимые (в сравнении с изолированными переломами) патологические изменения на глазном дне (18%), требующие принципиальной коррекции тактики лечения.

Функциональная и эстетическая хирургия наружного носа и внутриносовых структур у детей, перенесших хейлоуранопластику.

Губеев Р.И., Юнусов А.С.

Научно-клинический центр оториноларингологии, Москва

Проблема лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН) актуальна в России, в структуре антенатальной патологии. Она занимает 4-7 место среди других врожденных аномалий развития. В настоящее

время рождаемость детей с аномалиями челюстно-лицевой области, преимущественно губы и неба, составляет от 1:1000 до 1:500 новорожденных, сохраняется тенденция к ее увеличению. Несвоевременно проведенные хирургические вмешательства, не в полном объеме оказанная ортопедическая, ортодонтическая и оториноларингологическая помощь приводят к усугублению проблемы: нарушению функции внешнего дыхания, нарушению речи, слуха, вторичным деформациям челюстно-лицевой области. В настоящее время достаточно хорошо разработаны методы хирургического лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба. Отчетливо прослеживается стремление хирургов всего мира к проведению операции в раннем возрасте. С периодичностью два-три раза в год пациента осматривает ЛОР-специалист, так как анатомический дефект строения полости рта и носа у ребенка с ВРГН способствует развитию осложнений со стороны ЛОР-органов. До 90% таких детей 4, 5 раз в год страдают воспалительными заболеваниями ЛОР-органов. Согласно исследованиям Ад.А. Мамедова и А.В. Соколовой операция уранопластика является лечебным и профилактическим фактором устранения экссудативного среднего отита. Проведение ее на ранних этапах позволяет снизить частоту развития кондуктивной тугоухости у 43% детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. А тимпаностомия (шунтирование барабанной перепонки) может быть выполнена как до, так и после первичной уранопластики при наличии экссудативного среднего отита. Авторы утверждают, что профилактика стойких нарушений слуха у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба может быть успешной только в случае согласованных действий врача-оториноларинголога, врача-сурдолога и челюстно-лицевого хирурга. Так же у детей с ВРГН в большой степени страдает носовое дыхание. Патология носового клапана и, как следствие, – затруднение носового дыхания и изменение внутриносовой аэродинамики, рассматривается в качестве причины большого количества значимых для организма нарушений. Учитывая влияние функционального состояния полости носа на патогенез развития многих заболеваний уха, нижних дыхательных путей, сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем, значимость точной диагностики, выработки алгоритма обследования и стандартов коррекции данной патологии не вызывает сомнений. Восстановление нормальной работы носового клапана, носового дыхания, является основным фактором правильного формирования наружного носа, внутриносовых структур и лицевого скелета в целом, и является условием для правильного психофизического развития ребенка. В последние десятилетия разработана новая концепция в решении таких проблем детской ринохирургии, как реабилитация детей с нарушением анатомической архитектоники и функции носа врожденного или приобретенного генеза. В хирургии наружного носа и внутриносовых структур у детей основным тезисом яв-

ляется отказ от воздержания корректирующего лечения, при наличии показаний, независимо от возраста ребенка. Основываясь на данной концепции, в нашей клинике реабилитировано 30 детей с данной патологией. Всем детям проводились клинические и инструментальные методы исследования, а также методы статистической обработки полученных данных. Накопленный в клиническом отделе детской ЛОР-патологии ФГБУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России» г.Москвы опыт использования собственных разработок операций как в хрящевом, так и в костном отделах перегородки носа у детей позволил оптимизировать способ устранения назальной обструкции при ВРНГ. Способ заключается в том, восстановить нормальную архитектуру наружного носа и внутриносовых структур методом реимплантации, аутоотрансплантации с целью придать опору кончику носа. Формирование латеральной стенки клапана носа методом аутоотрансплантации из козелка ушной раковины с целью придать сформированному углу клапана носа полноценность и исключить его коллапс.

Таким образом, предлагаемый способ является щадящим по отношению к слизистой оболочке полости носа, снижает риск последующей назальной обструкции, позволяет одновременно реставрировать носовую перегородку и устранить рубцовый процесс полости носа и решает эстетический вопрос у детей с ВРНГ, что очень важно для психоэмоционального состояния ребенка.

Анализ осложнений применения лицевых имплантатов.

Гурьянов Р.А., Гурьянов А.С.
ООО Клиника «Медлаз», Москва

Цель работы – анализ осложнений, возникающих при установке лицевых имплантатов и способы их профилактики. Задачи – исследование жалоб пациентов и причин возникновения осложнений. В 6 случаях пациентам были установлены имплантаты из пористого полиэтилена, в 4 случаях индивидуально изготовленные силиконовые имплантаты и в 14 случаях стандартные силиконовые имплантаты.

Материалы и методы исследований. Были исследованы осложнения, вызванные установкой лицевых имплантатов, у 24 пациентов, обратившихся в клинику «Медлаз» в период с 2011 по 2015 годы. Исследованы жалобы пациентов. Всем пациентам проведена компьютерная томография, трехмерное моделирование желаемого образа с заменой старого имплантата на индивидуальный мягкий силиконовый имплантат, неврологическое обследование и функциональные тесты мимической мускулатуры. Извлеченные имплантаты были исследованы на жесткость по Шору.

Проведен анализ: 1. Причины смещения имплантата. 2. Причины подвижности имплантата. 3. Причины недоволь-

ства пропорциями и формой лица. 4. Взаимодействия имплантата с окружающими тканями. 5. Причины неврологических и функциональных расстройств.

Результаты. Частота жалоб пациентов при обращении распределялась следующим образом:

1. Асимметрия лица, вследствие установки имплантатов 100% (24 пациента).

2. Неудовлетворенность пропорциями лица 91,7% (22 пациента).

3. Неровности контуров лица 70,8% (17 пациентов).

4. Подвижность имплантата 37,5% (9 пациентов).

5. Нарушение чувствительности 33,3% (8 пациентов).

6. Нарушение мимики и дикции 29,1% (7 пациентов).

Смещение имплантата выявлено у 20 пациентов (83,3%).

Основная причина смещения – изначальная установка имплантата в нестабильное положение по отношению к кости.

В 3 случаях зафиксирована изначальное неточная установка имплантатов с фиксацией их к кости, что привело к асимметрии и неправильным контурам лица.

Фиксация к мягким тканям во внимание не принималась, ввиду явной ее несостоятельности. Причиной полной или частичной подвижности имплантатов была полная или частичная их установка в мягкие ткани.

Отсутствие плотного контакта с костью вызывало образование вокруг имплантата мягкотканной капсулы, способствующей его подвижности.

Причинами неудовлетворенности пропорциями лица являлись неадекватный подбор имплантатов по форме и размеру. Под воздействием имплантата с окружающими тканями понималось реакция кости и мягких тканей в зависимости от материала имплантата и его положения.

На имплантаты из вспененного полиэтилена наблюдался выраженный фиброз окружающих тканей с вращением их в материал имплантата и умеренная виде гипо-, гипертрофическая реакция кости.

Силиконовые подбородочные имплантаты в твердость по Шору выше 40 имели выраженную мягкотканную капсулу и выраженную атрофию кости в месте прилегания к ней.

Все подвижные имплантаты имели выраженное капсулообразование и фиброз окружающих тканей. Индивидуальные силиконовые имплантаты с твердостью по Шору 25 имеют слабо выраженную капсулу и незначительную атрофию кости.

В 6 случаях причиной неврологических расстройств было хроническое травмирование ветвей тройничного нерва имплантатом.

В 2 случаях имело место ятрогенное повреждение нервов во время установки имплантата.

Функциональные расстройства m. mentalis имели место в виде дисфункции (ведьмин подбородок) были следствием разрушения или рубцовой деформации мышца.

Дисфункция m. depressor labii inferior вызвана ее разрушением, рубцовой деформацией или компрессией имплантатом.

Выводы. 1. Причиной большинства осложнений является установка имплантата изначальное в нестабильное положение по отношению к кости. Требуется надежная фиксация имплантата к кости. 2. Установка имплантата в

мягкие ткани или неполное прилегание его к кости приводит к подвижности имплантата и избыточному фиброзу вокруг него. Поднадкостничная установка имплантата обязательна. 3. Вокруг имплантатов из более твердого силикона, как правило, развивалась более плотная фиброзная капсула, а под ним более выраженная атрофия костной ткани. 4. Дизайн стандартных имплантатов в большинстве случаев не пригоден для воссоздания естественных контуров лица и имплантаты плохо адаптируются к лицевому черепу.

Первичная полнослойная реконструкция века после субтотальной резекции по поводу БКР реберного края.

Гущина М.Б.

Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, Москва

Цель. Разработать метод полнослойной реконструкции реберного края после субтотальной резекции века у пациентов с БКР и оценить результаты хирургического лечения.

Материал и методы. Был проведен анализ 16 операций у пациентов в возрасте от 36 до 72 лет с базальноклеточным раком (БКР), распространяющимся от 1/2 до 2/3 протяженности реберного края верхнего [2 случая] или нижнего века [14 случаев]. Независимо от возраста пациентов характерным было психоэмоциональное напряжение, вызванное фактом выявления опухоли и предстоящей операцией, которая, по их мнению, должна была сопровождаться утратой зрительных функций и обезображиванием внешнего вида. С учетом характера заболевания проводили сквозную резекцию века с захватом здоровых тканей от 0,3 до 0,5 см в зависимости от локализации. Удаленный фрагмент века тщательно осматривался и направлялся на патологогистологическое исследование. После иссечения опухоли образовывался значительный сквозной дефект, который требовал замещения всех слоев утраченного века. Для замещения дефекта слизистой использовали перемещенный лоскут конъюнктивы из прилежащего свода. Дефект круговой мышцы замещали перемещением мышечных волокон из прилежащих отделов или с парного века. Для замещения дефекта тарзальной пластинки в 3 случаях (1-ая группа) использовали свободный лоскут хряща ушной раковины и в 13 случаях (2-ая группа) полимерный сетчатый имплантат. Кожномышечный дефект замещали перемещенными местными тканями или свободным кожным лоскутом. С целью лучшей адаптации перемещенных тканей к подлежащим и окружающим структурам, лучшего сопоставления краев раны, предупреждения сокращения и смещения

перемещенных лоскутов мягких тканей, а также для формирования конъюнктивального свода в условиях сложного анатомического рельефа орбитальной области на фоне функциональной активности мимической и жевательной мускулатуры, использовали 6-гранные компрессионные пластины (КП) с многочисленными отверстиями, предупреждающими образование пролежней и позволяющими обрабатывать послеоперационную зону дезинфицирующими и ранозаживляющими лекарственными препаратами. Фиксацию тканей к подлежащим и окружающим тканям осуществляли с помощью П-образных узловых швов, проведенных через фиксируемые ткани, окружающие и подлежащие структуры, затем оба конца нити проводили через отверстия КП и завязывали над ней. В зависимости от локализации и протяженности дефекта использовали от 2 до 16 КП.

Результаты. У всех пациентов было достигнуто восстановление анатомической и функциональной полноценности века, что позволило избежать риска утраты зрительных функций, добиться должного косметического эффекта и стабилизации психоэмоционального состояния. При этом применение технологии фиксации с использованием КП способствовало лучшей адаптации перемещенных разнородных лоскутов тканей, позволило расправить и надежно фиксировать их в анатомически правильном положении на весь период заживления, без натяжения и смещения тканей, а также обеспечить формирование полноценного конъюнктивального свода, что особенно важно в условиях сложного рельефа орбитальной области на фоне высокой функциональной активности мимической и жевательной мускулатуры. Однако у пациентов 1-ой группы не удалось добиться оптимального прилегания реконструированного века к главному яблоку в связи с тем, что хрящ ушной раковины обладает специфической конфигурацией и памятью формы. При этом у пациентов 2-ой группы удалось достичь оптимального прилегания века к главному яблоку, благодаря возможности моделирования полимерного сетчатого имплантата и его эластичности. У всех пациентов был верифицирован диагноз БКР, и при ревизии края среза установлено удаление опухоли по здоровым тканям. При сроке наблюдения от 6 месяцев до 3 лет рецидива опухоли не было.

Выводы. Разработанный метод полнослойной реконструкции реберного края века после субтотальной резекции у пациентов с БКР при использовании технологии фиксации при помощи компрессионных пластин позволяет восстановить анатомическую структуру и функциональную полноценность века, избежать риска утраты зрительных функций и обеспечить полную медико-социальную и эстетическую реабилитацию пациентов. Использование полимерного сетчатого имплантата для замещения дефектов тарзальной пластинки обеспечивает оптимальный эстетический результат.

10 лет без перфораций.

Дайхес Н.А., Сидоренков Д.А., Липский К.Б., Аганесов Г.А., Горячих. О.А.
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Научно-образовательный клинический центр Пластической хирургии, Москва

Введение. Перегородка является важной структурной единицей носа, как с функциональной, так и с эстетической точки зрения. Форма, толщина, наличие линий перелома и различные атрофические изменения влияют на вид наружного носа, вследствие этого она практически всегда бывает задействована в ходе ринопластики. Экстракорпоральная септопластика и септопластика *in situ* из открытого доступа, являются самыми популярными техниками, выполняемыми в нашем отделении. Операции выполняли по модифицированной методике септопластики по Wolfgang Gubisch. Септопластика *in situ* выполняется, когда перегородка искривлена в передних отделах, отклонена от медиальной линии, но имеет точки фиксации. При невозможности выполнить септопластику *in situ*, септопластика выполняется экстракорпорально. А именно, когда перегородка фактически лишена точек фиксации, имеет атрофические изменения, искривлена в нижних задних её отделах. Согласно нашему опыту, за последние 10 лет, мы не отмечали у пациентов ни одной перфорации.

Цель и задачи. По данным научной литературы, доказано преимущество выполнения, открытой риносептопластики, у пациентов с нарушением носового дыхания, связанного с искривлением носовой перегородки, наличием костных и хрящевых шипов перегородки носа. Только при открытой экстракорпоральной риносептопластики появляется возможность фиксировать перегородку к трем основным точкам фиксации. А именно, к переднему отростку верхней челюсти, латеральным хрящам носа и к костям носа перекрестным швом. Анализируя клинический материал, с оценкой ближайших и отдаленных результатов, мы провели статистическую обработку данных операций экстракорпоральной септопластики и септопластики *in situ* из открытого доступа, которая показала эффективность данных методик.

Материалы и методы. Данное исследование представляет ретроспективный анализ 564 (100%) клинических наблюдений, где экстракорпоральная септопластика составила 193 (34,2%), а септопластика *in situ* 371 (65,8%) за последний десятилетний период. Послеоперационные наблюдения за каждым пациентом осуществляли минимум в течение 6 месяцев. Проводя оценку и анализ пред- и послеоперационных фотографий, степень удовлетворенности результатом пациента, сохранность носового дыхания, стабильность опорных структур носа и наличие или отсутствие перфораций перегородки носа. Из открытого доступа, после гидропрепаровки тканей,

мы субперихондрально выделяли перегородку, начиная с передних ее отделов. Когда перегородка носа была искривлена в передних отделах, отклонена от медиальной линии, не имела точки фиксации, мы выполняли септопластику *in situ*, а когда перегородка была лишена точек фиксации, имела атрофические изменения, искривлена в нескольких отделах, то выполняли экстракорпоральную септопластику.

Результаты. Как показал ретроспективный анализ всех послеоперационных случаев, у всех пациентов была отмечена стабильность анатомических структур носа, восстановление носового дыхания, удовлетворенность результатами операции и хороший эстетический результат. После выполненной экстракорпоральной септопластики и септопластики *in situ* из открытого ринопластического доступа ни в одном случае не была отмечена перфорация перегородки носа.

Вывод. Таким образом, после комплексной оценки эстетических и функциональных параметров наружного носа. Путем экстракорпоральной септопластики и септопластики *in situ*, возможно полностью восстановить анатомическую целостность перегородки носа и его дыхательную функцию. При строгом исполнении пациентом послеоперационных рекомендаций, вероятность осложнений сводится к минимуму. В нашем случае, мы не отметили ни одной перфорации у прооперированных нами пациентов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Оценка эффективности структурного липофилинга при лечении пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.

Дзампаева И.Р., Дробышев А.Ю., Глушко А.В., Михайлюков В.М.
Московский государственный медикостоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение. С целью повышения качества и эффективности хирургического лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями челюстно-лицевой области возможно применение структурного липофилинга при реконструктивных операциях. По данным статистики, в последнее время отмечается увеличение количества дорожно-транспортных происшествий, бытовых и уличных конфликтов, спортивных травм и т.д. При этом повреждения костных и мягкотканых структур лицевого скелета наблюдаются в 6-24% случаев и часто сопровождаются стойкими функциональными и эстетическими нарушениями. Исследователями в области челюстно-лицевой, пластической хирургии и нейрохирургии было разработано множество методик ре-

конструкции мягких тканей и костей лицевого скелета, которые успешно применяются на протяжении многих лет. Однако в практике многих хирургов зачастую возникают проблемы, связанные с недостаточным объемом мягких тканей как в до-, так и послеоперационном периоде. Первый вариант можно определить как отсутствие «основы» для проведения хирургического лечения в должном объеме, а второй как наличие остаточных деформаций.

Цель исследования: повышение эффективности лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Проведено хирургическое лечение 11 пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. Всем пациентам были проведены реконструктивно-пластические операции на костных и мягкотканых структурах, а также липофилинг мягких тканей челюстно-лицевой области. Липофилинг проводился одновременно с реконструктивной операцией, либо в качестве дополнительной процедуры. Забор, очистка и введение жировой ткани проводились по технике Coleman. В послеоперационном периоде проводилось клиническое обследование и оценка фотографий на сроках 1, 3 и 6 месяцев. Как основные показатели клинических данных были приняты конфигурация лица, объем и состояние мягких тканей (качество кожи, ее эластичность и цвет), состояние рубцов измененных тканей. Также всем пациентам было проведено УЗ-исследование области трансплантации для оценки сохранности и размеров жирового трансплантата.

Результаты и обсуждение: клинически у всех пациентов в послеоперационном периоде отмечены восстановление формы, объемов и контуров мягких тканей челюстно-лицевой области, улучшение конфигурации лица. Также наблюдается улучшение качества кожи в области трансплантации (снижение пигментации и, как следствие, улучшение цвета (тона); повышение эластичности), размягчение рубцов. При УЗ-исследовании отмечается сохранность жирового трансплантата в достаточных объемах, а также тенденция рубцово измененных к восстановлению первоначальной структуры. При субъективной оценке все пациенты также отмечают улучшение эстетических результатов.

Заключение. Аутотрансплантация жировой ткани (липофилинг) позволяет восполнить недостающие объемы мягких тканей, воссоздать их контуры и структуру. Таким образом, при помощи техники структурного липофилинга возможно как создание «основы» для будущего хирургического лечения, так и коррекция сохраняющихся в послеоперационном периоде деформаций. Данная методика значительно повышает эффективность и улучшает эстетические результаты хирургического лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.

Применение техники структурного липофилинга при лечении пациентов с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области.

**Дзампаева И.Р., Дробыщев А.Ю.,
Глушко А.В., Клипа И.А., Привалова Е.Г.**
Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение. Проблемы восстановления врожденных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области в настоящее время представляют особый интерес в практике реконструктивной пластической хирургии. Это связано, в том числе, с тем, что врожденные аномалии челюстно-лицевой области представляют собой довольно часто встречающуюся патологию. По сводным статистическим данным в разных странах и у разных народностей коэффициент рождаемости детей с данной патологией составляет 1:300. Возникновение данной патологии является результатом неправильного внутриутробного развития, и при этом взаимосвязанная патология органов средней зоны лица приводит не только к обезображиванию внешности, но и нарушению важнейших функций: дыхания, питания, речи, мимики, слуха. На наш взгляд, данная группа пациентов требует комбинированного подхода к лечению, включающего коррекцию костных и мягкотканых структур. В настоящее время техника структурного липофилинга широко применяется в челюстно-лицевой и реконструктивной и эстетической пластической хирургии. Техника трансплантации жировой ткани произвела революцию в области реконструкции мягких тканей. На сегодняшний день жировая ткань используется для восстановления структуры, воссоздания формы и контуров мягких тканей любой области человеческого тела. Структурный липофилинг активно исследуется и применяется при лечении пациентов с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области, такими как гемифациальная атрофия, расщелины верхней губы, лица и т.д. Однако долгосрочная эффективность и выживаемость жировых трансплантатов все еще непредсказуема.

Цель исследования: оценка и повышение эффективности комбинированного лечения пациентов с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Проведено комбинирование лечение 15 пациентов с различными врожденными аномалиями челюстно-лицевой области. Хирургическое лечение включало в себя реконструктивные операции на костных и мягкотканых структурах, а также липофилинг мягких тканей челюстно-лицевой области. Липофилинг проводился по технике Coleman одновременно с реконструктивной операцией, либо в качестве дополнительной процедуры. Послеоперационно проводилось клиническое обследование и оценка фотографий на сроках 1, 3 и 6 месяцев. В качестве оценочных показателей были при-

няты конфигурация лица, объем и состояние мягких тканей (качество кожи, ее эластичность и цвет). Для оценки сохранности и размеров жирового трансплантата, а также наличия процессов фиброза всем пациентам было проведено УЗ-исследование области трансплантации.

Результаты и обсуждение: в результате проведенного комбинированного лечения клинически отмечены улучшение конфигурации лица, восстановление формы, объемов и контуров мягких тканей челюстно-лицевой области. При этом отмечается улучшение качества кожи в области трансплантации (снижение пигментации и, как следствие, улучшение цвета (тона); снижение воспалительных явлений; повышение эластичности). При УЗ-исследовании отмечается сохранность жирового трансплантата. В местах введения больших объемов жировой ткани определяется ее фиброзная перестройка. При субъективной оценке все пациенты отмечают улучшение объемов и контуров мягких тканей челюстно-лицевой области.

Заключение. Структурный липофилинг является эффективной процедурой для увеличения объемов, воссоздания формы и контуров мягких тканей челюстно-лицевой области. Данная методика может успешно применяться при комбинированном лечении пациентов с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области, что значительно повышает его эффективность и вместе с тем улучшает эстетические результаты.

Наш опыт пластического закрытия перфорации перегородки носа.

Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Гилилов В.И.
Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Лечение перфораций перегородки носа – одна из сложных проблем практической оториноларингологии, которая требует от врача определенного опыта, сопряжено с объективными трудностями и не всегда является эффективным. Разработанные методики имеют хирургическую направленность и не лишены авторского субъективизма. Вопросы консервативного лечения освещаются крайне скудно и искусственно выносятся за рамки решения проблемы восстановления целостности перегородки носа.

Целью работы явилось повышение эффективности хирургического лечения ППН посредством разработки новой методики пластического закрытия поврежденной части ПН. Нами разработана оригинальная методика хирургического лечения ППН, которую мы применили у 11 больных.

Методика операции. Под комбинированным эндотрахеальным наркозом с инфильтрацией слизистой оболочки ПН и нижней носовой раковины раствором артикаина с адреналином (Ультракаин-форте) производили разрез в области прикрепления переднего конца нижней носовой

раковины слева и далее на всем протяжении до задних отделов. Тупым и острым путем поднадкостнично производили препаровку слизистой оболочки нижней носовой раковины по направлению к хоану, подготавливая, таким образом, мукопериостальный лоскут с основанием у переднего конца нижней носовой раковины. При этом передний конец нижней носовой раковины не отсекали. Размеры мукопериостального лоскута зависели от размеров ППН. После окаймляющего разреза по краям ППН на максимальном протяжении отсепаровывали с обеих сторон мукопериостальных и мукопериост от сохраненных отделов остова ПН, освежая при этом края перфорации. Остатки хрящевого остова и искривленные костные отделы резецировали с помощью ножниц и щипцов Блексли. Сформированный мукопериостальный лоскут с нижней носовой раковины перемещали и ротировали к перфорации. Перемещение лоскута дополняли реимплантацией в область дефекта выпрямленных остатков четырехугольного хряща. При недостатке пластического материала в самой ПН использовали хрящ ушной раковины. С противоположной стороны тупым и острым путем поднадкостнично формировали свободный лоскут со слизистой оболочки нижней носовой раковины. Размеры лоскута также зависели от размеров ППН. Данный лоскут укладывался на перфорацию с противоположной стороны. Лоскуты укладывали на дефект ПН и подшивали к слизистой оболочке краев перфорации, восполняя, таким образом, сохраняющийся дефект, стараясь при этом не увеличивать натяжение лоскутов. Таким образом, ППН закрывалась слева мукопериостальным лоскутом с основанием у переднего конца нижней носовой раковины, справа свободным мукопериостальным лоскутом со слизистой оболочки нижней носовой раковины, а между лоскутами находился хрящ. В результате перфорация закрывалась полностью без натяжения краев с одной и, с другой стороны. На края перфорации накладывали швы (Викрил 4.0). На ПН устанавливали силиконовые сплинты и фиксировали их транссептальными швами (викрил 2.0). В полость носа устанавливали эластичные тампоны, которые удаляли через сутки. Для профилактики инфекционных осложнений во время операции внутривенно вводили 1,0 антибиотика из группы цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон), в послеоперационном периоде инъекции антибиотика продолжали внутривенно или внутримышечно в течение 7 суток в той же дозе на срок от 10 до 14 дней. В послеоперационном периоде пациенты также получали симптоматическую терапию по показаниям: анальгетики, гемостатические препараты, дексаметазон в дозе 8-12 мг/сут внутривенно (при выраженном отеке тканей полости носа). При контрольных осмотрах через 1, 3, 6 месяцев и 1 год мы проводили повторное эндоскопическое исследование полости носа с фото- и/или видеодокументацией. Удовлетворительным результатом мы считали полное закрытие ППН. Во всех случаях хирургического лечения ППН с применением нашей методики отмечалось полное их закрытие.

Таким образом, предложенная нами оригинальная методика хирургического лечения ППН показала свою клиническую эффективность.

Изучение эффективности ингаляционного способа введения интерферона в лечении больных папилломатозом гортани.

Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О.
Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Актуальность проблемы папилломатоза гортани (ПГ), обусловлена ростом количества больных с данной патологией в последнее время, при этом 70% пациентов имеют тяжелые распространенные рецидивирующие формы. Клиническое течение заболевания по-прежнему непредсказуемо, недостаточно изучены этиология и патогенез, не разработаны действенные меры его профилактики и противорецидивного лечения. Считается, что этиологическим фактором респираторного папилломатоза является ВПЧ семейства папилломавирусов, относящихся к ДНК-содержащим вирусам. Основным методом устранения дыхательного стеноза, вызванного ростом папиллом, остается метод эндоларингеальной микрохирургии. Однако, даже самое тщательное хирургическое удаление папиллом не предотвращает развития рецидива, т. к. ДНК ВПЧ определяется даже во внешне не измененной слизистой оболочке гортани, и тем самым, у большинства пациентов изолированное применение хирургического лечения не предупреждает рецидива и позволяет добиться длительной ремиссии только у менее чем у 30% больных. Многократные повторные эндоларингеальные операции ведут к риску развития рубцового стеноза гортани. В настоящее время наряду с хирургическими методами лечения, для элиминации вируса и снижения количества рецидивов целесообразно проводить противовирусное лечение с иммунокоррекцией расстройств, на фоне которых развивается поражение гортани. Общепринятым методом противорецидивного лечения ПГ является ИФН-терапия. В то же время, создание максимальной концентрации интерферона альфа-2b в очаге поражения представляет значительные трудности. При в/м и в/в введении лишь незначительная часть препарата попадает непосредственно в ткани папиллом, добиться максимальной концентрации интерферона альфа-2b в очаге поражения можно только ингаляционным введением препарата. Кроме того, ингаляционный способ введения позволяет снизить терапевтическую дозу, осуществить целевую доставку биологически активного вещества, уменьшить токсичность и побочные действия.

Целью нашего исследования является изучение терапевтической эффективности и безопасности применения но-

вого отечественного препарата Интерфераль в качестве противовирусного средства у больных с ПГ.

Материалы и методы исследования: в открытое, рандомизированное, контролируемое исследование планируется включить 50 больных (мужчин и женщин) в возрасте от 18 до 65 лет с ПГ. В основной группе – 25 пациентов с диагнозом папилломатоз гортани. Пациенты получают терапию препаратом Интрефераль по схеме согласно протоколу в комплексе с эндоларингеальной микрохирургией с применением холодной плазмы. Интраоперационно после удаления папиллом в пораженную зону выполняется подслизистое введение лекарственного препарата. Затем в течение 7 дней ежедневно проводятся ингаляции лекарственным препаратом. В контрольной группе (25 человек) пациенты так же оперируются методом эндоларингеальной микрохирургии с применением холодной плазмы. Медикаментозная терапия не назначалась. Планируемый период наблюдения за больными будет состоять из времени пребывания больных в стационаре (примерно 1 неделя) и последующего амбулаторного наблюдения после выписки из стационара в течение двух лет. Пациентам обеих групп проводится оториноларингологическое исследование с видеофибрларингоскопией. Безопасность препарата оценивается на основании субъективных жалоб пациента, данных общеклинического исследования, лабораторного обследования, отсутствия побочных эффектов и осложнений. В настоящее время пролечено и наблюдается 10 пациентов из основной группы, пациенты для контрольной группы набраны путем ретроспективного анализа историй болезни. Результаты лечения оцениваются по изменению количества и тяжести рецидивов, длительности ремиссий. Выводы по полученным первым результатам: 1. Применение препарата Интрефераль приводит к статистически значимому снижению продолжительности и тяжести рецидивов папилломатоза гортани и уменьшению частоты последующих рецидивов. 2. Ингаляционное введение Интерферала (2 млнМЕ) хорошо переносится, не вызывает аллергических реакций, не оказывает гепато-нефротоксического действия и токсического действия на кроветворные органы. 3. Препарат Интрефераль может быть рекомендован для широко практического применения как препарат выбора в комплексной терапии ПГ у взрослых.

Значение для организма местных патологических изменений при хроническом храпе.

Елизарова Л.Н., Гринчук В.И.
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Лицам, страдающим хроническим, громким храпом проведено комплексное клиническое обследование в сочетании с анамнестическими сведениями, анализом опе-

рациональных находок при хирургическом лечении храпа. Клинический материал составили 80 взрослых людей, преимущественно мужчины (75%), средний возраст которых – $43,8 \pm 1,94$ года; преобладали пациенты в возрастных группах 30-40 лет и 40-50 лет, средняя длительность храпения составила $16,3 \pm 1,9$ лет. Проведенное обследование позволило диагностировать комплекс характерных, повторяющихся воспалительных заболеваний, инфекционного неспецифического генеза, формирующих местное патологическое состояние у лиц с хроническим храпом. Местное патологическое состояние выявляется в верхнем отделе системы внешнего дыхания, а именно в полостях глотки, носа, рта и гортани, образующих проксимальный отдел воздухопроводящего пути. Локализацией местных патологических процессов являются лимфоглоточное кольцо и органные структуры, расположенные вблизи миндалин: мягкое небо, задняя и боковая стенки глотки, полость носа, язык надгортанник. Формы хронической патологии – тонзиллит, фарингит, гипертрофия мягкого неба, гипертрофический ринит, деформация носовой перегородки, обнаруживались у всех пациентов с храпом (100%). А такие формы патологии, как регионарный шейный лимфаденит, аденоидные вегетации, складчатая форма гипертрофии слизистой оболочки глотки (предложенная Елизаровой Л.Н. 2003г), гипертрофия языка, деформация и гипертрофия надгортанника обнаруживались у большинства лиц (40-90%). При всех формах местной патологии у лиц с хроническим храпом выявляется тканевая трансформация в виде тканевой гипертрофии, которая проявлялась увеличением объемных и линейных размеров тканевых структур, участвующих в формировании внутреннего слоя (стенок) полостей носа, рта, глотки, входа в гортань. Поэтому у всех хронически храпящих лиц обнаруживаются изменения геометрического контура и величины дыхательного просвета анатомического генеза в проксимальном отделе дыхательного тракта. Местные клинические признаки заболеваний, включая тканевую гипертрофию, проявлялись отчетливо при визуальном, эндоскопическом, антропометрическом исследовании носа, рта, глотки, гортани, что позволило получить конкретные диагностические данные. Согласно физическим законам воздухопроводения, сужения в полостных трубчатых органах, какими являются полости носа, рта, глотки, гортани при прохождении воздушного потока, повышают аэродинамическое сопротивление – основного двигателя кондуктивного воздушного потока в воздухопроводящем пути и изменяют аэродинамические показатели воздушного потока в худшую сторону. Характер изменения аэродинамики воздушного потока объективизирует факт затруднение прохождения воздуха через проксимальный отдел дыхательного пути при бодрствовании и во время сна.

Наши данные позволяют сделать вывод, что затруднение прохождения воздуха через верхний отдел воздухопроводящего пути приводит к появлению патологических реакций в легких: снижение вентиляции и оксигенирующей

функции. У 84% пациентов с хроническим храпом в период бодрствования выявляется гипоксемия, в том числе умеренная у 39%, выраженная у 45%. Во сне гипоксемия увеличивается и обнаруживается у 91% лиц, при этом у 62% является выраженной. Компенсация гипоксемии в ночное время не наступает, отдача кислорода тканям ниже нормы. Тенденция к развитию гипоксемии в ночное время становится все более выраженной по мере прогрессирования тканевой гипертрофии в полостях носа, рта, глотки, входа в гортань.

Патофизиологические и морфологические особенности мягкого неба у лиц с хроническим храпом.

Елизарова Л.Н., Гринчук В.И., Ракша А.П.
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

При анализе собственных результатов и данных литературы мы пришли к выводу, что мягкое небо, представляющее переднюю стенку глотки высотой в 12-14 см, а по некоторым данным 12-15 см, у лиц с хроническим храпом играет главную роль в возникновении и участии в ряду патофизиологических процессов в полости глотки: формирование верхних, средних, нижних анатомических обструкций, затрудняющих прохождение воздуха через глотку во время сна; участие в реакциях на изменение аэродинамики воздушного потока в глотке в виде колебательных движений, вибраций, дрожания, соударения, биения, хлопанья, баллотирования, обуславливающих патогномичный клинический симптом – шумное дыхание во сне с низкими, резкими, иногда с присвистом, дребезжащими, вибрирующими, меняющими ритм звуками, сопровождающими дыхательные фазы – вдоха и выдоха; нарушение координированного тонического сокращения мышц глотки во время сна при ослаблении тонических и сократительных механизмов в мышцах мягкого неба; уменьшение активности воздушных рецепторов и афферентных нервов, исходящих из мягкого неба и участвующих в формировании мышечного тонуса глотки; западение и соприкосновение атоничного мягкого неба со стенками глотки во время сна из-за физиологической сонной релаксации. Гистоморфологические исследования с помощью морфометрии микропрепаратов биопсийного материала пластинки, дужек, язычка мягкого неба, удаленного при хирургическом лечении храпа, показали, что гистологическая картина увеличенной небной занавески проявляется разрастанием слизистой и подслизистой оболочек за счет увеличения клеточных слоев эпителиального пласта, инфильтрации лимфоидно-гистиоцитарными элементами собственной и подслизистой оболочек, нарушения оттока секрета из концевых отделов слюнных желез и возникновение мас-

совых кустообразных полостей, содержащих слизистый секрет. Кроме этого, из-за нарушения местного кровообращения с признаками венозного стаза и явлениями лимфостаза, обуславливающих отек, который на 49-51% превышал контрольный уровень, из-за увеличения объема коллагеновых волокон. Сумма объема коллагеновых волокон в мягком небе относительно контроля выше на 20-29%, коллагеновые волокна формируют большое количество мелко- и крупноочаговых образований, что может быть следствием перенесения воспалительных процессов. Увеличенное мягкое небо претерпевает изменения, проявляющиеся липоматозом, превышающим контрольный уровень на 42%. Местный липоматоз крелировал с избыточным отложением жира в тканях шеи. Также в гипертрофированном мягком небе выявляется увеличение объема мышечных волокон на 20%, суммарная площадь миоцитов на 16%. Но это увеличение отражает не только гипертрофические изменения миоцитов, но и их дегенеративную трансформацию. Мышечные волокна имеют нарушенную мышечную поперечную исчерченность, саркоплазма их мелкозернистая, ядра увеличены в размерах с просветленным хроматином, появлением вакуолей. Обращает на себя внимание выраженный межмышечный фиброз основного вещества в виде коллагеновых фибрилл, оплетающих мышечные волокна, что наряду с дегенеративным изменением и миоцитололизом нарушает сократительную способность мышечных волокон.

Материал данной статьи показывает, что мягкое небо у лиц с хроническим храпом характеризуется выраженными и прогрессирующими структурно-функциональными изменениями. В результате при бодрствовании возникает затруднение при формировании кондуктивного потока и прохождения его в сторону легких и обратно; во сне развивается фарингостеноз и коллапс передней стенки глотки вплоть до прекращения дыхания. Поэтому в комплексном лечении храпа должна быть включена радикальная хирургическая коррекция мягкого неба – увулопалатофарингопластика.

Использование пластических материалов в хирургии посттравматических дефектов и деформаций краниоорбитальной области.

Еолчян С.А., Потапов А.А., Горяйнов С.А., Шурхай В.А., Карнаухова А.В.

Научно-исследовательский институт нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Москва

Одной из актуальных проблем нейротравматологии является хирургическое лечение краниоорбитальной травмы и ее последствий. Приоритетной задачей является достижение стабильного результата вмешательства. В связи с этим, большую роль играет выбор пластического материала (ПМ).

Цель исследования. Анализ опыта использования ПМ при реконструктивных вмешательствах на краниоорбитальной области.

Материал и методы. Проанализировано 154 пострадавших с лобно-орбитальными повреждениями, оперированных в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 29 (18,8%) пациентов оперировано в сроки до 1 месяца после травмы, 135 (81,2%) – в сроки от 1 месяца до 13 лет. Планирование и оценка эффекта операций проводились на основе результатов клинического обследования и данных спиральной КТ.

Результаты. Из 154 пациентов 64 (41,6%) было оперировано по поводу вдавленных переломов и деформаций, а 90 (58,4%) – по поводу костных дефектов лобно-орбитальной области. Одновременно с реконструкцией лобно-орбитальной области у 27 (17,5%) пациентов выполнена пластика ликворных фистул, у 19 (12,3%) – устранение лобно-орбитального менингоэнцефалоцеле. У 43 (26%) из 154 пациентов проводилась реконструкция крыши орбиты. В 73 (47,4%) из 154 наблюдений имелись сочетанные повреждения средней зоны лицевого скелета, которые у 45 (61,6%) из них устранялись одноэтапно с реконструкцией лобно-орбитальной области, а у 28 (38,4%) – вторым этапом через один – 6 месяцев. В остром периоде травмы вмешательства проводились в один этап. Всего выполнено 203 операции на лобно-орбитальной области, основании черепа и средней зоне лицевого скелета. Оперативное лечение при лобно-орбитальных переломах со смещением фрагментов состояло в выполнении первичной реконструкции лобной кости с применением техники черепно-лицевого остеосинтеза. В ходе первичных и вторичных реконструкций при устранении дефектов и деформаций лобно-орбитальной области использовали различные ПМ у 104 пациентов. У 77 (74%) из них для замещения костного дефекта использовали один пластический материал. У 27 (26%) пациентов применяли два и более ПМ для оптимизации результатов операции с учетом размера и характера дефекта, его распространенности на стенки лобной пазухи и крышу орбиты. Костные ауто трансплантаты (КАУТР) со свода черепа были использованы в большинстве наблюдений – в 63 (60,1%) из 104, из них в 23 – в комбинации с другими ПМ, чаще всего с титановой сеткой (15 наблюдений). Вскрытие просвета лобной пазухи при выделении краев лобно-орбитального дефекта не являлось препятствием для использования аутокости, из-за ее высоких биологических свойств. В большинстве наблюдений КАУТР как единственный материал использовался для закрытия дефектов средних и малых размеров. Титановые имплантаты использовали в 40 (38,5%) наблюдениях, из них в 22 – в комбинации с другими ПМ. Полиметилметакрилаты (ПММА) были использованы в 26 (25%) наблюдениях, из них в 11 – в комбинации с другими материалами. Имплантаты из ПММА изготавливали по стереолитографическим моделям и пресс-формам. Наибольшие риски возникали при использовании ПММА для устранения дефектов, граничащих с лобной пазухой. Это

требовало ее надежной изоляции от имплантата. Индивидуальные имплантаты из титана и полимерного материала полиэфирэфтеркетона (ПЕЕК), изготовленные промышленным способом по CAD/CAM технологиям, были применены у 8 пациентов. Имплантаты были смоделированы на основе «зеркальной» симметрии с интактной стороной и имели сложную форму, полностью соответствующую дефекту лобной кости, распространяющемуся на верхний край и крышу орбиты. После проведенного лечения в 139 (90,3%) из 154 наблюдений достигнут хороший, а в 15 (9,7%) – удовлетворительный функциональный и косметический результат. У одного пациента через 2 года после операции на фоне пансинусита отмечалось нагноение в области имплантата из ПММА, которое привело к его удалению.

Выводы. КАУТР являются материалом выбора при закрытии дефектов передней стенки лобной пазухи, верхнего края и крыши орбиты. При дефектах больших размеров, граничащих с лобной пазухой, аутокость может быть использована в комбинации с другими ПМ. Применение имплантатов, изготовленных по CAD/CAM технологиям из ПММА, титана и материала ПЕЕК, оптимизирует задачу устранения сложных дефектов черепа, обеспечивает предсказуемый хороший функциональный и косметический результат.

Реконструктивная хирургия при лобно-орбитальных повреждениях, распространяющихся на крышу орбиты.

Еолчян С.А., Серова Н.К., Катаев М.Г., Карнаухова А.В., Сергеева Л.А.
Научно-исследовательский институт нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Москва

Восстановление крыши орбиты является одной из сложных задач при устранении посттравматических дефектов и деформаций лобно-орбитальной области. Актуальным является определение показаний к оперативному лечению и разработка различных видов вмешательств в зависимости от характера повреждений крыши орбиты.

Цель и задачи работы: анализ особенностей хирургического лечения лобно-орбитальных повреждений, распространяющихся на крышу орбиты.

Материал и методы. Проанализированы 43 пациента, которым в НИИ нейрохирургии им.Н.Н. Бурденко были выполнены операции при лобно-орбитальных повреждениях, распространяющихся на крышу орбиты. Большинство из них – 40 (93%), оперировано в отдаленные сроки после травмы. Дооперационное планирование проводилось с использованием данных спиральной компьютерной томография лицевого скелета, черепа и головного мозга, стереолитографических (СТЛ) моделей. У 19 (44,2%) из 43 пациентов выявлено лобно-базально-орбитальное менин-

гоэнцефалоцеле, у 5 – назальная ликворея. В 39 (90,7%) из 43 наблюдений имелись различные повреждения средней зоны лицевого скелета. У всех пациентов выявлялась офтальмологическая симптоматика. Анофтальм отмечался у 10 пациентов, субатрофия глазного яблока – у 3, амавроз вследствие повреждения зрительного нерва – у 4. Во всех наблюдениях имелось смещение глазного яблока (или глазного протеза при анофтальме): гипопфтальм в сочетании с энтофтальмом – у 29 (67,4%), экзофтальм – у 9 (20,9%), причем у 8 – в сочетании с гипопфтальмом. У 24 (55,8%) из 43 пациентов отмечалось ограничение подвижности глазных яблок разной степени выраженности.

Результаты. В зависимости от характера и распространенности лобно-орбитальных повреждений проводились следующие виды вмешательств: 1. Репозиция фрагментов лобно-орбитальных переломов, распространяющихся на крышу орбиты – 12 (27,9%) наблюдений. 2. Пластика лобно-орбитальных дефектов, распространяющихся на крышу орбиты, – 23 пациента (53,5%) наблюдений. 3. Устранение изолированных повреждений крыши орбиты – 8 (18,6%) наблюдений. У 19 (44,2%) из 43 пациентов, одновременно с реконструкцией крыши орбиты устранялось лобно-базально-орбитальное менингоэнцефалоцеле, проводилась пластика и герметизация дефектов твердой мозговой оболочки с использованием надкостничных лоскутов и клеевых композиций. В 38 (88,4%) из 43 наблюдений для замещения костных дефектов использовались различные пластические материалы – костные аутооттрансплантаты (КАУТР), титановая сетка, полиметилметакрилаты, полиэфирэфтеркетон (ПЕЕК). В большинстве наблюдений крыша орбиты восстановлена с использованием КАУТР или их комбинацией с титаном (26 наблюдений). Для моделирования имплантатов использовали СТЛ модели. В 3 наблюдениях использовали имплантаты из материала ПЕЕК, изготовленные по CAD/CAM технологиям. Имплантаты были смоделированы на основе «зеркальной» симметрии с интактной стороной и имели сложную форму, полностью соответствующую дефекту лобной кости, распространяющемуся на верхний край и крышу орбиты. Реконструктивные операции на средней зоне лицевого скелета выполнены у 29 (67,4%) из 43 пациентов в один этап с реконструкцией крыши орбиты (14 пациентов) или вторым этапом (15 пациентов) через 6 и более месяцев. В 17 (58,6%) из 29 наблюдений проведена реконструкция скуло-орбитального и/или назо-орбитального комплекса с одномоментным восстановлением дна орбиты в 11 из них. В 12 (41,4%) из 29 наблюдений проводилась реконструкция только дна орбиты. После завершения этапного лечения у всех пациентов устранено (полностью или частично) смещение глазного яблока/протеза. У 22 (51,2%) из 43 пациентов в дальнейшем проводились офтальмопластические вмешательства по поводу птоза верхнего века, деформации век, пластики культи. У 39 пациентов (90,7%) удалось добиться хорошего и у 4 (9,3%) – удовлетворительного функционального и косметического результата.

Выводы. Абсолютным показанием к проведению реконструкции крыши орбиты является смещение глазного яблока/глазного протеза, обусловленное деформацией либо дефектом крыши орбиты с формированием лобно-орбитального менингоэнцефалоцеле. При лобно-орбито-базальных повреждениях имеется необходимость проведения реконструктивных вмешательств на крыше орбиты не только по нейрохирургическим показаниям, но и с целью создания оптимальных условий для выполнения последующих операций на средней зоне лицевого скелета и офтальмопластических вмешательств.

Декомпрессия орбиты при эндокринной офтальмопатии.

**Еолчиан С.А., Серова Н.К., Сергеева Л.А.,
Нерсесян М.В., Катаев М.Г., Свириденко Н.Ю.**
Научно-исследовательский институт нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Москва

Вопрос о проведении костной декомпрессии орбиты (КДО) при эндокринной офтальмопатии (ЭОП) является дискуссионным в офтальмологическом сообществе нашей страны до настоящего времени. Особую актуальность КДО приобретает при тяжелой форме ЭОП в активной фазе заболевания при развитии оптической нейропатии, выраженном экзофтальме, лагофтальме и изъязвлении роговицы, когда консервативные методы лечения, включая пульс-терапию глюкокортикоидами, не приводят к улучшению. В этих случаях операции выполняются для устранения угрозы потери зрения. У пациентов в неактивной фазе КДО выполняется с косметической целью для устранения экзофтальма.

Материалы и методы. С ноября 2012 по август 2015 гг. в НИИ нейрохирургии им.Н.Н. Бурденко КДО была выполнена у 12 пациентов (7 женщин и 5 мужчин) с ЭОП в возрасте от 40 до 72 лет. Девять пациентов оперировано в активной фазе в связи с прогрессирующим ухудшением зрения, обусловленным развитием оптической нейропатии (ОНП). Три пациента с нормальной остротой зрения оперированы в неактивной фазе заболевания для устранения экзофтальма. Выстояние глазных яблок до операции составило от 18 до 30 мм. Внутриглазное давление было повышено у 8 больных, 4 из них получали антиглаукомные препараты. Нейротрофическая кератопатия выявлена у 5 пациентов (8 глаз) различной степени выраженности. У 7 из 9 пациентов с оптической нейропатией отмечалось снижение зрительных функций на оба глаза, у двух пациентов снижение зрения было односторонним. Использование пульс-терапии и пероральный прием глюкокортикоидов у них оказалось неэффективным. До операции острота зрения лучше видящего глаза составила от 0,2 до 0,5, а хуже видящего - от 0,05 до 0,3. Дефекты поля зрения варьировали от

небольшого сужения границ на цвета до значительного концентрического сужения границ на все цвета с наличием центральной скотомы. Отек дисков зрительных нервов (ДЗН) был выявлен у 4 больных, признаков атрофии ДЗН не было ни в одном случае. Глазодвигательные нарушения различной степени выраженности выявлены у всех 12 пациентов. У 6 пациентов характер зрения был монокулярным из-за низких зрительных функций, у остальных 6 выявлена диплопия. По данным СКТ орбит, у всех пациентов отмечалось увеличение диаметра глазодвигательных мышц с развитием «апикального» синдрома в 9 наблюдениях с ОНП.

Результаты. В 11 наблюдениях выполнена двусторонняя декомпрессия орбит, в одном – односторонняя. Декомпрессия одной (латеральной) стенки произведена на 5 орбитах, двух стенок – на 13 орбитах, трех стенок – на 5 орбитах. У всех пациентов одновременно проводилась внутренняя декомпрессия - липэктомия. Для декомпрессии латеральной стенки использовали коронарный разрез, для декомпрессии нижней и медиальной стенок – трансконъюнктивальный разрез. Использовалась видеоэндоскопическая эндоназальная ассистенция. Повышение остроты зрения отмечалось на 2-3 сутки после операции и продолжалось в дальнейшем у всех пациентов с оптической нейропатией. Острота зрения лучше видящего глаза составила от 0,4 до 1,0, а хуже видящего – от 0,2 до 1,0. Дефекты поля зрения регрессировали значительно – расширились границы на белый цвет, в различной степени – границы на цвета, полностью или частично исчезла центральная скотома. У 5 из 9 пациентов зрительные функции восстановились до нормы. Экзофтальм уменьшился на 4-11 мм (медиана 6 мм). Выстояние глазных яблок после операции составило от 14 до 24 мм. Ограничение объема движений глазных яблок сохранилось у всех 12 пациентов, но у 4 из них объем движений несколько увеличился при отведении взора кнутри (4 глаза) и вниз (два глаза). Нейротрофическая кератопатия полностью регрессировала у одного пациента (2 глаза), у остальных сохраняется необходимость в постоянной кератопротекторной терапии. Диплопия после операции отмечена у 11 пациентов (у 5 из них она появилась на фоне улучшения зрительных функций). Из 6 пациентов с дооперационной диплопией, у двух пациентов отмечено уменьшение её выраженности, у двух пациентов – нарастание. У 3 пациентов через 6 месяцев и более произведены офтальмопластические вмешательства по поводу косоглазия и ретракции верхнего века.

Выводы. Костная декомпрессия орбиты – эффективная операция, которая позволяет добиться оптимального функционального и косметического эффекта при тяжелой форме эндокринной офтальмопатии с наличием оптической нейропатии и выраженного экзофтальма. Своевременно выполненная операция предотвращает дальнейшее ухудшение зрения и приводит к его быстрому улучшению.

Собственный опыт использования ботулотоксина типа А (Botox) в реконструктивной хирургии молочной железы.

Ермилова Е.В., Федосов С.И., Воробьева М.Н.
Многопрофильная клиника «Рами»,
Санкт-Петербург

Введение. Реконструкция молочной железы является в настоящее время неотъемлемой составляющей хирургического и восстановительного лечения рака молочной железы. Такой подход позволяет не только вернуть утраченную форму молочной железы после ее удаления, улучшить качество жизни пациенток, но и оказать больным психологическую и социальную помощь. Применение двухэтапной техники – достаточно эффективный и безопасный метод реконструкции. Двухэтапная отсроченная реконструкция молочной железы широко используется в клинической практике с целью восстановления утраченного органа. Простота метода, а также относительная дешевизна, позволяют выполнять данный вид хирургического вмешательства даже начинающим хирургам. Однако в отличие от реконструкции с использованием аутоотрансплантатов (лоскутов) окончательный результат операции может быть виден только спустя месяцы из-за необходимости длительной экстензии тканей. Основная причина продолжительного увеличения объема экспандера связана с болевым синдромом, возникающим при растяжении тканей и опасностью развития ишемии кожи, которая впоследствии приводит к развитию трофических расстройств и экстрезии эндопротеза. Инъекционное применение Ботулотоксина типа А (Botox) в большую грудную мышцу и интрадермально над зоной интереса позволяет уменьшить период экстензии тканей до 2 недель, в значительной степени снизить болевой синдром, а самое главное сократить срок между первым и вторым этапом реконструкции молочной железы. В исследовании включены женщины с диагнозом рак молочной железы T1-3N0-2. В возрасте от 21 до 57 лет. Рандомизация осуществлялась по двум группам: 1. Группа – пациенты, которым планируется выполнение отсроченной реконструкции; 2. Группа – пациенты, которым планируется выполнение немедленной реконструкции. В первой группе было выполнено внутригрупповое разделение на тех, кому ботулотоксин вводился до установки экспандера, и тех кому введение выполнялось после первого этапа реконструкции. К настоящему моменту в исследование уже включено 30 больных (20 больных группа 1 и 10 больных в Группе 2).

Цель. Сократить срок двухэтапной реконструкции молочной железы (экспандер-имплант).

Материалы и методы. Введение препарата Botox (флакон 100ЕД в разведении 1:25) осуществлялось в большую грудную мышцу в количестве 80 ЕД, но не более 8 ЕД (2 мл) в 1 точку введения и 20 ЕД интрадермально-

папульно над зоной интереса. Оценка эффективности мышечной нейроблокады выполнялась всем больным до и на 14-е сутки после введения ботулотоксина. Процедура электроннойромиографии позволяла оценить амплитуду потенциала действия для m.pectoralis major.

Результаты и обсуждение. У всех больных, которым выполнялось введение препарата до первого этапа операции, длительность экстензии экспандера составила не более 2 недель, а у 5 больных экспандер был раскочан до максимального объема во время его установки (максимальный объем наполненного экспандера составил 900 мл). При этом больные не предъявляли жалоб на выраженный болевой симптом в послеоперационном периоде. Во второй группе, у 13 пациентов удалось добиться желаемого результата в течение 2 недель и лишь в двух клинических случаях мы не достигли ожидаемого эффекта, причиной этого, по нашему мнению, явилось проведение лучевой терапии на переднюю грудную стенку.

Заключение. Исходя из всего вышесказанного, а также результатов наших клинических исследований, можно предположить, что применение ботулотоксина типа А (Botox) с помощью инъекций в большую грудную мышцу и интрадермально при реконструктивной хирургии молочной железы является наиболее эффективной, безопасной методикой, позволяющей сократить сроки реконструкции молочной железы, способствуя значительному снижению болевого синдрома. Однако исследование следует продолжить.

Современная аугментационная маммопластика.

Жолтиков В.В., Кораблева Н.П., Бага Д.К., Андриевский А.Н., Морозов С.В.
Atribeaute Clinique, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Аугментационная маммопластика, по статистике большинства международных обществ пластической хирургии, за все последние годы входит в тройку наиболее часто выполняемых операций во всем мире. При этом, несмотря на то, что за последние два-три десятилетия в этой области было сделано столько же нового и важного, с точки зрения достижения хороших, предсказуемых результатов, сколько за все время выполнения подобных операций, количество повторных операций в течение 10 лет после первой операции, по этой же статистике, достигает от 1/5 до 1/3 всех первоначально выполненных операций. Поэтому поиск путей оптимизации работы в области аугментационной маммопластики продолжает быть актуальным.

Цель нашей работы: доложить наш персональный опыт в аугментационной маммопластике. Наш опыт основан на 11-летней практике работы с более чем 1500 случая-

ми различных видов аугментационной маммопластики, среди которых: первичная и вторичная маммопластика, аугментация в сочетании с различными видами мастопексии (периареолярная, вертикальная), с редукцией молочных желез, аугментация в случаях с тубулярной деформацией, деформациями грудной клетки и асимметриями молочных желез. Кроме того, мы хотели бы доложить наш опыт профилактики и борьбы с основными осложнениями, возникающими при аугментационной маммопластике, осветить использование для этого различных ауто-материалов, имплантантов и алло-материалов. По-нашему мнению, достижение хороших результатов и уменьшение количества повторных операций при аугментационной маммопластике должно, прежде всего, опираться на:

1. Полноценный анализ каждого конкретного пациента, включая анализ всех параметров его грудной стенки и молочных желез в трех плоскостях, включая плотность тканей, расположение самих желез и САК, качество кожного кармана и мн. другие компоненты.
2. Использование различных имплантов и различных методик их расположения, в зависимости от результатов анализа пациента.
3. Подбор имплантов в большей степени по-возможности его расположения в тканях с меньшими рисками для развития типичных осложнений.
4. Использование альтернативных и добавочных материалов.

Брахиметакарпия – как не повредить функции в погоне за эстетикой?

Заварухин В.И.

Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И.Турнера, Санкт-Петербург

Брахиметакарпия является редким заболеванием, проявляющимся укорочением одной или нескольких пястных костей, вызванным преждевременным прекращением функции зоны роста в возрасте 4-8 лет. Литературные описания данной патологии достаточно скудны и представляют преимущественно описания отдельных случаев. Для коррекции длины пястной кости при брахиметакарпии применяются различные методики оперативного лечения.

Целью данной работы явились: оценка косметических и функциональных нарушений у пациентов с брахиметакарпией, а также сравнительный анализ отдаленных результатов после различных видов оперативного лечения. Материалы и методы. Представлены результаты обследования и лечения 52 пациентов с брахиметакарпией. Общее количество обследованных перед операцией пациентов составило 37 (проспективные группы), из них 25 не были оперированы, 12 были оперированы с при-

менением методики дистракционного остеосинтеза. Ретроспективные группы составили 15 пациентов, оперативное лечение у 13 из которых производилось методом одноэтапной костной пластики, у 3 – методом дистракционного остеосинтеза. Производилась оценка жалоб с использованием Визуальных Аналоговых Шкал и оценка функции с гониометрией, динамометрией и использованием шкалы DASH у пациентов с брахиметакарпией до и после оперативного лечения. Максимальный срок наблюдения составил 34 года.

Результаты. Всех пациентов до операции не устраивал эстетический вид кисти, у 28% были жалобы на боли при нагрузке и быстрое чувство усталости. После операции при применении метода дистракционного остеосинтеза в проспективной группе во всех случаях удалось восстановить полную длину укороченной пястной кости без формирования стойких контрактур суставов. При применении методики одноэтапной костной пластики во всех случаях длина пястной кости не была восстановлена полностью, у пациентов формировались разгибательные контрактуры удлиненного и смежных лучей, деформации удлиненной пястной кости.

Выводы. Брахиметакарпия является заболеванием, вызывающим не только косметические, но и функциональные нарушения. Дистракционный остеосинтез по Илизарову дает прогнозируемо хорошие результаты лечения. Применение методики одноэтапной костной пластики не позволяет восстановить полностью длину укороченной пястной кости и осложняется формированием стойких контрактур суставов удлиненного луча.

Абдоминопластика у больных с вентральными грыжами.

Зайнутдинов А.М., Малков И.С.

Республиканская клиническая больница №2, Казань

В настоящее время не только пластические хирурги, но и абдоминальные хирурги используют различные техники пластики передней брюшной стенки у больных с наличием вентральных грыж. Это нередко приводит к увеличению послеоперационных осложнений.

Цель исследования: сравнить частоту осложнений в различных группах больных с вентральными грыжами, подвергнутых различной коррекции передней брюшной стенки.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 43 больных (39 женщин, 4 мужчин, средний возраст 48 год) с различными формами передней брюшной стенки и наличием вентральной грыжи. У 6 больных с малыми пупочными (4) и грыжами белой линии живота (3) проводилось грыжесечение контактными способом без использования сетчатых имплантов. У 36 пациентов со средними и большими послеопераци-

онными вентральными и боковыми грыжами пластика грыжевых ворот проводилась с использованием различных сетчатых протезов с установкой их sub-lay [20], on-lay [18] и in-lay [8] с использованием техники «bridge» техникой полипропиленовыми, композитными и полиэстерными сетками. Частое применение техники on-lay связано с попытками формирования контуров тела сетчатыми имплантатами. У 24 больных проводилась классическая абдоминопластика горизонтальным доступом с транспозицией пупка. У 12 пациентов абдоминопластика с Т-инверсионным разрезом с липодермэктомией. У 4 пациенток была проведена миниабдоминопластика. У 3 пациентов миниабдоминопластика с использованием приемов эндоскопической пластики апоневроза. При проведении абдоминопластики использовали разные техники. В одной группе кожно-жировой лоскут отсекался от апоневроза с установкой вакуумных дренажей по типу Рэдон. во второй группе мобилизация кожно-жирового лоскута осуществлялась с сохранением лимфатических коллекторов и подкожно-жировой ткани на апоневрозе и по возможности перфорантных сосудов. В последней группе в последующем проводилась лигатурная фиксация подкожно-жировой ткани к апоневрозу.

Результаты исследования. Среди больных превазировали осложнения в группе с Т-инверсионным доступом в виде краевых некрозов кожи (4) и в группе с абдоминопластикой с использованием горизонтального разреза (2) и расхождение швов в месте натяжения тканей (2), потребовавшие аппаратной коррекции раны аппаратом «АКСОР». При этом у всех пациенток с осложнениями ИМТ был выше 32 кг/м². У одной пациентки возникла рецидивная послеоперационная грыжа с омфалитом через 2,5 года после грыжесечения контактным способом, абдоминопластики по поводу малой пупочной грыжи. В группе пациентов с использованием полипропиленовых сеток с техникой «bridge» отмечалось длительное образование сером на отдаленных послеоперационных сроках (2-4 месяца) с формированием кожно-протезного свища (1) и потребовавшие повторной операции с использованием биологического имплантата Пермакол. В группе больных у которых применялись полиэстерные сетки sub-lay [3], on-lay [5] и in-lay [2] с использованием техники «bridge» серомы самостоятельно рассасывались. В группе с сохранением лимфатических коллекторов и подкожно-жировой ткани на апоневрозе с сохранением перфорантных сосудов и последующей лигатурной фиксацией подкожно-жировой ткани было замечено образование сером всего у 5% пациентов и отсутствие краевых некрозов по сравнению с первой группой, где частота образования сером составила 20% и у 10% краевые некрозы кожи.

Выводы. 1. Ведущей причиной раневых осложнений после абдоминопластики у пациентов с различными грыжами является ишемический некроз краев раны и образование сером. При этом в эту группу входят пациенты с ИМТ выше 32 кг/м² с использованием полипропиленовой сетки on-lay и in-lay с техникой «bridge» 2. Оптимальным

и безопасным методом коррекции передней брюшной стенки является консервативная абдоминопластика с сохранением сосудистых образований подреберных пространств с сохранением лимфатических коллекторов и подкожно-жировой ткани на апоневрозе с сохранением перфорантных сосудов и последующей лигатурной фиксацией подкожно-жировой ткани, а у пациентов с ИМТ выше 35 кг/м² абдоминопластика без транспозиции пупка. 3. Использование полиэстерных и композитных сеток у больных при сочетанной операции: грыжесечения и абдоминопластики является предпочтительными вследствие малого количества образования сером, не требующих активных вмешательств.

Анатомические параметры собственной фасции большой грудной мышцы в аугментационной маммопластике.

**Зайнутдинов А.М., Малков И.С.,
Халирахманов А.Ф.
Казанская государственная медицинская
академия, Казань**

Молочная железа помещается на фасции большой грудной мышцы, с которой она связана рыхлой соединительной тканью. На уровне 2-3 ребра поверхностная фасция расщепляется и образует футляр для молочной железы [А.Е. Белоусов, В.А. Брагилев, 1998]. Грудная фасция, состоящая из собственной фасции большой грудной мышцы, является плотной структурой, идущей до инфрамаммарной складки размерами от 0,4 до 1 мм, хорошо мобилизуемая вместе с вышележащими тканями [Graf R., 2003]. По данным зарубежных [Graf R., 2003, 2008] и отечественных авторов [Фернандез Т., 2007], установка имплантата под фасцию в эстетической хирургии молочной железы имеет ряд преимуществ перед ретромускулярной и ретроглангулярной и могут использоваться различные доступы. При субфасциальной установке имплантата грудь выглядит более естественно, края имплантата не видны, форма груди не искажается при сокращении мышцы, реже возникает капсулярная контрактура, имеется достаточно покровных тканей для покрытия самого имплантата [Graf R., 2008]. Тем не менее большинство хирургов отрицает целесообразность субфасциальной установки вследствие «невывраженной структуры» собственной фасции большой грудной мышцы. В связи с вышеизложенным была поставлена цель изучить анатомическую структуру собственной фасции большой грудной мышцы. На свежих 18 трупах женского пола 38-70 лет была препарирована собственная фасция большой грудной мышцы. Толщина данной структуры варьировала от 0,3 до 2 мм. Размеры фасции зависели от возраста, конституции и телосложения. Фасция толщиной 1мм-2мм была у трупов женского пола 38-45 лет [5], у высоких индивидуумов,

тучных и старше 45-50 (13) толщина составила 0,3-0,6 мм. Таким образом, собственная фасция большой грудной мышцы выражена у лиц среднего возраста, нормального телосложения, без избыточной массы тела. Фасция мобилизуется свободно, бескровно. Оптимальным доступом при субфасциальной установке импланта являются субмаммарный доступ.

Современные компьютерные технологии при лечении синдрома Гольденхара.

Иванов С.Ю., Кобец К.К., Короткова Н.Л., Мураев А.А.

Нижегородская медицинская академия,
Нижний Новгород

У пациентки с типичными проявлениями синдрома Гольденхара для улучшения эстетики лица был использован метод контурной пластики с применением индивидуального на костного имплантата. Для синдрома Гольденхара (окуло-аурикуло-вертебральная дисплазия, гемифациальная микросомия, фацио-аурикуло-вертебральная дисплазия, синдром Гольденхара-Горлин, синдром первой и второй пары жаберных дуг, латеральная фациальная дисплазия, односторонняя черепно-лицевая микросомия, отомандибулярный дизостоз, отокраниостеноз) характерны следующие проявления: односторонняя гипоплазия лица; дермоиды, липодермоиды или липомы глаз, колбомы верхних век; аномалии ушных раковин и позвоночника (Козлова С.И., Демикова Н.С., 1996; Карякина И.А., 2010; Торопчина Л.В., 2013; Goldenhar M., 1952;). Этиология и тип наследования изучены недостаточно, возможно аутосомно-доминантный ген, детерминирующий клинические проявления синдрома Гольденхара, картирован на длинном плече хромосомы 14.

Материалы и методы. В Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр (ПФМИЦ) обратилась 23-летняя пациентка с жалобами на асимметрию лица, снижение слуха справа. Ранее в области правой щеки была проведена хирургическая коррекция хрящевого преаурикулярного отростка, проходящего по траго-орбитальной линии. При осмотре отмечалась асимметрия лица за счет гипоплазии мягких и твердых тканей нижней трети лица справа, эпибульбарный дермоид правого глаза. Наружное правое ухо располагалось ниже левого. На правой щеке на половине расстояния от козелка к углу рта определялся линейный рубец. По данным мультиспиральной компьютерной томографии черепа были выявлены: недоразвитие тела, ветви, венечного и суставного отростков нижней челюсти справа. Для восстановления симметрии лица был применен метод контурной пластики с использованием индивидуального на костного имплантата из политетрафторэтилена (PTFE) фирмы «Экофлон». (Мураев А.А. с соавт., 2013). Предоперационное плани-

рование проводилось с использованием разработанного компьютерного обеспечения. На первом этапе данные мультиспиральной компьютерной томографии черепа преобразовали в виртуальную 3D-модель черепа. Выполняли зеркальное проецирование левой половины нижней челюсти на правую сторону. Определяли границы и адаптировали форму имплантата. Наружные контуры имплантатов уменьшали в объеме на 10-15% по сравнению с идеально-симметричными контрлатеральной стороне контурами. Основой такого подхода служит ранее накопленный опыт, когда имплантаты для контурной пластики моделировали на стереолитографических моделях черепа. Прототип сохраняли в формате, необходимом для CAD/CAM производства. Файл отправляли для производства самого имплантата. Оперативное вмешательство выполняли внутритротоковым доступом под эндотрахеальным наркозом. Фиксацию имплантата осуществляли титановыми микровинтами.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате лечения удалось восполнить дефект твердых тканей нижней челюсти, за счет чего был улучшен внешний вид пациентки. Несимметричные деформации челюстно-лицевой области, возникающие при синдроме Гольденхара, можно компенсировать методами контурной пластики.

Заключение и выводы. Предложенный нами метод контурной пластики с использованием современных компьютерных технологий имеет ряд преимуществ. Во-первых, при компьютерном моделировании исключаются такие трудоёмкие и дорогостоящие этапы предоперационного планирования: как изготовление стереолитографической модели черепа, изготовление прототипа имплантата, сканирование прототипа имплантата. Все предоперационное планирование и проектирование имплантата происходит с помощью компьютерной программы. Во-вторых, компьютерное планирование позволяет более точно соблюсти симметрию твердых тканей, что позволяет изготовить индивидуальный имплантат, который устраняет деформации и точно восстанавливает симметрию и эстетику лица у пациентов с врожденными деформациями лица. В-третьих, метод помогает хирургу в составлении плана хирургического вмешательства – определение размеров имплантата, выбрать оптимальный доступ к области деформации, позволяет сократить время планирования операции контурной пластики, снизить продолжительность операции и ее объем, получить прогнозируемый результат лечения.

Теория и практика тканевой экстензии применительно к реконструкции молочной железы с использованием экспандеров.

Иванов В.Г., Волох М.А., Ермилова Е.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Современная концепция комплексного лечения рака молочной железы предусматривает выполнение реконструктивного хирургического вмешательства тем больным, у которых нет противопоказаний к данному виду лечения. Такой подход позволяет не только вернуть утраченную форму молочной железы после ее удаления, улучшить качество жизни пациенток, но и оказать больным психологическую и социальную помощь. Применение двухэтапной техники – наиболее эффективный и безопасный метод реконструкции. Использование тканевого экспандера – как первого этапа реконструкции позволяет увеличить кожно-мышечный мешок путем экстензии тканей и позиционировать инфрамаммарную складку. Двухэтапная отсроченная реконструкция молочной железы с использованием экспандера является в настоящее время золотым стандартом реконструкции молочной железы после ее удаления. Простота метода, а также относительная дешевизна позволяют выполнять данный вид хирургического вмешательства даже начинающим хирургам. Однако, в отличие от реконструкции с использованием аутоотрансплантатов (лоскутов), окончательный результат операции может быть виден только спустя месяцы из-за необходимости длительной (в течение 2-3 месяцев) экстензии тканей. Основная причина такого подхода связана с болевым синдромом, возникающим при растяжении тканей и опасностью появления ишемии кожи в ходе растяжения, которая впоследствии приводит к развитию трофических расстройств и экстрезии экспандера. Цель исследования. Основными целями использования ботулотоксина типа А при реконструкции молочной железы являются:

- 1) Сокращение длительности экстензии тканей.
- 2) Снижение выраженности болевого синдрома.
- 3) Ускорение двухэтапной реконструкции молочной железы с 6 месяцев до 2-4 недель.

Материал и методы. Исследование проводится с января 2014 года. В исследование включены женщины с диагнозом рак молочной железы T1-3N0-2. В возрасте от 21 до 57 лет. Рандомизация больных осуществлялась на две группы: в группу А вошли больные у, которых уже выполнена первичная операция, т.е. операция по реконструкции молочной железы является отсроченной, а в группу В больные, у которых установка экспандера осуществлялась одновременно с первичной операцией, т.е. немедленная. В первой группе больных было выполнено внутригрупповое разделение на тех, кому ботулотоксин вводился до установки экспандера, и тех, кому введение выполнялось после операции по установке экспандера. К настоящему моменту в исследование уже включено 19 больных (6 в группу А и 13 больных в группу В).

Введение ботулотоксина типа А (Botox) осуществлялось за 2 недели до первого этапа реконструкции – установки экспандера и через 2 недели после выполнения операции тем больным, которым экспандер был уже установлен.

Вывод. Применение Ботулотоксина типа А (Botox) с помощью инъекций в большую грудную мышцу и интрадер-

мально позволяет уменьшить сроки экстензии тканей до 2 недель и в значительной степени снизить болевой синдром, тем самым ускоряя выполнение второго этапа реконструкции железы.

Опыт пластики пищевода сегментами ободочной кишки с сосудистым усилением в онкологии.

**Ильин И.А., Малькевич В.Т.,
Подгайский А.В.**

**Республиканский научно-практический центр
онкологии и медицинской радиологии
им. Н.Н. Александрова, Минск, Беларусь**

Актуальность. Большое внимание в современном научном поиске уделяется вопросам по совершенствованию существующих и созданию новых технологий по повышению жизнеспособности кишечных трансплантатов, используемых для пластики пищевода у пациентов, страдающих раком пищевода и раком пищеводно-желудочного перехода.

Цель. Разработать метод толстокишечной пластики пищевода, позволяющий использовать наиболее подходящий сегмент ободочной кишки в сочетании с возможностью обеспечения дополнительным кровоснабжением.

Материал и метод. В период с 2009 по 2014 гг. пластика пищевода толстой кишкой с сосудистым усилением выполнена у 30 онкологических пациентов. Сущность сосудистого усиления заключается в использовании внутренних грудных сосудов в качестве источника дополнительного кровоснабжения. При этом выполняется анастомозирование последних с ободочно-кишечными сосудами трансплантата. Зона расположения сосудистых анастомозов формируется путем резекции хрящевого сегмента III ребра и мобилизации внутренних грудных сосудов. Средний возраст пациентов составил $56,6 \pm 1,6$ (от 40 до 70) лет. Первичная пластика пищевода толстой кишкой осуществлена в 7 (23,3%) наблюдениях, повторная и отсроченная – у 23 (76,7%) пациентов. Всем пациентам выполнялась предоперационная селективная ангиография с оценкой состояния дуги Риолана и краевого сосуда (сужение или перерыв) по правому и левому флангам толстой кишки. Левая внутренняя грудная артерия анастомозировалась с ободочно-кишечными: правой ободочной артерией в 10 (33,3%) наблюдениях, со средней ободочной артерией – 14 (46,7%), с добавочной средней ободочной артерией – 5 (16,7%), с левой ободочной артерией – 1 (3,3%). Дополнительные межвенозные анастомозы сформированы у 6 (20%) пациентов при необратимом венозае в трансплантате. Состояние сосудистых анастомозов в послеоперационном периоде оценивалось доплерографически и ангиографически.

Результаты. Показанием для сосудистого усиления при пластике явилось наличие диагностированного сужения

(24%) или перерыва пристеночного сосуда по правому флангу толстой кишки, а также сужение (30%) или перерыв (8%) анастомоза между верхней и нижней брыжеечной артериями. Доказана сопоставимость по диаметрам на уровне II – IV межреберий левой внутренней грудной артерии и ободочно-кишечных артерий: правой ($p=0,052$); средней ($p=0,102$); добавочной средней ($p=0,068$) и левой ободочной артерии ($p=0,977$). В структуре послеоперационных хирургических осложнений наблюдалось: несостоятельность швов шейного эзофагоколоанастомоза – 2 (6,7%) с развитием у этих же пациентов поздней рубцовой стриктуры эзофагоколоанастомоза – 2 (6,7%) пациентов. Некроз проксимального анастомотического сегмента колотрансплантата развился у 2 (6,7%) пациентов, что потребовало в одном случае удаления колотрансплантата, в другом – формирования шейной пищеводно-кишечной стомы. 60 и 90-дневная послеоперационная летальность составила 2 (6,7%) наблюдения от тромбоземболии легочной артерии (1) и двухсторонней полисегментарной пневмонии (1). Тромбоз сосудистого анастомоза диагностирован у 1 пациента интраоперационно, что потребовало реанастомозирования. Выводы. Показанием для сосудистого усиления при пластике является наличие диагностированного сужения или перерыва пристеночного сосуда по правому флангу толстой кишки, а также сужение или перерыв анастомоза между верхней и нижней брыжеечной артериями. Использование внутренних грудных сосудов в качестве источника дополнительного кровоснабжения при заместительной эзофагоколопластике у онкологических пациентов позволяет добиться удовлетворительных результатов реконструкции пищевода за счет получения возможности: сформировать трансплантат необходимой длины, исходя их анатомических особенностей кровоснабжения ободочной кишки по одной из четырех модификаций; осуществить усиление кровоснабжения по показаниям путем анастомозирования ободочно-кишечных сосудов трансплантата с внутренними грудными сосудами; обеспечить эффективный кровоток в проксимальных отделах колотрансплантата; осуществить выбор уровня формирования зоны васкуляризации в зависимости ангиоархитектоники трансплантата на протяжении от II до IV ребра; пространственно разобщить зону с сосудистыми анастомозами от зоны формирования шейного анастомоза с высоким риском развития ишемических осложнений (некроз и/или несостоятельность).

Сочетанные методы коррекции эстетических и функциональных недостатков промежности.

Исаева А.М., Малинина О.Ю., Духин А.О., Арютин Д.Г.
Городская клиническая больница №29, Москва

Введение. На сегодняшний день реконструктивная и эстетическая урогинекология направлена на устране-

ние функциональных нарушений, а также осуществляет коррекцию косметических дефектов. Это позволяет улучшить не только качество жизни и эстетику аногенитальной области, но и восстановить нормальное строение данной области. До недавнего времени основным методом интимной пластики был либо хирургический, что требует достаточно длительной реабилитации, либо инъекционная контурная пластика, которая не позволяет полностью восстановить анатомию и устранить косметические дефекты. Сочетанные методы: миниинвазивная перинеопластика, направлена на укрепление поверхностного и среднего слоев мышечного каркаса с помощью монофиламентной рассасывающей нити с разнонаправленными насечками, и инъекционная контурная пластика гиалуроновой кислотой. Данное сочетание менее травматично, может выполняться под местной анестезией, а также имеет быстрый восстановительный период.

Материалы и методы. В период 2014-2015 гг. было выполнено 30 сочетанных методик женщинам в возрасте от 23 до 49 лет с жалобами на наличие рубцовых изменений промежности (20%), зияние преддверия и широкое влагалище (80%), сухость анагенитальной области (45%), снижения сексуальных ощущений (60%). Всем пациенткам была выполнена миниинвазивная перинеопластика ромбовидным швом и интимная контурная пластика бифазными препаратами гиалуроновой кислоты в область зоны G; пластика: больших половых губ, капюшон клитора и клитора. Во всех случаях была использована одна монофиламентная рассасывающая нить с разнонаправленными насечками (Long Lift) и бифазная гиалуроновая кислота (Amalain intim) в среднем объеме 2,0 мл.

Результаты. После проведения сочетанной методики и по истечению срока послеоперационного периода (3 недели) практически все пациентки вернулись к нормальным сексуальным отношениям. По результатам опроса было выявлено: 100% улучшения качества сексуальной жизни, как для самой женщины, так и для ее партнера, что в свою очередь значительно повышало самооценку и самореализацию пациенток; 90% пациенток были удовлетворены эстетическими результатами процедуры; у всех пациенток улучшилась естественная lubricация анагенитальной области. По истечению времени 80% пациентов отметили отсутствие бактериальных вагинозов и высокую степень чистоты в мазках и бак. посевах.

Заключение. Сочетанные методы коррекции на сегодняшний день наиболее экономически целесообразны, а также выполняют роль профилактики пролапса гениталий, позволяют впоследствии самостоятельное родоразрешение, более длительный эффект по сравнению с обычными инъекционными методами, а миниинвазивность данных методик позволяет в этот же день быть работоспособной.

Оригинальный метод восстановления инфрамаммарной складки при двухэтапной реконструкции молочной железы.

Исмагилов А.Х., Камалетдинов И.Ф.
Республиканский клинический онкологический диспансер, Казанская государственная медицинская академия, Казань

Введение. Инфрамаммарная складка (ИМС) представляет собой фиксированное анатомическое образование, которое играет значительную роль в образовании и поддержании формы молочной железы, в результате чего ИМС является важным компонентом привлекательного и эстетически нормального внешнего вида груди. Если ИМС слабо выражена, несимметрично расположена или расположение складки сместилось в послеоперационном периоде, практически на все остальные контуры оказывается негативное влияние, включая форму верхнего и нижнего полюса, расположение груди на грудной клетке и степень симметрии с контрлатеральной молочной железой. Таким образом, в случае отсутствия ИМС во время реконструкции молочной железы необходимо ее восстановление, что позволяет добиться большей симметрии с контрлатеральной грудью и более натуральной формы реконструированной молочной железы. Рассмотрев основные методы формирования ИМС, описываемых в работах отечественных и зарубежных авторов, нельзя с уверенностью склониться к определенному способу восстановления складки, так как рассмотренные методы, наряду со своими преимуществами, обладают некоторыми недостатками, наиболее частыми из которых являются умбиликации в проекции наложенных швов, отсутствие эстетически приемлемого птоза и наличие дополнительных рубцов при применении наружного доступа. Таким образом, разработка и освоение хирургических методов, которые надлежащим образом восстанавливают и сохраняют позиции этой значимой структуры, является необходимым компонентом успешного эстетического результата реконструктивных операций.

Цель исследования. Улучшить эстетические результаты реконструктивно-пластических операций за счет разработки нового метода формирования инфрамаммарной складки при двухэтапной реконструкции молочной железы.

Материалы и методы исследования: Учитывая определенные недостатки существующих способов реконструкции складки, был разработан метод формирования ИМС, при котором в качестве подвешивающей связки используется задний листок фиброзной капсулы эндопротеза. Предлагаемый способ восстановления ИМС применяется на этапе замены экспандера постоянным имплантом, при котором передний листок капсулы удаляется полностью, за исключением нижней порции шириной 2 см, после чего производится надсечение заднего листка на 1-2 см выше нижней переходной складки кармана эндопротеза, параллельно предоперационной разметке новой ИМС. Под над-

сеченным задним листком производится диссекция и мобилизация мягких тканей книзу, для получения достаточно мобильного торако-эпигастрального лоскута и свободной нижней части заднего листка капсулы. Далее производят тракцию мобилизованного заднего листка капсулы вверх, до уровня, соответствующего предоперационной разметке формируемой ИМС, после чего накладывают фиксирующие швы, не рассасывающимся шовным материалом, между мобилизованным задним листком капсулы и мягкими тканями грудной клетки. В послеоперационном периоде стабильность результата определялась с помощью измерения торако-маммарного угла. Пациентов фотографировали до и на определенных сроках после оперативного вмешательства в 5 проекциях в стандартных положениях с одинакового расстояния для оценки динамики изменения молочной железы со временем.

Результаты. В маммологическом отделении РКОД МЗ РТ с 2006 года было выполнено 214 реконструктивно-пластических операций с одновременным формированием ИМС с применением разработанного метода. В раннем послеоперационном периоде осложнений оперативного вмешательства не наблюдалось. Наличие умбиликаций в области ИМС не наблюдалось ни в одном случае, что связано с дистантным наложением фиксирующих швов. В результате формирования ИМС с отрицательным торако-маммарным углом реконструируется наполненный и контурируемый нижний полюс, что имитирует натуральный птоз молочной железы. В 13% случаев наблюдалась потеря контурируемости складки, в связи с каудальной миграцией импланта требует дальнейшего исследования.

Заключение. Применение разработанного метода формирования ИМС улучшает эстетические результаты реконструктивных операций на молочной железе, позволяя добиться большей симметрии с контрлатеральной грудью, за счет создания складки, с отрицательным торако-маммарным углом, имеющей гладкие и ровные контуры, при этом реконструируется нижняя граница молочной железы и формируется наполненный и контурируемый нижний полюс, который нависает над ИМС, что создает эффект натурального птоза молочной железы.

Размерные и топометрические особенности молочных желез у женщин азиатской и европейской внешности Республики Саха (Якутия) в возрастном аспекте.

Казанов В.Н., Гармаева Д.К., Игнатьев В. Г.
Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, ОП ООО «Виктори Клиник», Якутск

В пластической и эстетической хирургии остается актуальной проблема этнических различий в той или иной

сфере приложения хирургического вмешательства. Особенности менталитета, эстетических предпочтений, каноны красоты различны у представителей разных культур, которые могут быть определены географическими и климатическими особенностями места проживания. Для нашего региона физическое и половое развитие девушек, проживающих в условиях резко континентального климата Якутии, имеет свои особенности. По данным исследований, выявлено более позднее развитие вторичных половых признаков у девушек коренной национальности по сравнению с некоренными, описаны неоднородность антропометрических показателей в зависимости от этнической принадлежности и возраста. [Алексеева В.А. Этнические, возрастные и конституциональные особенности развития вторичных половых признаков девочек и девушек Республики Саха (Якутия)].

Морфометрия молочных желез проводилась у 144 женщин в возрасте от 20 до 40 лет, обратившихся в частную клинику ОП ООО «Виктори Клиник» г. Якутска по поводу увеличивающейся маммопластики с соблюдением принципов доброvolности, прав и свобод личности, гарантированных 21 и 22 статьями Конституции РФ. Из них 72 женщины представители азиатской внешности (Якутки, Эвены, Эвенки) и 72 европейской внешности (Русские, Украинки, Белорусы). Для морфометрии использовались большой толстый циркуль (калипер), сантиметровая лента и скользящий (планшетный) циркуль. Измерения проводились по системе Body Logic (Mentor Medical Systems B. V. - USA). В ходе исследования нами выявлена взаимосвязь параметров индекса массы тела и размерных показателей молочных желез, как у женщин азиатской, так и европейской внешности. Примечательно, что в более молодой возрастной группе поперечный размер грудной клетки на уровне сосков меньше у азиатов, по сравнению с европейцами. В старших возрастных группах эти параметры меняются противоположно, преимущественно у женщин коренной национальности. При сравнительном анализе форм молочных желез выявлено, что широкая форма молочной железы чаще встречалась в более молодой группе 20-25 лет у женщин азиатской внешности, тогда как у группы европеоидов в возрастной группе 35-40 лет. Круглая форма молочной железы чаще наблюдалась в группе 20-25 лет у лиц европейской внешности, в то время как у азиатов эта форма фиксировалась больше в зрелом возрасте. Возрастная динамика топометрической оценки молочной железы показала опущение тканей молочной железы в старших возрастных группах, при этом у представителей азиатской внешности этот показатель выражен больше. У женщин европейской внешности характерными показателями в старших возрастных группах являются асимметрия уровня сосково-ареолярного комплекса, большие показатели расстояния от яремной ямки до сосково-ареолярного комплекса, наибольшая растяжимость кожи в области нижнего полюса, по сравнению с азиатской группой женщин. Частота наблюдений асимметричного строения каркаса грудной клетки больше оказалась у представительниц

азиатской группы женщин и часто встречается в более молодой возрастной группе. Подобные изменения у женщин европеоидной внешности выявлены в более зрелом возрасте, что вероятно связано с приобретённым нарушением осанки, часто наблюдаемой в этой возрастной группе. Полученные топометрические показатели молочной железы у женщин азиатской и европейской внешности могут быть использованы в качестве количественных возрастных морфологических маркеров для более точного подбора размера и объема имплантов МЖ и планирования различных методов хирургической коррекции формы железы.

Неонатальная пластическая хирургия пороков развития челюстно-лицевой области.

Казанцев И.Б., Цуканов А.И., Серяков В.И., Чикинев К.Э.

Томская областная клиническая больница, Томск

Актуальность. Одновременно с повышением общего уровня рождаемости, а также улучшением качества неонатальной службы, увеличивается и количество новорожденных с различными пороками развития. Особое место среди них занимают дефекты челюстно-лицевой области. Следствием этого является снижение качества жизни как детей, так и их родителей, высокие экономические затраты на пролонгированное лечение, реабилитацию и социальную адаптацию. Нередко пороки развития челюстно-лицевой области являются причиной развития грозных осложнений в раннем неонатальном периоде (нарушение механизмов дыхания, глотания, сосания).

Цель работы. Организовать комплексную хирургическую помощь новорожденным детям с пороками развития челюстно-лицевой области в неонатальном периоде. Задачи: 1) реализовать проект организации специализированной медицинской помощи новорожденным детям (в возрасте до 2 недель) с пороками челюстно-лицевой области силами и ресурсами отделения реконструктивной и пластической хирургии Томской ОКБ и Областного перинатального центра (г. Томск); 2) внедрить в клиническую практику стандарты оперативного лечения и проведения постоперационной реабилитации детей с пороками челюстно-лицевой области в неонатальном периоде.

Материалы и методы. За период с августа 2014 года по октябрь 2015 года, в отделении реконструктивной и пластической хирургии Томской ОКБ было прооперировано 10 детей с расщелинами губы и неба (6 мальчиков и 4 девочки), в возрасте от 9 до 12 дней, а также 3 ребенка (2 девочки и 1 мальчик) с челюстно-лицевыми проявлениями синдрома Пьера Робена в возрасте 11-14 дней.

Результаты. Разработан и внедрен в практику проект оказания помощи в неонатальном периоде новорожденным с пороками развития челюстно-лицевой области. Все операции выполнялись в условиях специально-оборудованной

для неонатальной хирургии операционной под интубационным наркозом. При наличии расщелины губы выполнялась операция по восстановлению круговой мышцы рта с сопоставлением красной каймы губ, а также ринопластика при необходимости. Это способствовало раннему восстановлению акта сосания. Постооперационный период у всех детей протекал без особенностей ведения, швы снимались на 8-10 сутки. Большой интерес представляли дети с челюстно-лицевыми проявлениями синдрома Пьера Робена (микрогнатия, глоссоптоз и расщелина неба). Наибольшую проблему представлял собой увеличенный язык и язычок мягкого неба, которые в совокупности вызывали обструкцию дыхательных путей. После формирования трахеостомы выполняли комбинированную операцию по удалению глоссоптоза. Оптимальным решением стало оперативное пособие по Argamaso (1992) в модификации Faye Huang (2004), которое было адаптировано нами для детей более раннего возраста. Первым этапом создавали язычно-губное сращение путем перемещения двух слизистых лоскутов основания языка и внутренней поверхности нижней губы. Вторым этапом накладывали ретенционные швы корня языка через альвеолярный отросток нижней челюсти с фиксацией на коже подбородка на силиконовых трубочках. Третьим этапом выполняли видеоассистированную резекцию гипертрофированного языка расщепленного мягкого неба. На 5-6 сутки дети переводились с трахеостомы на самостоятельное дыхание. На 14 сутки после операции ретенционные швы снимались, при этом западения языка не наблюдалось. Сформированное сращение языка с губой и резекция язычка мягкого неба создавали достаточные условия для самостоятельного дыхания, т.к. предотвращали западение корня языка и обструкцию дыхательных путей. Отсечение языка от губы осуществлялось в возрасте 12 месяцев. У всех прооперированных детей наблюдалось восстановление витальных функций, оптимальный набор веса и уменьшение отставания от возрастного центильного коридора.

Выводы. Проект оказания помощи в неонатальном периоде новорожденным с пороками развития челюстно-лицевой области разработан и успешно внедрен в практику. Операции по коррекции пороков развития челюстно-лицевой области адаптированы для детей периода новорожденности. Применение данных техник в неонатальном периоде способствует восстановлению самостоятельного дыхания и питания, обуславливая более гармоничное развитие.

Возможности использования роботизированной системы Da Vinci в медицине.

Камалов Д.М., Рыбакин А.В.

Университетская клиника Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, Институт красоты СПИК, Москва

Цель. Оценить возможности, безопасность и эффективность применения хирургического комплекса Da Vinci в медицине. Материалы и методы. Лучший способ оценить безопасность и эффективность любого хирургического метода – использовать клинических данных. Клиническая литература для хирургов, использующих робот-ассистированные системы, обширна. С 1985 г., когда впервые в мире была применена первая роботизированная система для пункционной биопсии головного мозга и с 2000 г., когда управление по санитарному надзору за пищевыми продуктами и медикаментами США одобрили применение роботизированного комплекса Da Vinci в медицине, по всему миру стремительно увеличивается количество роботизированных хирургических комплексов. С каждым годом увеличивается количество робот-ассистированных операций, а в литературе появляется множество статей о применении роботизированной системы Da Vinci, сравнение ее с традиционными, открытыми, эндо- и лапароскопическими методами оперативных вмешательств. Также в литературе все чаще можно встретить работы по внедрению роботизированной системы Da Vinci в области медицины, где ранее использовалась открытая, эндоскопическая или лапароскопическая техника (трансоральная и пластическая хирургия, хирургия головы и шеи) и развитию новых оперативных пособий.

Результаты. Хирургический роботизированный комплекс Da Vinci продемонстрировал свою эффективность, безопасность и хорошие клинические результаты не только в областях медицины, где эндоскопия и лапароскопия стала методом выбора - урология, общая хирургия, гинекология, торакальная хирургия, кардиохирургия, хирургическая эндокринология, но также в областях медицины, где эндоскопическая хирургия имела свои ограничения или только начал развиваться – трансоральная хирургия, хирургия области шеи и головы, пластическая хирургия.

Заключение. Эффективность, безопасность и хорошие клинические результаты использования робот-ассистированных систем в хирургии «малых пространств» диктует необходимость разработки и более широкого применения новых робот-ассистированных пособий для областей медицины требующих тонких, прецизионных хирургических манипуляций с хорошей визуализацией операционного поля.

Причины формирования трахеопищеводных свищей у больных реанимационных отделений, перенесших трахеостомию.

Кирасирова Е.А., Кузина Е.А., Лафуткина Н.В., Пиминиди О.К., Мамедов Р.Ф.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

В современном мире трахеостомия является одной из самых распространенных операций у больных, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в отделениях реанимации. Существует ряд осложнений, представляющих угрозу жизни больных, находящихся на длительной искусственной вентиляции легких. Частота их колеблется от 20 до 100% по данным разных авторов. Существует 4 вида осложнений со стороны нижних дыхательных путей: трахеобронхит, пролежень слизистой оболочки трахеи, постинтубационный стеноз трахеи и трахеопищеводный свищ. Трахеопищеводный свищ, как правило, возникает на фоне трахеобронхита и пролежня слизистой оболочки трахеи. В результате происходит забрасывание содержимого желудка в трахею, развитие гнойно-воспалительных процессов в легких, часто с элементами абсцедирования. Основные симптомы трахеопищеводного свища зависят от размеров, направления хода свища, наличия или отсутствия в нем клапанного механизма.

Цель исследования: изучить причины формирования трахеопищеводных свищей у больных, перенесших трахеостомию в отделениях реанимации.

Материалы и методы: ретроспективно с 2010 по 2015 гг. нами исследовано 24 медицинские карты пациентов, умерших в отделении реанимации. Из них 16 карт пациентов мужского пола и 8 карт пациентов женского пола. Возраст пациентов варьировался от 18 до 79 лет. Причинами продленной ИВЛ явились: сочетанная травма, открытая черепно-мозговая травма, огнестрельное ранение живота, травма позвоночника, внебольничная пневмония. Все больные находились на разных уровнях сознания, длительность ИВЛ до момента наложения трахеостомы составила от 10 до 30 суток. Всем пациентам была произведена классическая трахеостомия. Перед операцией было выполнено эндоскопическое исследование трахеи, при котором трахеопищеводные свищи отсутствовали. Трахеостомия 16 больным была наложена на уровне 2-5 полуколец трахеи, у 5 больных трахеостомия располагалась на уровне 4-9 полуколец трахеи, у 3 больных – на 1-2 полукольцах трахеи. У всех пациентов трахеопищеводный свищ диагностирован на уровне стояния манжеты трахеостомической трубки и определен посмертно. Размер свища варьировался от 0,3 до 3 см. Трахеобронхит разной степени интенсивности в сочетании с пневмонией диагностирован у 23 пациентов, у 1 пациента диагностирована только пневмония.

Таким образом, длительное нахождение больных на ИВЛ до наложения трахеостомии приводит к развитию осложнений нижних дыхательных путей и пищевода. Своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи, динамический эндоскопический контроль слизистой оболочки трахеи с санацией трахеобронхиального дерева, подбор трахеостомической трубки соответствующей размерам трахеи пациента и контроль давления в раздувной манжете снижает риск развития трахеопищеводных свищей у реанимационных больных

Значение регионарного кровотока в реконструктивной хирургии нижних конечностей.

Кисляков И.П.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского, Москва

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения больных с посттравматическими заболеваниями нижних конечностей, нуждающихся в микрохирургической аутоотрансплантации тканевых комплексов.

Задачи 1. Изучить ближайшие и отдаленные результаты реконструктивных операций, изменения регионарного кровотока нижних конечностей. 2. Оценить влияние изменений регионарного кровотока на результаты реконструктивных вмешательств и частоту развития осложнений. 3. Обосновать необходимость изучения кровотока для выбора дизайна оперативного лечения и выявления факторов риска развития послеоперационных осложнений. 4. Определить оптимальный дизайн реконструктивных операций в зависимости от изменений показателей регионарного кровотока.

Материалы и методы. Ретроспективно оценен клинический опыт микрохирургического отдела РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского, где в период с 1990 по 2012 гг. 92 больным с посттравматическими заболеваниями нижних конечностей, выполнено 108 вмешательств с использованием микрохирургических аутоотрансплантатов.

Результаты лечения оценивались по развитию послеоперационных осложнений и функциональному исходу. Оценены показатели регионарного кровотока в процессе лечения по результатам ультразвуковой доплерографии, радиоизотопных исследований и ангиографии. Все пациенты делились на группы по 16 параметрам особенностей регионарного кровотока и дизайна хирургического лечения. Оценены абсолютные риски развития осложнений в основной группе и группе контроля. На основании рассчитанного относительного риска делалось заключение о влиянии того или иного фактора на исход реконструктивного лечения.

Результаты. У больных с осложнениями показатели линейной скорости кровотока (ЛСК) в дооперационном периоде в реципиентных артериях и артериях планируемого аутоотрансплантата составили $13,5 \pm 5,73$ см/с и $16 \pm 14,25$ см/с, соответственно, у больных без осложнений – $37,1 \pm 8,75$ см/с и $37 \pm 9,93$ см/с, соответственно. В послеоперационном периоде у больных с осложнениями показатели ЛСК и объемного кровотока в артериях аутоотрансплантата составили $25,75 \pm 18,19$ см/с и $9,9 \pm 7,05$ мл/мин, соответственно, у больных без осложнений – $30,29 \pm 10,29$ см/с и $14,45 \pm 13,55$ мл/мин, соответственно. Снижение ЛСК в реципиентных и донорских артериях в дооперационном периоде ниже 20 см/с повышает отно-

сительный риск развития послеоперационных осложнений до $5,333 \pm 0,520$ и $13,000 \pm 0,961$, соответственно, $p < 0,05$. Снижение ЛСК в артериях аутотрансплантата в послеоперационном периоде менее 25 см/с и объемной скорости кровотока менее 10 мл/мин повышает относительный риск развития осложнений до $3,600 \pm 0,983$ и $1,500 \pm 0,577$ ($p > 0,05$), соответственно. У больных с выявленными по данным УЗДГ и ангиографии стенотическими и окклюзивными поражениями магистральных артерий нижних конечностей наблюдается повышение относительного риска развития послеоперационных осложнений до $1,589 \pm 0,289$ и $2,250 \pm 0,842$ ($p > 0,05$), соответственно. У больных со снижением показателей кровотока в динамике по данным радиоизотопного исследования в раннем и отсроченном послеоперационных периодах наблюдается повышение относительного риска развития осложнений до $1,400 \pm 1,287$ и $1,250 \pm 0,742$ ($p > 0,05$), соответственно. Использование аутовенозных вставок более 8 см повышает относительный риск развития послеоперационных осложнений до $2,027 \pm 0,242$, $p < 0,05$.

Выводы 1. Частота развития осложнений, влияющих на исход лечения посттравматических заболеваний нижних конечностей с использованием реваскуляризируемых аутотрансплантатов, составила 19,4% в раннем послеоперационном и 21,3% в отсроченном периоде, что соответствовало 39,8% от общего количества выполненных операций. 2. Регионарный кровоток имеет непосредственное влияние на исходы реконструктивного хирургического лечения. 69,8% послеоперационных осложнений ассоциированы с различными его нарушениями, признанными факторами риска. 3. Все больные нуждаются в тщательном изучении регионарного кровотока в дооперационном периоде с использованием современных методов лучевой диагностики. 4. Оптимальным для устранения посттравматических дефектов нижних конечностей у больных с мягкоткаными и костно-мягкоткаными поражениями, в том числе осложненными хроническим остеомиелитом, является применение кожно-мышечных лоскутов. Для устранения костных дефектов предпочтительным является применение реваскуляризируемых надкостнично-кортикальных аутотрансплантатов. Оптимальным является использование в качестве реципиентного ближайшего к области дефекта неизмененного сосудистого пучка.

Коррекция деформаций передней брюшной стенки при избыточной массе тела.

Кожемяцкий В.М., Андреев П.В., Осипов Е.С.
Краевая клиническая больница, Барнаул

Абдоминопластика и дермолипэктомия являются весьма распространенными операциями в пластической хирургии. Особые сложности представляет группа пациентов после значительного снижения массы тела. При этом

наблюдается выраженный кожно-жировой фартук, избыточная толщина подкожно-жирового слоя, дряблость кожи, диастаз прямых мышц живота, наличие послеоперационных рубцов и грыж. При этом частота послеоперационных осложнений колеблется от 8 до 23%.

Цель исследования. Сравнить частоту осложнений при различных методиках коррекции брюшной стенки применительно к пациентам с избыточной массой тела.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 52 пациента (45 женщин и 7 мужчин; средний возраст составил 38 лет). Индекс массы тела от 36 до 42 кг/м². В 26 случаях снижение массы тела достигнуто консервативными мероприятиями, в 12 случаях значительное снижение массы тела достигнуто после выполнения бариатрической операции (бандажирование, рукавная резекция желудка). У 14 пациентов на фоне значительного избытка веса выполнено грыжесечение по поводу вентральной грыжи и дермолипэктомия. Согласно классификации предложенной В.В. Храпач (2004 г.) пациенты распределены следующим образом: 4 тип – 12 пациентов, 5 тип – 24, 6 тип – 14. Среди пациентов с вентральными грыжами были средние и обширные грыжи, по классификации Chevrel-Rath [2000] M3 – 8 пациентов, M4 – 4 пациента. По размерам: W2 – 5 пациентов, W3 – 8 пациентов. Коррекция апоневроза выполнена on-lay – 3 пациента, sub-lay – 4, с целью снижения риска развития синдрома внутрибрюшной гипертензии у 7 пациентов выполнена ненатяжная пластика апоневроза по методике В.И. Белоконева. Классическая абдоминопластика горизонтальным доступом с переносом пупка выполнена у 16 пациентов. Расширенная горизонтальная абдоминопластика по Lockwood выполнена в 28 случаях у пациентов с выраженным кожно-жировым фартуком после значительного снижения веса консервативными методами или после выполнения бариатрических операций. При этом удалялись большие участки кожно-жировой складки не только по центру, но и по боковым фланкам. Боковые участки лоскута дополнительно истончались. При ушивании раны складка поясничной области выравнивалась. У 8 пациентов в ходе выполнения грыжесечения выполнялась горизонтальная дермолипэктомия по Kelli. Комбинированная абдоминопластика с вертикальным и горизонтальным разрезами выполнена у 6 пациентов в ходе герниопластики. Фиксация отдельными швами подлоскутного пространства выполнялась в случаях мобилизации кожно-жировых лоскутов на значительных пространствах. Дренажирование операционной раны активными дренажами выполнено у всех пациентов, сроки нахождения дренажей от 2 до 7 дней. Компрессия послеоперационным поясом в течение 3-4 недель. Всем пациентам интраоперационное введение антибиотиков, после операции непрямыми антикоагулянты 5-7 дней.

Результаты. Раневые осложнения. Серомы по результатам ультразвукового исследования выявлялись у 45% пациентов, при этом клинически значимые выявлены у 6 пациентов, выполнялось дренирование под ультразву-

ковым контролем. Подкожные гематомы у 3 пациентов. Краевой некроз кожи отмечен у трех пациентов. В двух случаях расхождение краев раны, потребовавшее дополнительное наложение швов. Данные осложнения отмечены у пациентов с большой степенью ожирения, индекс массы тела более 36кг/м², при выполнении комбинированной абдоминопластики. Общие осложнения: пневмония – 2 случая. Тромбофлебит вен нижних конечностей в 3 случаях, ТЭЛА в 1 случаях.

Выводы. 1. Основной причиной раневых осложнений является ишемизация краев раны, что наблюдается при обширных мобилизациях и применении комбинированных абдоминопластик с вертикальным и горизонтальным разрезами. 2. Пациенты с избыточной массой тела имеют больший риск, как местных, так и общих осложнений. 3. С целью улучшения внешних результатов целесообразно удаление больших объемов кожи и клетчатки на боковых фланках, что позволяет более равномерно распределить края раны. 4. С учетом полученных результатов горизонтальные варианты абдоминопластики и дермолипэктомий являются более предпочтительными.

Алгоритм коррекция асимметрии молочных желез.

Кораблева Н.П., Жолтиков В.В., Бага Д.К., Андриевский А.Н., Морозов С.В.
Atribeaute Clinique, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Коррекция асимметрии молочных желез занимает все более значимое место в эстетической хирургии груди. По данным различных авторов, около 25% женщин имеют асимметрию, однако далеко не все из них обращаются за помощью. Различные формы асимметрии имеют разные методы коррекции. В клинике пластической хирургии (АПХ) с 2006 по 2014 гг. 75 пациенток были оперированы по поводу асимметрии, однако в 2015 году уже 48 пациенткам выполнялась коррекция асимметрии, что связано с правильным дооперационным заключением хирурга. Им выполнялись различные хирургические вмешательства в зависимости от формы асимметрии. Обычно операции носили сочетанный характер, поскольку имелось сочетание асимметрии, тубулярности и мастоптооза. В основном результаты операций оценивались как хорошие и удовлетворительные. На сегодняшний день, на наш взгляд, оптимальным вариантом решения проблемы пациентки является адекватная предоперационная оценка состояния пациентки и ее молочных желез. Правильное оценка позволяет уравновесить сочетание различных вариантов эндомаммопротезирования, мастопексии и редукции молочных желез, липосакции и липофилинга одновременно. Это дает возможность добиться хороших результатов за один этап оперативного вмешательства.

Каждый случай асимметрии индивидуален, что определяет творческий подход хирурга к выбору оперативной тактики у пациенток этой группы.

Реконструктивное лечение пациентов с последствиями ожогов с учетом особенностей эстетических единиц и субъединиц лица.

Короткова Н.Л., Иванов С.Ю., Меньшенина Е.Г., Сидорова Е.В.
Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр, Нижегородская медицинская академия, Нижний Новгород

У большинства пострадавших от ожогов поражаются открытые участки тела. Ожоги лица составляют 18-20% [Mueller R.V., 2006; D'Souza A.L., Nelson N.G., McKenzie L.B., 2009]. Рубцовые изменения, возникающие после ожогов, отличаются большим разнообразием и могут поражать любую область лица или все лицо полностью. При определении методов реконструкции необходимо учитывать особенности каждой области лица. При проведении работы использовали принцип выделения в области лица эстетических единиц и субъединиц – областей, воспринимаемых глазом как единое целое [Sherris D.A., Larrabee W.F., 2012], который определяет дифференцированный подход к устранению дефектов и деформаций лица, локализованных в каждой из них.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 178 пациентов (926 историй болезни) с последствиями ожогов лица в возрасте от 1 года до 74 лет, которым было выполнено 944 оперативных пособия на лице. Большинство операций (92,1%) были направлены на реконструкцию пораженных кожных покровов лица. При реконструкции использовали различные виды кожной пластики: свободную кожную пластику, пластику местными тканями, комбинированную кожную пластику, пластику лоскутами на питающей ножке из соседних анатомических зон (в том числе на сосудистой ножке), пластику кожно-жировыми, кожно-фасциальными лоскутами на питающей ножке из отдаленных участков тела, пластику лоскутами на микроанастомозах. При необходимости увеличения пластического материала использовали предварительное растяжение тканей с помощью экспандеров (20 наблюдений, 40 операций). Операции, направленные на реконструкцию костного и хрящевого остова лица с использованием ауто- и аллопластических материалов и синтетических имплантатов, составили 14 наблюдений (1,5%), коррекция рубцов с помощью хирургической лазерной системы – 50 наблюдений (5,3%) и операции, выполненные по методикам, принятым в эстетической хирургии (10 наблюдений, 1,1%). При проведении операций особое внимание уделяли восстановлению утраченных образований и областей лица в преде-

лах эстетических единиц и субъединиц лица. Для оценки эффективности проведенного лечения рассматривали функциональный и эстетический результат лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Отдаленные результаты прослежены у 115 пациентов. У всех пролеченных пациентов (100% случаев) получен положительный (хороший или удовлетворительный) результат. Неудовлетворительных результатов не отмечено. Во всех случаях удалось добиться улучшения функционального и эстетического состояния лица. У большинства пациентов (95,7%) добивались устранения функциональных нарушений, только у 5 человек (4,3%) результат оценен как удовлетворительный. Эстетический результат оценен как хороший в 69,5% случаях и удовлетворительный в 30,5%. Разработана балльная шкала оценки функционального и эстетического состояния пациентов с последствиями ожогов. Шкала позволила оценивать результаты проведенного лечения, показав значительное улучшение обоих показателей с 17,30 баллов до 10,47 (оценка функционального показателя) и с 20,70 до 14,07 баллов (оценка эстетического состояния). Результаты показали достоверное различие до и после лечения во всех группах пациентов, с приближением суммарной балльной оценки к показателю 10 по завершении реконструктивного лечения.

Заключение и выводы. Современные данные литературы (Скворцов Ю.Р., Кичемасов С.Х., 2013; Siemionov M., Gordon C.R., 2010; Villalpos J.L., Dziewulsky A., 2014) показывают, что, несмотря на успехи пластической хирургии, включившей в свой арсенал современные и высокотехнологичные операции, в том числе пересадку лица, далеко не всегда удается восстановить утраченную в результате ожога внешность человека. Важным принципом реконструктивного лечения последствий ожогов является выделение эстетических областей лица и проведение вмешательств с учетом границ именно эстетических единиц и субъединиц лица. Восстановление анатомических образований и кожных покровов лица в границах эстетических единиц и субъединиц лица позволяет осуществить рациональный выбор метода реконструкции и сделать хирургическую реабилитацию хорошо предсказуемой и результативной.

Роль патологии ЛОР-органов при лечении заболеваний репродуктивной системы женщин.

Кочнева А.О., Егоров В.И., Логутова Л.С., Слесаренко О.Ю.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Актуальность вопросов, связанных с изменениями в репродуктивной системе женщин, обусловлена растущим

уровнем женского бесплодия и невынашивания, поиском причин возникновения и способов их устранения. Повышение эффективности лечения патологии женской половой системы связано с исследованиями, направленными на изучение регуляторных механизмов репродуктивных процессов и факторов, оказывающих на них влияние. Особую роль при этом приобретают заболевания ЛОР-органов, в связи с их распространенностью среди населения и уже доказанным влиянием на функцию других систем организма. Наиболее часто встречающимися среди них являются: нарушение носового дыхания, вызванное искривлением перегородки носа, хронический риносинусит и хронический тонзиллит. Это позволяет рассматривать изучение данных заболеваний у женщин в качестве перспективного направления для решения задач по повышению результативности лечения патологии репродуктивной системы женщин.

Целью нашего исследования явилось доказать наличие патогенетического влияния ЛОР-патологии на репродуктивное здоровье женщин, и обосновать необходимость выявления и лечения ЛОР-патологии у женщин репродуктивного возраста при их бесплодии.

Материалы и методы исследования. В ЛОР-отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им М.Ф. Владимирского и ГБУЗ МО МОНИИАГ проводится набор пациенток репродуктивного возраста с нарушением менструального цикла и бесплодием или хроническим невынашиванием: 1 женщины с хроническим тонзиллитом, декомпенсированной формы. 2 с затруднением носового дыхания (хронические риносинуситы, искривление перегородки носа). Группой контроля явились здоровые женщины, обратившиеся в ГБУЗ МО МОНИИАГ с целью подбора средств контрацепции. Обследование до лечения ЛОР-патологии включало: осмотр врача гинеколога и оториноларинголога, определение гормонального статуса пациенток в соответствующие фазы менструального цикла: лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, пролактина, прогестерона, эстрадиола, тестостерона, дегидроэпиандростерона, а также электроэнцефалографию для оценки состояния высших регуляторных центров. Выполненное лечение: тонзилэктомия, эндоскопическая полисинусотомия или септопластика по показаниям. Через 3 месяца после хирургического лечения ЛОР-патологии проводилось повторное определение гормонального статуса пациенток. Первые полученные результаты показали, что до лечения патологии ЛОР-органов отмечалось отклонение от нормы показателей ФЛГ (в среднем – 1,5 мМе/мл, норма 1,9-12мМе/мл) и ЛГ (в среднем 13 мМе/мл, норма 2,5 – 10мМе/мл) и снижения уровня эстрогенов как у пациенток с хроническим тонзиллитом, так и при затруднении носового дыхания. Эти результаты можно расценивать как признак нарушения регуляции менструального на уровне гипоталамо-гипофизарного звена, что подтверждалось и изменениями на ЭЭГ. После лечения: тенденция к нормализации гормонального фона, восстановление

менструального цикла и как следствие, получение лучших результатов при лечении бесплодия у данных групп пациенток.

По первым полученным результатам можно сделать следующие выводы. Хронический тонзиллит и затруднение носового дыхания является неблагоприятными факторами, влияющими на гормональный фон, менструальный цикл и репродуктивную функцию женщин. При своевременном хирургическом лечении данных ЛОР-патологий имеется тенденция к нормализации гормонального фона и менструального цикла, что способствует восстановлению репродуктивной функции у женщин.

Этика и деантология в работе врача-косметолога и пластического хирурга.

Круглик Е., Круглик С.

Клиника косметологии и пластической хирургии, Калининград

Актуальность. Каждый из нас – кто реже, кто чаще, оканчивается пациентом косметолога или пластического хирурга. Вступая в эти взаимоотношения, человек вверяет профессионалу самое ценное – здоровье, достоинство, даже саму жизнь. Но даже самый высокий профессионал сам по себе не принесет пациенту блага, если не будет опираться на самые высокие моральные качества специалиста – его понимание долга и ответственности, на чувство сострадания и внимания. В связи с бумом развития косметологической промышленности некоторые компании-продавцы завышают ожидания от оборудования и внедряют в практику врага несертифицированные продукты на рынке, при этом часто мы сталкиваемся с завышенными ожиданиями пациентов, так как многие черпают информацию из интернета, СМИ. Этика и деантология при общении с пациентом и с коллегами очень актуальна сейчас для получения максимально возможного результата.

План. Деонтология между врачами-косметологами. Деонтология между врачами косметологами и пластическими хирургами. Тандем в работе: Косметолог – Пластический хирург – Гинеколог – Стоматолог. Статистические данные по работе клиники за 2013, 2014 годы в рамках тандема.

Выводы. Представленные подходы с учетом этических норм деонтологией между врачами дает максимально возможный результат для пациента и врача.

Осложнения при имплантации нерассасывающихся нитей.

Круглик Е., Круглик С.

Клиника косметологии и пластической хирургии «Внимания и Понимания», Калининград

Актуальность: Развитие современных малоинвазивных методов расширили возможности косметологами, что привело к тому, что пациенты охотно идут на процедуры, направленные на омоложение без разрезов, без наркоза и с минимальным реабилитационным периодом. Это вызвало бунт в нитевых подтяжках и вместе с тем, появились осложнения, которые не всегда может в одиночку решить частнопрактикующий косметолог в небольшой клинике.

Цель исследования. Разработка классификации осложнений, связанных с использованием нерассасывающихся нитей. Обобщить причины этих осложнений и разработать пути решения этих ситуаций.

Материалы и методы. Клиническую группу составили 525 пациентов, которым была проведена имплантация нерассасывающихся нитей в период с 2012-2015 гг. средней трети лица, а также лифтинга лба.

Результаты. Представлены результаты соответствующих манипуляций, у которых мы выполняли видимые признакиптоза средней, нижней трети лица, шеи или лба. В большинстве случаев были получены хорошие и удовлетворительные результаты. Были и осложнения у 27 человек (II и III уровня), кроме этого были обращения в клинику «Внимания и Понимания» с жалобами после имплантации в других учреждениях, а именно 17 человек в период с 2013 по 2015 годы.

Выводы. На основе имеющихся у нас данных мы обобщили весь материал и представили свою классификацию осложнений после использования нерассасывающихся нитей. Выявили причину осложнений и предложили пути решения.

Тандем пластического хирурга и косметолога.

Круглик Е., Круглик С.

Клиника косметологии и пластической хирургии «Внимания и Понимания», Калининград

Актуальность. Устранение инволютивных изменений нижней средней трети лица, а также лифтинг лба и омоложение области глаз (с иссечением грыж) пользуется большим спросом и набирает все большую популярность при решении этих проблем с помощью малоинвазивной косметологии и пластической хирургии с минимальным реабилитационным периодом и возможностью быстро вернуться в свой ритм жизни.

Цель. Разработка новых схем комбинированного лечения пациентов врачами-косметологами в тандеме с пластическим хирургом для получения максимально возможного результата с минимальным периодом реабилитации.

Материалы и методы. Предлагается оригинальная техника прошивания нерассасывающихся нитей на основе полиэфира с силиконовыми насечками, которая в необходимых случаях вместе с блефаропластикой (клас-

сической, трансконъюнктивной, лазерной), позволяет получить качественный, долговременный результат значительного омоложения лица, шеи.

- Нитевая подтяжка и перемещение объемов.
- Концепция фиксации объемов лица.
- Пластика век.

Результаты. Представлены результаты соответствующих манипуляций и операций, выполненных более чем у 100 пациентов, у которых мы устраняли видимые признакиптоза мягких тканей лица, шеи в комплексе с блефаропластикой по конкретному алгоритму. Подробный обзор клинической ситуации с комментариями.

Выводы. Представленные подходы в тандеме косметолога и пластического хирурга стареющего лица, шеи, области глаз дают максимально возможные результаты без наркоза с минимальным реабилитационным периодом.

Пластика множественного пневмоцеле при гиперпневматизации височной кости.

Крюков А.И., Гаров Е.В., Зеленкова В.Н., Степанова Е.А., Мепаришвили А.С.
Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

Пневмоцеле и пневмоэнцефалоцеле височной кости – редко встречающаяся патология. Выделяют спонтанное пневмоцеле и обусловленное различными причинами. Описаны случаи формирования пневмоцеле при нейрохирургических вмешательствах, хирургическом лечении отолитовых кристаллов, после кохлеарной имплантации, а также вследствие травматических повреждений височной кости, опухоли, дегенеративных и инфекционных процессов (Roberts G. et al., 1996; Hagr A., Bance M., 2007; Hong K-S., Park K., 2010). В литературе имеются единичные обзоры, посвященные диагностике, этиологии и хирургическому лечению спонтанного пневмоцеле (Rabbello F., 2013). За последнее время описано около 14 случаев спонтанного пневмоцеле и пневмоэнцефалоцеле. Наиболее часто спонтанное пневмоцеле обусловлено гиперпневматизацией сосцевидного отростка, а при наличии дефектов костных структур височной кости приводит и к формированию пневмоэнцефалоцеле. Основным методом диагностики является мультиспиральная компьютерная томография (КТ), которая позволяет определить локализацию дефектов костных структур височных костей, распространение пневмоцеле и пневмоэнцефалоцеле. В литературе нет единого мнения по поводу объема операции и использования пластических материалов для закрытия дефектов костных структур при спонтанном пневмоцеле. Выполнялись субтотальная мастоидэктомия с облитерацией дефектов мышцей, жиром с биоклеем, использовались фасция, хрящ, костный воск и гидроксипатит, в том числе с ок-

клюзией слуховой трубы (Vallejo L., 1999; Mahabir R., 2004; Hong K-S., Park K., 2010; Rabbello F. et al., 2013). При этих методах рецидива пневмоцеле, пневмоэнцефалоцеле не наблюдалось. Представляем случай диагностики и хирургического лечения пациента с спонтанным множественным пневмоцеле. Пациент Д., 16 лет отметил появление опухоли в правой височно-затылочной области и небольшое снижение слуха после того как чихнул, в связи с тем обратился в НИКИО им. Л.И. Свержевского. При осмотре выявлено эластичное образование с четкими контурами, безболезненное в правой височно-затылочной области. При отомикроскопии – правый наружный слуховой проход сужен за счет нависания кожи задне-верхней стенки. В пробе Вальсальвы отмечается увеличение сужения слухового прохода. Барабанная перепонка не изменена. Слух на правое ухо сохранен в пределах нормы. По результатам мультиспиральной КТ височных костей справа выявлена гиперпневматизация сосцевидного отростка с большим количеством клеток с тонкими стенками. Вдоль наружной поверхности височной кости в мягких тканях определялась воздушная полость, которая распространялась в затылочную область и наружный слуховой проход. Имелись отдельные воздушные полости интракраниально в задней черепной ямке по краю сигмовидного синуса и у верхушки сосцевидного отростка. Для устранения множественного пневмоцеле была выполнена расширенная антромастоидотомия с пластикой созданной мастоидальной полости. Интраоперационно был выявлен обширный дефект кортикального слоя. Сосцевидный отросток – гиперпневматизирован. Удалены клетки сосцевидного отростка, вскрыт антрум и скелетирован сигмовидный синус. Аутофасцией и аутомышцей затампонирован антрум, мастоидальная полость запломбирована аутожировой тканью. В раннем послеоперационном периоде рецидива пневмоцеле не определялось. При осмотре образования в правой височно-затылочной области не выявлено. При отомикроскопии слуховой проход широкий, барабанная перепонка не изменена. Слух у больного сохранен на дооперационном уровне. Данный случай свидетельствует о многообразии патологии височной кости и варианте лечения множественного пневмоцеле височной кости при гиперпневматизации височной кости.

Стентирование преддверия носа при хирургическом лечении рубцового стеноза.

Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Товмасын А.С., Усачева Н.В., Чумаков П.Л.
Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

Функциональная недостаточность носового клапана – одна из актуальных проблем современной оториноларинго-

гии. В большинстве случаев к сужению носовых клапанов приводят ринопластические хирургические вмешательства, когда хирург сознательно идет на сужение угла костно-хрящевой пирамиды наружного носа. В таких случаях в основном страдает внутренний и наружный клапаны носа. Несмотря на то, что эстетические хирургические вмешательства занимают лидирующее место в функциональных расстройствах носового дыхания, интраназальные операции, проводимые оториноларингологами, также могут осложниться недостаточностью носовых клапанов. В этих случаях в основном страдает наружный носовой клапан, при этом происходит рубцовое сужение поперечного размера нижних отделов преддверия носа. Просвет поврежденной ноздри уменьшается, она принимает щелевидную форму вплоть до неполной атрезии. Необходимо отметить, что послеоперационная деформация преддверия носа, ведущая к функциональной недостаточности наружного носового клапана, является редким ятрогенным осложнением после хирургической коррекции перегородки носа. По нашим данным рубцовая деформация преддверия носа составляет 1,32% от общего числа больных, реоперированных в НИКИО им. Л.И. Свержевского. Лечение данного контингента больных только хирургическое, но на сегодняшний день отсутствию четкие рекомендации по особенностям ведения послеоперационного периода, обеспечивающие формирование нормального просвета ноздри.

Цель работы: повышение эффективности хирургического лечения рубцовой деформации преддверия носа, вызывающей функциональную недостаточность наружного носового клапана, посредством разработки оригинальной методики стентирования.

Материалы и методы. В разработке стента за основу мы взяли анатомическую септальную шину, разработанную А.И. Крюковым и соавт. Передненижний отдел сплинта мы дополнили узкой силиконовой пластиной, шириной 0,8-1,0 см и длиной 4,5-5,0 см, отходящей под прямым углом от его нижней кромки и находящейся в едином блоке. После иссечения рубца и проведения Z-образной пластики преддверия носа мы устанавливали разработанный нами стент, который фиксировал перегородку носа, а его дополнительная порция («язык») после сворачивания формировала просвет оперированной ноздри. В противоположную половину носа устанавливали стандартную семиугольную шину. Оба стента фиксировали по методике А.И. Крюкова и соавт. По данной методике пролечено 5 пациентов с послеоперационной рубцовой деформацией преддверия носа. Всем больным проводили антибактериальную терапию, туалет носа, анемизацию и мазевые аппликации Метилурацил. Срок стентирования составил 21 день, после чего сплины удаляли. Отдаленный срок наблюдения за больными составил 60 дней. В результате проведенного хирургического лечения у всех пациентов был сформирован нормальный просвет ноздри, признаки недостаточности носового клапана отсутствовали.

Таким образом, разработанная нами методика хирургического лечения рубцовой деформации преддверия носа

с дисфункцией наружного клапана может быть рекомендована к практическому применению.

Предотвращение гипертензионной реакции в первые часы после омолаживающей операции на лице.

Кузьмин В.В., Нудельман Н.С., Бузов Д.А.
Центр косметологии и пластической хирургии,
Уральский государственный медицинский
университет, Екатеринбург

Гипертензия в раннем послеоперационном периоде при лифтинговых операциях на лице повышает риск развития гематомы в области операции. Нормального уровня артериального давления (АД) в послеоперационном периоде можно достичь за счет применения после операции анальгетиков, антигипертензионных и противорвотных препаратов. Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности эбрантила и клофелина в предотвращении гипертензионной реакции в первые часы после омолаживающей операции на лице.

Материалы и методы исследования. Проспективное, нерандомизированное, контролируемое исследование у пациентов, поступивших на операции открытого или комбинированного лифтинга лица, проведено в период с 2013 по 2014 гг. По характеру антигипертензивной терапии пациенты с АГ были разделены на две группы: первая группа (эбрантил) – 15 и вторая группа (клофелин) – 30 пациентов. Группу контроля составили 30 пациентов без АГ. Урапидил (Эбрантил®) начинали вводить внутривенно со скоростью 10 мг/час перфузором (Perfusor® compact, B|Braun Medical) за 1-1,5 часа до окончания операции (на этапе ушивания кожного лоскута) с дальнейшей инфузией в ближайшие 12-14 часов после операции. Клофелин вводили внутривенно в дозе 0,05 мг дважды: перед экстубацией трахеи и при поступлении пациентов в палату интенсивной терапии (ПИТ). Измеряли систолическое (АДсис) и диастолическое артериальное давление (АДдиаст) с интервалом в 15 мин в течение 4-х часов после поступления пациентов в ПИТ. Регистрировали: абсолютное значение АДсис и АДдиаст, количество пациентов и эпизодов повышения АДсис > 140 мм рт. ст. и АДдиаст > 90 мм рт. ст., количество пациентов и эпизодов повышения АДсис > 140 мм рт. ст. и АДдиаст > 90 мм рт. ст. продолжительностью более 30 мин, количество пациентов и количество эпизодов с АДсис < 90 мм рт. ст., частоту дополнительного назначения гипотензивных препаратов для поддержания АДсис < 140 мм рт. ст.

Результаты исследования. Во 2-й группе по сравнению с 1-й группой величина АДсис была выше при поступлении в ПИТ и на 15 минуте на 12,3% ($p < 0,001$) и на 5,4% ($p = 0,04$) соответственно. Величина АДдиаст была также существенно выше во 2-й группе по сравнению с 1-й группой при поступлении, 15, 30, 90, 105 и 120 минутах исследования. Через два часа после поступления в ПИТ отсутствовали су-

ущественные межгрупповые различия по этим показателям. При сравнении 1-й группы с группой контроля не выявлено существенных различий в значениях АДсист и АДдиаст на всех этапах исследования. При этом вариабельность АДсист была ниже в 1-й группе по сравнению со 2-й группой и с группой контроля на 41,9% ($p < 0,001$) и на 29,7% ($p < 0,001$). Также отмечено уменьшение вариабельности АДдиаст в 1-й группе по сравнению со 2-й группой и с группой контроля на 30,8% ($p < 0,001$) и на 24,9% ($p < 0,001$). Количество пациентов с АДсист > 140 мм рт. ст. во 2-й группе в сравнении с 1-й группой и группой контроля было выше на 56,6% ($p < 0,001$) и на 43,3% ($p = 0,001$). Также во 2-й группе в сравнении с 1-й группой и группой контроля количество пациентов с АДдиаст > 90 мм рт. ст. было выше на 46,6% ($p = 0,003$) и на 33,3% ($p = 0,015$). Количество эпизодов повышения АДсист было также существенно меньше в 1-й группе и группе контроля по сравнению со 2-й группой (1,6 и 3,9% против 13,1%), аналогичная картина наблюдалась и с повышением АДдиаст (0,4 и 2,3% против 8,0%). Повышение АД потребовало более частого дополнительного назначения антигипертензивных средств во 2-й группе по сравнению с 1-й и контрольной группами (36,6% против 6,5 и 10%). Количество пациентов с повышением АДсист более 30 мин также было значительно больше во 2-й группе по сравнению с 1-й и контрольной группами (30% против 0 и 3,3%). При этом во 2-й группе в первый час пребывания в ПИТе повышение АД наблюдалось у 56,7%, во второй час – у 20%, в третий час – у 6,7% и в четвертый час – у 13,3% пациентов. В то время как, в 1-й группе и в группе контроля через два часа после поступления в ПИТ не отмечено повышения АД выше контрольных значений. В исследовании отсутствовали существенные различия между группами по количеству пациентов и частоте эпизодов снижения АДсист < 90 мм рт. ст. Выводы. Всем пациентам после омолаживающих операций на лице необходимо проводить динамический мониторинг артериального давления не менее двух часов после операции. Инфузионная методика введения эбрантила превосходила по эффективности болюсное введение клофелина у пациенток с артериальной гипертонией.

Проведение симультанных операций для улучшения эстетических результатов хирургического лечения пациентов с аномалиями развития челюстей.

Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Лонская Е.А.
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение. Ортогнатическая хирургия является основным методом лечения пациентов с аномалиями развития и деформациями челюстей. На сегодняшний день челюстно-лицевой хирург должен спланировать и выполнить ортогнатическую операцию так, чтобы максимально удовлетворить функцио-

нальные и эстетические требования пациента. В связи с этим широкое распространение получило проведение симультанных операций, направленных на достижение подобных результатов в рамках одного оперативного вмешательства. В работах последних лет доказана безопасность и эффективность проведения одномоментной коррекции деформаций челюстей и септоринопластики, остеотомии скуловых костей, остеотомии подбородка, липофилинга, липосакции и так далее.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2015 гг. симультанные операции были проведены 75 пациентам с различными формами зубочелюстных деформаций. Предоперационное планирование включало ортогнатический и эстетический этапы операции. Для определения и анализа морфометрических изменений костных и мягкотканых структур челюстно-лицевой области до и после выполнения симультанных операций были использованы наиболее современные методы инструментальной диагностики: КЛОТ, МСКТ, УЗИ, программы трехмерного планирования. Эстетические операции выполняли после перемещения челюстей и их фиксации для достижения хорошего эстетического результата и восстановления баланса и гармонии между основными эстетическими структурами лица. Одномоментно с ортогнатической операцией 40% пациентов выполнили остеотомию подбородка, 20% – ринопластику, 20% – одностороннюю или двустороннюю остеотомию скуловых костей, 20% – липофилинг различных зон лица.

Результаты. В результате симультанной операции челюстно-лицевые деформации были устранены у всех пациенток (100%). Для оценки ортогнатического этапа проводили КЛОТ в послеоперационном периоде – через 6 и 12 месяцев. Для оценки эстетического результата сравнивали положение мягких тканей при помощи совмещения дооперационных и послеоперационных трехмерных моделей головы пациента. Также проводили опрос пациентов на предмет удовлетворенности эстетическими результатами операции через 6, 12 и 18 месяцев после операции. Все пациенты были удовлетворены результатами проведенного лечения и оценивали их как «очень хорошие» (85%) и «хорошие» (15%).

Выводы. Проведение симультанных операций обладает рядом преимуществ с функциональной, эстетической, психологической и экономической точки зрения, так как позволяет эффективно корректировать функциональные и эстетические проблемы в рамках одного хирургического вмешательства.

Методы реконструктивно-пластической хирургии в комбустиологии.

Лакатош К.О., Гречихин О.В.
Воронежская областная клиническая больница №1, Воронеж

Основным методом пластики обожженных является аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом. Не

умоляя его преимуществ, следует отметить и его недостатки:

1. Невозможность использования при травме витально значимых зон.
2. Неблагоприятный исход кожной пластики обнаженных стволов нервов, магистральных сосудов, костей, суставов, сухожильного аппарата.
3. Зависимость от состояния трофики подлежащих тканей.
4. Неудовлетворительный результат при лечении функционально значимых зон.
5. Неудовлетворительный эстетический результат.
6. Длительность лечения. Использование васкуляризованных комплексов тканей ограничено в силу объективных и субъективных причин.

Цель: повышение эффективности хирургического этапа лечения и улучшения качества жизни пострадавших от глубокой термической травмы в функционально и эстетических значимых областях.

Материалы и методы. Накоплен опыт лечения 166 пациентов с глубокими термическими поражениями головы и шеи [52], верхней конечности и плечевого пояса [71], нижней конечности [43]. Из них мужчин было 117, женщин – 49. Лица старше 50 лет составили 67,7%. У пациентов старшего и пожилого возраста выявлялась сопутствующая патология, что увеличивало риск развития послеоперационных осложнений. Следует отметить, что в группе пациентов трудоспособного возраста также выявлялись клинически значимые сопутствующие заболевания, трофические расстройства. 108 больных проводилось лечение по поводу глубокой ожоговой травмы. У 32 пациентов имелось поражение двух и более функционально значимых зон. У 121 пациента проводилось первичное восстановление целостности покровных тканей. Сроки проведения оперативного вмешательства составили от 5 часов до 3 месяца после получения травмы. Ранние сроки обусловлены угрозой развития витальных нарушений, отдаленные – необходимостью стабилизацией общего состояния пострадавшего и купирования манифестирующих признаков общего и местного гнойно-септического процесса. 45 пациента оперированы через 6-12 месяцев. В этой группе отмечалось неблагоприятное течение раннего восстановительного периода – прогрессирующая контрактура, некорректируемый местный гнойно-септический процесс вследствие трофических нарушений, вызванных неудовлетворительной васкуляризацией тканей. Всего было применено 139 различных аутотрансплантатов. Из них кожно-фасциальных лоскутов – 54, мышечных лоскутов – 22, кожно-мышечных – 54, модифицированных кожно-мышечных, с преобладанием кожного элемента 9. Высокая эффективность метода одномоментного первичного восстановления покровных тканей позволила снизить летальность и сократить процент оргоуносящих операций.

Результаты. Общие сроки лечения сократились на 1-1,5 года, включая период реабилитации. Кроме того, удалось

снизить риск возникновения вторичных патологических изменений вследствие трофических нарушений скомпрометированной области и окружающих тканей. Все это позволило вернуть пациента к нормальной жизни вплоть до полной социально-бытовой и трудовой реабилитации.

Выводы. Современные хирургические технологии с использованием прецизионной техники позволяют эффективно закрывать дефекты на стадии первичного восстановления целостности покровных тканей, возникших вследствие глубокой термической травмы витально-, функционально- и эстетически значимых зон. Использование комплексов тканей с осевым характером кровоснабжения позволяет:

1. Снизить летальность.
2. Сократить сроки восстановления ожоговых дефектов покровных тканей.
3. Сократить сроки социально-бытовой и профессиональной реабилитации обожженных.
4. Сократить количество повторных операций.

Ринопластика: от «простого» к «сложному» и обратно.

Лебедев Ю.Г.

Липецкая городская больница скорой медицинской помощи №1, Липецк

Ринопластика в нашей клинике проводится на протяжении 20 лет. За этот период был изучен достаточно большой теоретический материал, помимо самостоятельной работы принимали участие в операциях (или присутствовали на них) во многих клиниках России и за рубежом. И если вначале своей практической деятельности мы опирались на стандартные методики операций, предложенные классиками коррекции носа, то в последующем, особенно в последнее время, нами использовались модификации, представляющие собой полную реконструкцию носа. Первый вид операций мы назвали условно «простыми» (условно потому, что простых операций не может быть по определению), второй вид условно «сложными».

Целью нашего исследования было проведение сравнительной оценки результатов коррекции носа, с тем, чтобы установить преимущества одних видов операций над другими.

Материалом исследования являлись 315 операций, проведенных у 312 пациентов, в период с 1994 по 2014 годы. 108 (34,4%) операций произведено по поводу приобретенных деформаций носа, 207 (65,6%) по эстетическим показаниям. В 130 (41,3%) случаях применялась открытая, в 185 (58,7%) закрытая ринопластика. Женщин было 272 (86,5%), мужчин – 43 (13,5%). Под местной анестезией выполнено 85 (26,9%) вмешательств, под наркозом – 230 (73,1 %). Возраст пациентов составил от 17 до 45 лет. Количество осложнений – 8 (2,5%), из

них потребовавших повторной оперативной коррекции – 4(1,3%). Пациенты были разделены на две группы, в каждой из которых подобраны случаи соотносимые друг другу по возрасту, полу, характеру деформации носа. В первой группе были собраны пациенты, оперированные в клинике с 1994 по 2003 годы, во второй с 2004 по 2014 годы. В первой группе было 102 пациента, во второй – 111 (среди числа обследованных), в сроки от 1 до 19 лет после операции. При оперативных вмешательствах в первой группе применялись традиционные классические методики (в основном закрытый доступ, экономная резекция латеральных крыльных хрящей и терминального отдела хряща перегородки носа, остеотомия крыши носа и боковая остеотомия, использование аутоимпланта на спинку носа при необходимости). Во второй группе – модифицированные способы ринопластики (в основном открытый доступ, весь набор из оперативных приемов первой группы, плюс реконструкция кончика носа – сшивание медиальных ножек на стропилке, междупольные и надкупольные швы, извлечение и трансформация хряща перегородки носа, укрепление спинки носа трансплантатами и др.). При оценке результатов вмешательств учитывалось: правильное восстановление анатомических структур, функциональная и эстетическая составляющие операции, отсутствие осложнений. Такой критерий, как удовлетворенность пациентом результата операции, нами не рассматривался, поскольку является глубоко субъективным. Оценка результатов проводилась как хирургом проводившим вмешательство, так и хирургами других клиник, ЛОР специалистами, художниками, профессиональными фотографами (эстетическая составляющая).

Результат оказался, на первый взгляд, парадоксальным. Заметной (качественной) разницы при оценке «простых» и «сложных» вмешательств выявлено не было. Анализируя полученный результат, мы пришли к заключению, что внедрение новых модификаций ринопластики не всегда является гарантией к успеху операции. В ряде случаев это приводит к тому, что мы полностью разрушаем нос и собираем его вновь по заданной нами же программе, не обращая внимания на биомеханизм взаимодействия тканей носа между собой, реакции их на шовный материал (или на любой из видов имплантов), процесс естественного образования рубцов, возрастные изменения окружающих тканей лица в отдаленном послеоперационном периоде и др. Зачастую действуя по шаблону, мы получаем одинаковые по форме носы у людей с различными отличиями (анатомического, расового, возрастного характера), что разрушает гармонию лица в целом.

Выводы. 1. Для достижения необходимого результата нет необходимости в чрезмерном усложнении вмешательства. 2. Подход к проведению ринопластики должен быть сугубо индивидуальным, в зависимости от каждого конкретного случая. 3. «Сложные» вмешательства целесообразно проводить при грубых деформациях носа или при повторной ринопластике.

Показания для экстракорпоральной септопластики.

**Липский К.Б., Сидоренков Д.А.,
Аганесов Г.А., Горячих О.А.**

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Научно-образовательный клинический центр Пластической хирургии, Москва

Выполнение реконструкции перегородки носа после обширной резекции является трудной задачей, особенно когда главные ее части дестабилизируются, отклоняются или вовсе отсутствуют. При тяжелой травме носа перегородка может повреждаться на любом из уровней, давая сложную деформацию с последующей девиацией, и на стыке костной и хрящевой части зачастую образуются костные шипы. В дальнейшем мы сталкиваемся с проблемой, где для последующей септопластики нам критически не хватает хрящевой ткани. Интраоперационно деформированная перегородка носа, часто искривленная на любых уровнях, отстающая от центральной оси, а сама ткань выглядит как избыточный или дряблый и атрофичный хрящ с линиями переломов. Во всех этих случаях устранить деформации перегородки и наружного носа возможно посредством экстракорпоральной септопластики.

Цель и задачи исследования. Выделить показания, когда экстракорпоральная септопластика является единственным верным решением.

Материалы и методы. В ряду долгосрочных наблюдений за пациентами, которым была выполнена подслизистая резекция по Киллиану с ее модификациями, стали показывать такие осложнения, как: потеря опорной структуры носа, седловидную деформацию носа, втяжение колумеллы. Стало понятно, что носовая перегородка имеет значительное и решающее влияние на форму и аэродинамическую функцию носа. Выполняя манипуляции на искривленной носовой перегородке, многие врачи недооценивают ее анатомическую структуру, которая затем, после хирургического вмешательства, может дать девиацию и повторную деформацию наружного носа и как следствие затруднение носового дыхания. Эра задокументированных исследований показала, что искривление носовой перегородки, как правило, может возникнуть в результате травмы носа, предыдущей операции или врожденного порока развития.

Выводы. Таким образом, после комплексной оценки эстетических и аэродинамических параметров наружного носа и отдаленных послеоперационных результатов, с выявлением причин и степени отклонения носовой перегородки. По нашему мнению, можно выделить показания, когда экстракорпоральная септопластика является единственным верным решением. Как следствие – это врожденная аномалия развития носовой перегородки, состояние после обширных травм и ятрогенная деформация носовой перегородки.

Наш опыт использования измельченного хряща для аугментации наружного носа при вторичной ринопластике.

**Липский К.Б., Сидоренков Д.А.,
Аганесов Г.А., Малахов А.А.**
Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова,
Научно-образовательный клинический центр
Пластической хирургии, Москва

Вторичная ринопластика была и остается одной из самых сложных операций в пластической хирургии. Изменение формы носа по эстетическим и/или функциональным соображениям всегда сопряжено с определенными сложностями, которые бросают вызов профессиональным навыкам хирурга. Одной из наиболее острых проблем, с которыми приходится сталкиваться хирургам – недостаток тканевых трансплантатов в оперируемой области, необходимых для достижения хороших эстетических результатов. Применение хрящевых ауто- и аллотрансплантатов значительно облегчает и упрощает решение задач по реконструкции носового скелета, устранению объемных и камуфлированию поверхностных дефектов.

Цель и задачи исследования. По данным литературы доказано преимущество использования измельченного хряща при реконструкции и/или камуфлировании поверхностных дефектов спинки носа. Это побудило нас к проведению собственного исследования эффективности данной методики на основе анализа и оценки собственных клинических материалов.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2014 гг. нами была проведена 191 ринопластика, среди которых 140 первичных и 51 вторичная (все пациенты ранее были прооперированы в других клиниках). Срок послеоперационного наблюдения составил от 3 до 12 месяцев. У 71 пациента (в 37% случаев) мы использовали измельченный хрящ для аугментации и/или камуфлирования поверхностных дефектов спинки носа. Приоритетным материалом при проведении таких операций для нас являлся собственный хрящ перегородки носа, уха или ребра пациента. В случаях, когда аутохряща было недостаточно и/или пациенты были против забора ушного или реберного хрящевых аутоаллотрансплантатов, мы использовали заготовленный донорский хрящ, прошедший специальную обработку. При подготовке материала для трансплантации мы нарезали хрящ лезвием скальпеля на кубики размером не менее 0,5 мм до получения однородной массы. Далее мы собирали полученную массу хряща в инсулиновый шприц объемом 1 мл. Завершающим этапом операции мы распределяли заготовленный хрящевой трансплантат поднадкостнично и/или поднадрящечно в реципиентной зоне.

Результаты. Во всех случаях нами и пациентами были отмечены положительные эстетические результаты операций. Не было случаев отторжения, а также резорбции используемого нами пластического материала, что подтвердило результат проводимых нами ранее гистологических исследований.

Выводы. Измельченный хрящевой трансплантат является уникальным биологическим материалом с большим потенциалом для его применения в ринопластике. Наш опыт использования измельченного хряща указывает на его высокую эффективность и безопасность при аугментации и/или камуфлирования поверхностных дефектов спинки носа, как при первичных, так и при вторичных операциях на носу.

PRGF-ассоциированный липофилинг в интимном омоложении.

Лонская Е.А.
Клиника косметологии и пластической хирургии
Beauty Trend, Москва

Введение. Липофилинг обладает неоспоримым преимуществом по сравнению со всеми препаратами, используемыми для контурной пластики интимной зоны, благодаря его абсолютной биосовместимости. Клинический опыт применения аутожира с препаратами богатой тромбоцитами плазмы с целью устранения инволюционных изменений аногенитальной области позволяет корректировать и устранять деформации и асимметрию половых губ, восполнять объемы подкожно-жировой клетчатки при атрофии больших половых губ, корректировать инволюционные изменения тканей вульвы и т.д. Материалы и методы. В период с 2014 по 2015 гг. нами было прооперировано 12 женщин (средний возраст 38 лет) с жалобами на инволюционные изменения тканей вульвы (100%), дряблость и атоничность кожи (80%), асимметрию больших половых губ (20%), сухость кожи в области наружных половых органов (40%), снижение качества сексуальных ощущений (50%). Всем пациенткам был выполнен PRGF-ассоциированный липофилинг, соотношение аутожир/плазма составил 4 к 1. Средний объем аутожира, использованного для проведения коррекции, составил 35 мл.

В результате проведения PRGF-ассоциированного липофилинга инволюционные изменения тканей вульвы были устранены у всех пациенток (100%). По результатам опроса все пациенты (100%) были удовлетворены результатами проведенного лечения и оценивали полученные эстетические результаты как отличные (75%) и хорошие (25%).

Выводы. PRGF-ассоциированный липофилинг является эффективным и безопасным методом коррекции инволюционных изменений наружных половых органов.

Абдоминопластика через срединный доступ – показания и методика.

**Мантурова Н.Е., Шарбаро В.И.,
Авдеев А.Е., Баева А.А., Романец О.П.**
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Институт хирургии им. А.В.Вишневского, Москва

Введение. В большинстве случаев абдоминопластика выполняется через поперечный разрез в гипогастральной области. Однако в ряде клинических ситуаций оптимальный результат с наименьшим травматизмом может быть достигнут через срединный доступ, чаще используемый в общей хирургии. Эстетическими осложнениями срединного доступа являются послеоперационные деформации передней брюшной стенки, непривлекательные, асимметричные, длинные и (или) широкие рубцы. Эти осложнения ограничивают социальную активность пациентов, а некоторые из них требуют оперативной коррекции.

Пациенты и методы. Основываясь на анализе литературы и опыте выполнения 114 абдоминопластик за последние 12 лет (2003-2014 гг.), из которых 12 были выполнены через срединный доступ, авторы провели анализ показаний и методики подобной абдоминопластики для оптимизации результатов и выявления причин, вызывающих осложнения и(или) неудовлетворенность пациентов.

Результаты. Систематизированный подход с учетом нижеперечисленных факторов позволил достичь хороших эстетических результатов у всех 12 пациентов. 1. Определение правильных показаний к абдоминопластике через срединный доступ: множественные стрии в околопупковой области, наличие послеоперационных или иных рубцов, или татуировок, которые невозможно удалить при традиционном аркуатном разрезе, необходимость проведения оперативного вмешательства на органах брюшной полости, которое также затруднительно выполнить при разрезе в гипогастрии. 2. Важным аспектом удовлетворения пациента является его информированное согласие на данное вмешательство. 3. Пластика мышечно-апоневротической передней брюшной стенки, выполняемая практически всегда при абдоминопластике, не должна вызывать значимого повышения внутрибрюшного давления, так как именно это определяет послеоперационную боль, дискомфорт, ведет к прорезыванию швов и к деформации рубцов в отдаленном периоде. При необходимости для укрепления предпочтительнее использовать имплантаты из полипропилена. 4. Профилактика некрозов заключается в сохранении кровоснабжения мобилизованных лоскутов. Поэтому при «прямой» липэктомии ее не следует выполнять поверхностнее фасции Scarpa. 5. Удаление недостаточного количества кожи и подкожной клетчатки ведет к послеоперационным деформациям, а избыточного – к некрозам, расхождению краев раны и широким заметным, послеоперационным рубцам. Именно адекватное количество иссекаемой кожи

во многом определяет результат операции и удовлетворенность пациента. 6. Фиксация линии шва несколькими узловыми швами к мышечно-апоневротической передней брюшной стенке по срединной линии позволяет избежать послеоперационной деформации рубца. 7. Образующиеся при больших объемах иссечения избытки кожи в углах раны целесообразно устранять коротким поперечным дополнительным разрезом в лобковой области. **Заключение.** Абдоминопластика через срединный доступ, выполненная по показаниям и по правильной методике, позволяет достичь хороших результатов и высокой степени удовлетворения пациентов.

Роль пластики бедер в эстетической коррекции формы ног.

Мариничева И.Г.
Российский университет дружбы народов, Москва

Форма ног имеет огромное значение для женщин и при отклонении от эстетической нормы отрицательно влияет на качество их жизни. Для коррекции контура ног используются операции по увеличению голени и ягодиц имплантатами, липосакции, свободная пересадка жировой ткани и т.п. Перечисленные способы имеют свои преимущества и недостатки. Для коррекции формы ног мы в первую очередь используем понятие «внутренний контур ног», что позволяет объективно подходить к показаниям хирургического лечения и объясняет необходимость коррекции контура внутренней поверхности бедра. Форма ног была исправлена у 943 пациентов в период с 2000 по 2015 гг. Всего выполнено 1358 первичных операций (не включены кожно-фасциальные подтяжки), из них глутеопластик – 96, увеличения объема голени имплантатами – 541, липосакций – 438, липофилинг – 109 и увеличений внутренней поверхности бедра в 34 случаях. 275 пациентам (29,1%) выполнены комбинированные операции (по две и более одновременно). Пациенты были прослежены в сроки от 6 месяцев до 8 лет. Наиболее частым осложнением является заметность (контурирование) имплантата. При увеличении ягодиц имплантаты заметны в 5,8% в случае неполного приседания пациента, при этом они не определяются в положении стоя. Мы обнаружили симптом «складывания» имплантата у этих пациентов, который связываем особенностью производства имплантатов. При увеличении голени через 3 года после операции имплантаты заметны в 4,8% и в 1,5% вызывают неудовлетворенность у пациента. Мы обнаружили деформацию имплантатов у этих пациентов, связанную с растяжением икроножной фасции. Коррекцию проводили путем замены на имплантаты другой формы, более глубокой установкой имплантата, добавлением липофилинга для сглаживания контура. Сейчас мы эти мероприятия проводим во время первичной пластики. Для улучшения внутреннего контура ног у 1/3 пациентов во время опе-

рации требовалась липосакция колен. При увеличении внутренней поверхности бедра получили хорошие результаты у всех пациентов. Липофилинг был эффективным только у 37 пациентов, во всех остальных случаях он использовался как дополнение к увеличению объема с помощью имплантатов. В коррекции формы нижних конечностей основное значение имеет увеличение мягких тканей при помощи имплантатов. Процедура безопасна и дает хороший эстетический результат. Особенности строения имплантатов вызывают их заметность в 5% в поздний послеоперационный период. Применения критериев «идеального внутреннего контура ног» объективно определяет необходимость комбинированных операций на смежных областях нижних конечностей, что позволяет иногда уменьшить проекцию имплантатов голени, а также объясняет необходимость увеличения внутренней поверхности некоторым пациентам.

Микрохирургическая реконструкция основания черепа при опухолях краниофациальной локализации.

Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В., Зайцев А.М., Филюшин М.М., Севрюков Ф.Е., Решетов И.В., Черкаев В.А. Белов А.И., Сугаилов А.Л.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Москва

Цель и задачи. Злокачественные опухоли краниофациальной локализации характеризуются агрессивным деструктивным ростом, за счет чего быстро выходят за пределы одной анатомической зоны, поражая кости лицевого скелета, мягкие ткани лица, структуры орбиты, подвисочную, крылонебную ямки, основание черепа и интракраниальное пространство. Расширенные и комбинированные хирургические вмешательства в данной анатомической зоне возможны только с обязательной первичной реконструкцией дефекта, целью которой является надежная изоляция жизненно важных анатомических структур. Использование местно-перемещенных тканей позволяет выполнить пластику ограниченных по форме и размеру дефектов, поэтому одним из основных моментов при планировании операций является наличие возможности использования свободных ревааскуляризованных лоскутов на микрососудистых анастомозах. Таким образом целью работы является совершенствование хирургического этапа комплексного лечения больных со злокачественными краниофациальными опухолями. Материалы и методы. За период с 2000 по 2014 гг. в клинику обратились 89 больных с клиническим диагнозом – опухоль основания черепа. Возраст пациентов колебался от 25 до 72 лет. Мужчин – 49, женщин – 40. Первично опухоли локализовались в верхнечелюстной пазухе, слизистой твердого неба, альвеолярном отростке верхней челюсти – 45, альвеолярном отростке

нижней челюсти (ретромаларная область) – 4, слизистой полости носа и орбите – 40. Преобладающими в гистологической картине были эпителиальные опухоли – 45 и аденокистозный рак – 20, эстезионейробластома – 10, рабдомиосаркома – 14. По данным обследования 69 пациентов были отнесены к четвертой клинической группе в связи с тем, что опухоль занимала два и более анатомических отдела челюстно-лицевой области и имела признаки распространения на область решетчатого лабиринта и основание черепа. В 9 случаях выявлены признаки поражения шейных и подчелюстных лимфоузлов. Признаков генерализации опухолевого процесса на момент обследования не выявлено. Всем больным выполнены хирургические вмешательства в объеме расширенных комбинированных блоковых резекций с различными вариантами пластики с использованием микрососудистой техники. В качестве пластического материала использованы: большой сальник – 17, торакодорзальный лоскут – 9, лучевой лоскут – 6, прямая мышца живота – 12, апоневротический лоскут скальпа – 24, височная мышца – 7, лоскут на сосудистой ножке (большая грудная мышца) – 2.

Результаты. Разработаны дифференцированные методы пластики дефектов после краниофациальных блоковых резекций. У больных со значительной распространенностью опухолевого процесса (две и более анатомических зоны) при наличии большого дефекта основания черепа целесообразно применение свободных аутоотрансплантатов в комбинации с местноперемещенными лоскутами (надкостничный лоскут, височная мышца) подобный подход показывает существенные преимущества данного метода позволяя получить пятилетнюю выживаемость – 51%, безрецидивный трехлетний период – 30,2%, пятилетний – 22%. Выводы. На сегодняшний день наиболее адекватным хирургическим методом лечения опухолей краниофациальной локализации признается методика блок-резекции, которая заключается в удалении опухоли единым блоком вместе с прилежащими нормальными тканями. Наиболее оптимальным материалом для реконструкции дефектов основания черепа являются свободные лоскуты на микрососудистых анастомозах, предпочтение отдается лоскуту из большого сальника. Применение этой методики стало возможным на основании разработки индивидуальных эффективных методов реконструктивной и пластической хирургии.

Алгоритм выбора метода реконструкции полости рта у пациентов со злокачественными новообразованиями.

Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Севрюков Ф.Е., Ребрикова И.В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Москва

Цель и задачи. Рак языка и дна полости рта составляет 2% всех злокачественных новообразований и в структуре онкологической заболеваемости органов полости рта занимает первое место (около 55%). В классическом варианте лечение опухолей языка осуществляется хирургическим, комбинированным, лучевым и комплексным методами. Индивидуальная тактика хирургического лечения определяется распространенностью опухолевого процесса. Таким образом, основной целью работы является выбор оптимального варианта реконструкции дефекта полости рта с учетом факторов прогноза.

Материалы и методы. За период с 2000 по 2014 год в клинику обратились 36 больных с клиническим диагнозом – рак языка и дна полости рта. Возраст пациентов колебался от 23 до 82 лет. Мужчин – 20, женщин – 16. Первично опухоли локализовались язык (подвижная часть) – 10, корень языка – 8, дно полости рта с переходом на язык – 10, дно полости рта с переходом на альвеолярный отросток нижней челюсти – 8. На предоперационном этапе 20 больным проведен курс лучевой терапии в дозе 30Гр, с последующим хирургическим лечением, 8-лучевая терапия по радикальной программе, у 8 – химио-лучевое лечение. Преобладающим в гистологической картине был плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки. Из общего числа 30 пациентов поступили с первичными опухолевыми процессами, 6 – продолженный рост после ранее проведенного комбинированного лечения в различные сроки. В 6-ти случаях выявлены признаки поражения шейных и подчелюстных лимфоузлов. Признаков генерализации опухолевого процесса на момент обследования не выявлено. Большинству пациентам выполнены хирургические вмешательства разного объема с различными вариантами пластики.

Результаты. Из общего числа больных хирургическое лечение получали 30 человек. Основными объемами радикальных операций были гемиглосэктомия, гемиглосэктомия с резекцией дна полости рта, гемиглосэктомия с резекцией нижней челюсти, глосэктомия. Шейные лимфадиссекции в лечебном объеме выполнена в 6 наблюдениях, профилактические – 20, в 8 – отсроченном периоде. Использованы варианты реконструкции местными тканями – 12, кожно-жировой подбородочный лоскут на сосудистой ножке – 2, лоскут из кивательной мышцы на сосудистой ножке – 2, большая грудная мышца на сосудистой ножке – 4, микрохирургическая реконструкция лучевой лоскут – 6, микрохирургическая реконструкция тонкокишечный лоскут – 2. Двум больным была оформлена оростомы за счет использования ротированных кожно-жировых лоскутов.

Выводы. При местнораспространенных формах опухоли с локализацией в подвижной части языка и выполнении шейной лимфадиссекции в профилактическом объеме и молодом возрасте больных предпочтительным вариантом функционального восстановления утраченных тканей является выполнение микрохирургической реконструкции или использования лоскутов на сосуди-

стой ножке. В случаях обширного поражения дна полости рта вариантом выбора могут быть лоскуты на сосудистой ножке с включением кожно-жировой площадки. В случаях резекции альвеолярного отростка нижней челюсти вариантом реконструкции могут быть как местные ткани, так и микрохирургические лоскуты. При рецидивах предпочтительнее использование надежного пластического материала в зависимости от объема сохраненных тканей языка. Выбор оптимального варианта реконструкции тканей полости рта остается индивидуальным с учетом функциональных разрушений вызванных операцией, предполагаемого онкологического прогноза с учетом пола и возраста пациента, а также вариантов предполагаемого послеоперационного лечения.

Применение трансплантата, удлиняющего перегородку носа в казахской этнической ринопластике.

**Махамбетова Э.А., Русецкий Ю.Ю.,
Карапетян Л.С., Джандаев С.Ж.,
Махамбетова Д.Е.**

**Медицинский университет Астана, Первый
Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова, Астана,
Казахстан, Москва**

Улучшение формы наружного носа у казахского населения требует особенного тактического подхода, в корне отличающегося от такового у пациентов европейской национальности. Причиной тому являются специфические анатомические различия наружного носа у казахов и некоторые социальные аспекты мотивации для операции. Среди ассимилированного казахского населения более чем в 60% случаев выявляется мезориний. Этот тип носа характеризуется носовым индексом от 70,0 до 84,9, низкой проекцией спинки носа, относительно широкими крыльями носа, толстым кожным покровом, широким и округлым кончиком носа, а также – короткой и втянутой колумеллой. Основной задачей этнической ринопластики стоит повышение проекции спинки носа, сужение кончика, сужение крыльев носа и устранение ретракции колумеллы. Осуществление этих этапов путем применения таких аллопластических материалов, как силикон, пористый полиэтилен Медпор, PTFE, Gortex и других имеет строгие ограничения. Большинство пациентов, подвергшихся этнической ринопластике, не желали «иметь инородное тело в носу». Оптимальным представляется использование различных приемов с применением собственного хряща.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности трансплантата, удлиняющего перегородку носа (septum extension graft) для казахской этнической ринопластики.

Материалы и методы. Этническая ринопластика выполнена у 24 пациентов, из них – 21 (87,5%) женского пола и

3 (12,5%) – мужского. Всем 24 пациентам выполнялась открытая риносептопластика. В 11 (45,8%) случаях для повышения проекции использовали перегородочный аутохрящ, в 10 (41,6%) – комбинацию перегородочного, ушного аутохряща и височной фасции, в 3 (12,5%) – перпендикулярную пластину решетчатой кости. Аутотрансплантаты использовались во всех случаях в технике septum extension graft и дополнительно – подпирющих трансплантатов колонны носа, трансплантатов стержня колонны, трапециевидного трансплантата, одинарных и двойных кончиковых трансплантатов. Для сужения кончика носа применялись классические методы: в 8 (33,3%) случаях, при достаточной жесткости нижнелатеральных хрящей – их цефалическая резекция, а при тонких хрящах, в 12 случаях (50%) – «слайдинг». В 4 наблюдениях (16,7%) необходимости в сужении кончика не было. Для оценки результатов во всех 24 случаях произведено измерение параметров носового индекса, проекции спинки и кончика носа, носогубного угла и других измерений до и после операции.

Результаты. Septum extension graft аутохрящем показал высокую эффективность в повышении проекции, удлинении короткого носа и устранении ретракции колумеллы у пациентов казахской национальности. Все пациенты, подвергнувшиеся этнической ринопластике, в послеоперационном периоде наблюдались в течение 15 месяцев. Осложнений в период наблюдения не было. Результаты показали статистически достоверную разницу в значениях пред- и послеоперационных измерений носового индекса до операции $79,46 \pm 3,6$ (мужчины – $83,7 \pm 3,9$, женщины – $74,3 \pm 3,3$), $p < 0,05$ и после операции – $77,2 \pm 3,8$ (мужчины – $80,6 \pm 3,2$, женщины – $73,8 \pm 3,1$), а также незначительное увеличение носогубного угла до операции $88,77 \pm 5,5$ (мужчины – $87,98 \pm 5,7$, женщины – $90,23 \pm 5,2$), $p < 0,05$ и после операции – $89,75 \pm 3,9$ (мужчины – $89,2 \pm 3,4$, женщины – $90,30 \pm 3,0$) ($p > 0,05$). Удлинение колумеллы с лифтингом и фиксацией медиальных ножек нижнелатеральных хрящей производит эффект улучшения всей формы носа. Удовлетворенность формой наружного носа после выполненной ринопластики выразили все 24 пациента.

Выводы. Использование трансплантата, удлиняющего перегородку (Septum extension graft), у пациентов казахской национальности с коротким носом позволяет эффективно улучшить форму и проекцию кончика носа, с одновременным устранением ретракции колумеллы.

Использование липофилинга для профилактики осложнений при аугментационной маммопластике.

**Мельников Д.В., Старцева О. И.,
Пищикова Е. Д., Захаренко А.С.,
Кириллова К.А.**

Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова,
Москва

Введение. Аугментационная маммопластика – самая распространенная операция в пластической эстетической хирургии. Широкая распространенность эндопротезирования молочных желез обуславливает относительно высокий процент осложнений и послеоперационных деформаций, требующих повторного оперативного вмешательства. Однако можно выделить группу состояний, при которых повторная операция не всегда необходима. Эти состояния обусловлены взаимодействием в системе имплант – мягкие ткани (имплантассоциированные осложнения молочных желез). К ним относят: асимметрию молочных желез, капсулярную контрактуру I-II степени по Baker, «риплинг», визуализацию, пальпацию импланта, атрофию железы. Последнюю группу объединяет наличие инородного тела (импланта) и дефект мягких тканей, которые служат буфером между имплантом и кожей. Именно дефицит мягких тканей, особенно у пациенток со сниженной массой тела (ИМТ < 18), антропометрическими данными (субтильные пациентки с чашечкой железы до А), а также недостаточный объем ткани молочной железы являются фактором риска развития вышеперечисленных послеоперационных деформаций. Осложнения со стороны мягких тканей молочной железы часто можно предупредить во время первичной операции. Так ауто-трансплантация жировой ткани во время первичной операции может значительно снизить риск послеоперационных деформаций.

Цель работы: изучение возможностей применения одномоментной ауто-трансплантации жировой ткани при аугментационной маммопластике для профилактики имплантассоциированных осложнений молочных желез.

Материалы и методы: в период с 2013 по 2014 гг. эндопротезирование молочных желез с одномоментной ауто-трансплантацией жировой ткани выполнено 50 пациенткам с высоким риском послеоперационных имплантассоциированных деформаций молочных желез. Критерии включения: астенический тип телосложения, ИМТ ниже 22, размер молочной железы не более А, выраженная асимметрия молочных желез по объему. Всем пациенткам производилось ультразвуковое исследование до и после операции для оценки толщины подкожно-жировой клетчатки над железистой тканью в контрольных точках в определенные сроки. Эндопротезирование выполнялось во всех случаях из субмаммарного доступа с установкой имплантов Mentor различного конфигураций под большую грудную мышцу по типу DUAL PLANE I (41 пациентка), или под ткань молочной железы (9 пациенток). Ауто-трансплантация жировой ткани выполнялась с использованием стандартной техники по Coleman. Объем вводимого липоасpirата за одну процедуру варьировал в пределах от 30-100 мл исходя из емкости реципиентной зоны. Всегда область введения ограничивалась подкожно-жировой клетчаткой. Срок наблюдения после завершения лечения составил от 1 до 12 месяцев. Анализ результатов осуществлялся с использованием как объективных методов исследования: ультразвукового сканирования, так и субъек-

ективных – оценка результатов независимым хирургом, фотодокументирование пациентов в определенные сроки и анкетирование.

Результаты. Во всех случаях эндопротезирования молочных желез с одномоментной аутотрансплантацией жировой ткани был достигнут выраженный положительный результат с высоким уровнем удовлетворенности со стороны как пациенток, так и хирурга. По данным повторных ультразвуковых исследований толщины подкожно-жировой клетчатки в области молочных желез через 1, 3, 6, 12 месяцев в контрольных точках – средняя приживаемость жировой ткани составила в среднем 85%. Ни одна из пациенток за время наблюдения не предъявляла жалобы на пальпацию и визуализацию имплантов в послеоперационном периоде.

Выводы. Аутотрансплантация жировой ткани является не только эффективным методом коррекции, но и эффективным методом профилактики имплантассоциированных осложнений эндопротезирования молочных желез. Одномоментное применение аутотрансплантации жировой ткани и эндопротезирования молочных желез при первичной операции, позволяет значительно увеличить слой подкожно-жировой клетчатки, являющейся «буфером» в системе имплант-покровные ткани, и снизить риск развития имплантассоциированных осложнений молочных желез.

Реконструкция малых половых губ.

Михайлов А.Г., Беллюстина Е.Н.

Клиника пластической хирургии и косметологии
«Анастасия», Нижний Новгород

Введение. Хирургическая коррекция малых половых губ (МПГ) при их удлинении является одной из наиболее востребованных пластических операций [1,2]. Иллюзия простоты выполнения таких операций и несоблюдение важных технических условий часто приводит к тотальной резекции половых губ, приносящей страдания пациентам и проблемы оперирующему врачу. В таких случаях только реконструктивная операция является единственным возможным способом исправить ситуацию.

Материалы и методы. Выполнено 10 операций по реконструкции малых половых губ. В 6 случаях отсутствие половых губ явилось результатом хирургической коррекции удлинения малых половых губ (излишняя краевая резекция) (4 случая – двухстороннее отсутствие, 2 – одностороннее, после коррекции асимметрии МПГ). У двух пациенток одностороннее отсутствие малой половой губы явилось следствием удаления кисты половой губы, у двоих — в результате травмы, полученной в детстве. Сохраненная крайняя плоть клитора или дополнительные складки кожи, идущие от передней комиссуры до средней трети малых половых губ [1,2], явились пластическим материалом для реконструкции. Выкраивались два (при

двухстороннем отсутствии) или один (со стороны поражения при одностороннем отсутствии) языковидных лоскута на задней ножке, которые поднимались над основанием, разворачивались назад и вшивались в область дефектов половых губ [2,3].

Результаты и обсуждение. Причинами приобретенных деформаций МПГ являются травмы и оперативные вмешательства на малых половых губах, особенно избыточные резекции, проводимые по поводу их удлинения или гипертрофии. Сложность реконструкции малых половых губ заключается не только в самой хирургической коррекции при ограниченном объеме местных тканей, но и в психологических аспектах, сопровождающих такие состояния, т.к. ожидания пациенток «идеального» результата операции далеко не всегда могут оправдываться. Хорошее кровоснабжение лоскутов позволяет формировать их без опасности некроза.

Выводы. 1. Отсутствие малых половых губ часто является следствием эстетических оперативных вмешательств, поэтому такие операции должны выполняться квалифицированным специалистом с учетом длины МПГ, предоперационной разметки, избегая их избыточной резекции. 2. Реконструкция МПГ местными тканями позволяет создать вполне нормальные половые губы и избавить пациенток от страданий.

Хирургическое лечение пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями средней зоны лица.

**Михайлюков В.М., Дробышев А.Ю.,
Глушко А.В., Ермолин Д.В., Дзампаева И.Р.**
Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

На сегодняшний день проблема хирургического лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями глазницы в современной челюстно-лицевой хирургии остается довольно актуальной. Неправильное и несвоевременное оказание хирургической помощи пациентам с травматическими повреждениями костей лицевого отдела черепа сопровождается формированием стойких деформаций и может приводить к тяжелым функциональным и косметическим осложнениям и, как следствие, к инвалидизации больных. С целью устранения косметических и функциональных нарушений в виде энтофтальма, гипофтальма различной степени выраженности необходимо восстановить первоначальную костную анатомию глазницы. Несмотря на широкий спектр современных методов исследования, диагностика повреждений средней зоны лица и глазницы остаётся довольно сложной задачей.

Материалы и методы. На клинических базах ЦС и ЧЛХ МГМСУ им. А.И. Евдокимова за период с 2010 по 2015 годы прооперировано 103 больных с посттравматическими

ми дефектами и деформациями костей средней зоны лица и глазницы с применением способов репозиции и восстановления костных структур с использованием методик металлостеосинтеза и резорбируемых систем - пластин и пинов. Посттравматические дефекты и деформации глазницы сопровождались гипопфтальмом и энтофтальмом различной степени выраженности. Пластику дефекта дна глазницы у 60 пациентов выполняли с использованием костных аутоотрансплантатов с теменной области, у 19 – имплантатом из армированного пористого полиэтилена, у 23 – с использованием титановой сетки, у 1-го реберным аутохрящом. У подавляющей массы пациентов степень повреждения костных структур лицевого отдела черепа оценивали по данным мультиспиральной компьютерной томографии, на базе которой выполняли измерение горизонтальных и вертикальных размеров глазницы на всем ее протяжении, а также определяли величину смещения глазного яблока (гипопфтальм, энтофтальм). Данная методика позволяет проводить сравнительный анализ результатов до и после хирургического лечения. У 32 пациентов с поздними посттравматическими дефектами и деформациями костных структур средней зоны лица планирование хирургического лечения, моделирование имплантатов в области дефектов нижней стенки глазницы проводили с использованием стереолитографических моделей. В некоторых случаях у пациентов с сформированными посттравматическими дефектами и деформациями, сопровождавшихся выраженной субатрофией мягких тканей подглазничной, височной и щечной областей, выполнялся липофилинг аутожиром с целью создания объема мягких тканей.

Результаты. По результатам проведенного всестороннего обследования 103 больных нами были разработаны индивидуальные планы лечения пациентов, выполнены различные виды реконструктивно-восстановительных операций. В послеоперационном периоде у всех пациентов по данным контрольных МСКТ было отмечено восстановление правильной геометрии костей лицевого отдела черепа, форма и положение установленных имплантатов были удовлетворительными и соответствовали конфигурации неповрежденных костных структур. Все пациенты с диплопией отметили позитивный функциональный эффект от проведенной операции в виде исчезновения двоения в центральной позиции зрения.

Выводы. Травматические повреждения костных структур средней зоны лица требуют проведение первичного восстановления дефектов с применением металлоконструкций, трансплантатов, различных биополимерных материалов. При устранении поздних деформаций важную роль играет правильная репозиция смещенных костных фрагментов, восстановление положения глазного яблока, адекватная форма, объем и месторасположение имплантационного материала, коррекция дефицита объема. Для правильной диагностики, планирования и оценки результатов хирургического лечения данной категории пациентов необходимо использовать методики, основанные на мультиспиральной компьютерной томографии.

Методика оценки результатов хирургического лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями глазницы по данным мультиспиральной компьютерной томографии.

Михайлюков В.М., Дробышев А.Ю., Левченко О.В., Лежнев Д.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

Цель работы. Разработать методику оценки линейных размеров глазницы и степени дистопии глазных яблок по данным КТ у пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями глазницы.

Материалы и методы. По данным КТ были разработаны методики измерения линейных (вертикальных и горизонтальных) размеров глазницы и степени дистопии глазных яблок (энтофтальм, гипопфтальм) с целью оценки результатов хирургического лечения.

Методика измерения вертикальных размеров глазницы. На КТ изображении в аксиальной плоскости, отображающем максимальный поперечный размер глазницы, определяли биссектрису угла, образованного боковыми стенками глазницы, и выставляли плоскость, проходящую по биссектрисе угла. В соответствии с этой плоскостью выполняли построение мультипланарной реконструкции (МПР) в косо-сагиттальной плоскости. Данная реконструкция отображала максимальный продольный размер глазницы и служила основой для выполнения следующих измерений: максимальный продольный размер глазницы (глубина глазницы), вертикальный (верхне-нижний) размер входа в глазницу, вертикальный размер глазницы по центру глазного яблока, максимальный вертикальный (верхне-нижний) размер глазницы, вертикальный размер глазницы по заднему полюсу глазного яблока, задний вертикальный размер глазницы. Измерение вертикальных размеров глазницы осуществляли параллельно относительно вертикального размера входа в глазницу. Методика измерения горизонтальных размеров глазницы. Горизонтальные (латеро-медиальные) размеры измеряли на МПР в косо-аксиальной плоскости параллельно твердому небу: горизонтальный размер входа в глазницу, горизонтальный размер глазницы от лобно-скулового шва до медиальной стенки глазницы измеряли параллельно относительно горизонтального размера входа в глазницу. Методика измерения степени гипопфтальма/гиперфтальма. На КТ-изображении в аксиальной плоскости выставляли ось симметрии соответственно сагиттальной плоскости черепа. Далее выставляли плоскость перпендикулярно оси симметрии, проходящую через середину продольного размера глазных яблок. Это необходимо для визуализации наивысшей точки верх-

ней поверхности (верхний полюс глазного яблока) и отображения максимального поперечного размера глазных яблок во фронтальной плоскости. При наличии у пациента одновременного сочетания энтофтальма и гипотофтальма плоскость, проходящую через глазные яблоки, меняли в соответствующем направлении с целью определения наивысшей точки верхней поверхности (верхний полюс глазного яблока) и отображения максимального поперечного размера глазных яблок во фронтальной плоскости. На МПР во фронтальной плоскости отображалась наивысшая точка верхней поверхности (верхний полюс глазного яблока) и максимальный поперечный размер глазных яблок. Для выполнения последующих измерений на МПР во фронтальной плоскости выставляли ось симметрии. Далее проводили линию по поверхности верхней стенки здоровой стороны перпендикулярно оси симметрии. Следующим этапом определяли центр глазных яблок и проводили измерение от центра глазных яблок перпендикулярно линии, проходящей по поверхности верхней стенки неповрежденной глазницы. По разнице измерений поврежденной и неповрежденной глазниц определяли степень гипотофтальма в мм. Методика измерения степени энтофтальма/экзофтальма. На КТ изображении в аксиальной плоскости, отображающей ось симметрии соответственно сагиттальной плоскости черепа. Далее проводили линию перпендикулярно оси симметрии, проходящую на уровне костного отдела носа. Визуально определяли центр глазных яблок. Измерение выполняли от центра глазных яблок перпендикулярно линии, проведенной на уровне костного отдела носа. По разнице измерений поврежденной и неповрежденной глазниц определяли степень энтофтальма/экзофтальма в мм. Таким образом, разработанные нами методики измерения линейных размеров глазницы и определения степени энтофтальма/гипотофтальма по данным КТ позволяют оценить степень деформации и точность восстановления костной анатомии глазницы после хирургического лечения.

Методика функциональной и эстетической коррекции кончика носа.

Морозов С.В., Кораблева Н.П., Жолтиков В.В., Бага Д.К., Андриевский А.Н.
Atribeaute Clinique, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Актуальность проблемы работы с кончиком носа в эстетической ринопластике доказывается, с одной стороны, значительным количеством пациентов, которые обращаются к нам с целью изменения формы носа. С другой стороны, отмечается значительное количество субоптимальных или даже отрицательных результатов таких операций.

Для улучшения качества таких операций и повышения эффективности обучения специалистов нами разработан алгоритм работы с кончиком носа, который применим практически во всех случаях первичной и вторичной деформации. Основными ключевыми моментами этого алгоритма являются следующие: создание максимальной опоры кончику носа, так как отсутствие такой опоры является, по нашим наблюдениям, одним из ключевых моментов неблагоприятных результатов, как эстетических, так и функциональных. Следующим этапом является фиксация всей «конструкции» кончика носа на этой опоре. Эта фиксация может осуществляться различными способами. Необходимым условием является жесткое соединение кончика и спинки носа, которое отсутствует в естественной анатомии носа, но, по нашему мнению, необходимо в прооперированном носу. Это связано с тем, что в процессе изменения формы носа мы вынуждены разрушать все естественные «точки фиксации» кончика относительно спинки носа. Завершающим этапом операции является создание «наружной части» всей конструкции кончика носа, которая определяет его окончательную форму и должна соответствовать эстетическим параметрам, размерам кожного «чехла» и обладать достаточной жесткостью в области «наружного носового клапана» для сохранения или улучшения функции носового дыхания. Наш опыт применения такого алгоритма работы с кончиком носа показывает существенное уменьшение функциональных и эстетических проблем после наших ринопластик. В случае необходимости коррекции носа после таких операций – коррекции являются, по нашим наблюдениям, более простыми и, как правило, ограничиваются минимальными резекциями выстоящих фрагментов конструкции, либо дополнением ее при недостаточном выстоянии и последующим «камуфляжем».

Возможности закрытой ринопластики при выполнении повторных реконструктивных операций после неудачных и «деструктивных» вмешательств.

Мошак С.В.
Приморский краевой клинический центр, Владивосток

Введение. Проблема ревизионной реконструктивной ринопластики после неудачных и деструктивных вмешательств остается одной из самых сложных и актуальных для хирургов. Пациенты, обращающиеся за повторными операциями после деструктивной ринопластики, часто имеют серьезные проблемы в виде неестественной формы носа, чрезмерной резекции тканей, проблем с дыханием. Сегодня в пластической хирургии наметилась тенденция к коррекции таких сложных случаев исключительно открытым способом, особенно когда пациент был

прооперирован ранее у другого хирурга с применением открытых методик. Многие считают, что только открытый метод позволяет детально увидеть, оценить и исправить недостатки и недоделки предыдущей операции, достигнув оптимальных результатов ревизии.

Цель. Проанализировать ряд преимуществ закрытых методов при выполнении ревизионной ринопластики после открытых и деструктивных вмешательств.

Пациенты и методы. С 1998 по 2015 гг. нами было прооперировано более 1850 носов, из них 276 – это ревизионная ринопластика после операций у других хирургов, 178 – ревизии после нашей первичной операции. Большинство ревизионных операций было проведено закрытым способом (marginal+cartilage delivery approach). Мы обнаружили, что закрытая ринопластика имеет ряд важных преимуществ, одно из которых – сохранение целостности кожного чехла носа. То есть отсутствие пересечения кожи на всю толщину в области кolumеллы и сохранение прочности чехла по осевой линии напряжения в самом деликатном месте с практически полным сохранением кровоснабжения. Это является гарантией предотвращения большинства трудно устранимых осложнений ринопластики. Не стоит без острой необходимости наносить дополнительную травму носу, который уже был травмирован, возможно, уже неоднократно, и который уже «открывали». Если сохранить кожу и кровоснабжение по линии максимального натяжения, то мы, не нанося лишней травмы, сумеем выстроить любую костно-хрящевую назальную конструкцию, сможем уверенно работать на кончике носа, без особого риска располагая здесь любые трансплантаты, создавать очерченный кончик без видимых рубцов. Таким образом, можно смоделировать любую форму носа. Сохраняя осевое питание и отток, мы улучшаем трофику носа. Организму в этом случае нет нужды усиливать конструкцию грубым рубцеванием, приводящим к потере эстетики конечного результата. Сохранение питания расширяет возможности выкройки и резекции ноздрей без опасения некроза или грубого рубцевания. Сохраненный кожный чехол – дополнительная гарантия хорошего результата. Мечта любого хирурга – манипулировать, перемещать различные отделы носа в желаемом направлении, при этом не нарушая кровоснабжение и иннервацию. Эндоназальный метод как раз позволяет это делать. Это осуществляется с помощью создания туннелей, а не обширной отслойки кожи или слизистой. Применяя закрытые способы, при необходимости можно выполнять минимальные коррекции в любой момент под местной анестезией с интервалом от 2 недель – нет необходимости ждать от 6 до 12 месяцев, как после открытой ринопластики. Это значительно меньше травмирует пациента, чем деструктивная «открытая» ревизия под общим наркозом и с длительной реабилитацией. Самый значительный фактор, на который мы ориентируемся в работе – это удовлетворенность пациентов. С помощью анкетирования мы собрали статистику удовлетворенности после открытой и закрытой повторной ринопластики.

Результаты. Традиционно в отдаленном периоде удовлетворенность пациентов после выполнения ревизионной операции открытым способом ниже. Это связано с последствиями и видимыми признаками вмешательств. Это последствия нарушения целостности кожного чехла носа (наружный шов, рубцы после экстрюзии имплантатов, утолщение колонки носа, пролежни, истончение, атрофии кожи, «перегруженный кончик», возможное инфицирование и последующее грубое рубцевание), а также последствия возможного повреждения нервно-сосудистого пучка колонки носа (синюшные пятна, купероз, стойкий отек (более года), нарушение терморегуляции, потеря чувствительности кончика, отек). По статистике, отдаленные и трудноустраняемые последствия ринопластики с применением открытого метода возникают намного чаще, чем при использовании закрытых методик.

Выводы. Закрытые методы в ревизионной реконструктивной ринопластике имеют ряд важных преимуществ, позволяя достичь качественных результатов в работе с традиционно сложными, повторно оперируемыми, травмированными носами. При этом последствия вмешательства менее заметны, а удовлетворенность пациентов выше.

Ревизионная ринопластика, которая заставила замереть мое сердце.

Мошак С.В.

Приморский краевой клинический центр, отделение пластической и эндоскопической хирургии, Владивосток

Введение. В своей работе пластические хирурги вынуждены сталкиваться с чрезвычайными случаями, когда к ним обращаются пациенты после многочисленных неудачных операций у других хирургов. Исправление таких ситуаций крайне сложно, как в техническом плане, так и в психологическом. В работе с такими случаями требуется внимательный анализ ситуации, объективная оценка технических возможностей хирурга, тщательно разработанная хирургическая стратегия и четкий алгоритм всех последующих действий по исправлению сложившейся эстетической ситуации.

Цель. Описание конкретного клинического случая обращения пациентки за ревизионной ринопластикой после ряда неудачных операций, проведенных в других клиниках.

Пациенты и методы. Клинический случай. Пациентка 36 лет. Состояние после четырех ринопластик у четырех хирургов в различных клиниках. Две последние операции выполнены в Корее, где в комбинации с реконструктивной ринопластикой была также проведена и блефаропластика нижних и верхних век. Пациентка результатами всех предыдущих операций крайне не удовлетворена. Жалобы на неестественную форму носа, асимметрию,

проблемы с дыханием, «скругленный глаз». Психологическое состояние крайне тяжелое, она находится на грани нервного срыва. Прячет лицо под волосами, не смотрит в глаза, отказывается фотографироваться. Полное неприятие своей новой внешности, проблемы с самоидентификацией и социализацией – избегает общения с друзьями, не работает, социальная и личная жизнь отсутствует. Наружный осмотр показал неестественную и чрезмерную укороченность наружного носа, (так называемая «ампутация кончика носа»). Перед нами результат чрезмерной резекции тканей носа при выполнении «деструктивной ринопластики», приведшей к острому дефициту собственных тканей. Хрящевая и костная части перегородки полностью удалены. Обнаружено полное отсутствие в преддверии носа перепончатой части перегородки и слизистой крыльев. Грубое рубцевание в области преддверия носа, колонки носа, наружного носового клапана. Синехии носового хода. Отмечена гипертрофия нижней части носовой раковины. Практически полностью отсутствует носовое дыхание справа, слева отмечена его крайняя затрудненность. Рубцовая деформация «круглый глаз» справа вследствие чрезмерного иссечения вековой порции круговой мышцы глаза. Первостепенной нашей задачей было восстановление каркаса носа и его правильной стабильной формы. Однако к моменту обращения пациентки к нам весь хрящевой ресурс в донорских зонах (уши и перегородка) уже был исчерпан. Оставшиеся хрящевые структуры для последующей реконструкции оказались непригодными. Нами был разработан поэтапный алгоритм хирургического лечения и была проведена двухэтапная тотальная реконструкция носа собственным реберным материалом пациентки. На первом этапе была выполнена непосредственно реконструкция носа (закрытая ринопластика), полностью ремоделирована его форма, восстановлена функциональная работа носа. На втором этапе была проведена коррекция кончика носа и асимметрии ноздрей, липофиллинг. По желанию пациентки отдельно нами была проведена операция по подтяжке средней зоны лица и восстановлению симметрии нижнего века (блефаропластика).

Результаты. В результате проведенного нами поэтапного хирургического лечения восстановлен кожно-хрящевой каркас носа и ремоделирована его форма. Нос приобрел стабильную правильную форму. Функциональные свойства носа восстановлены, дыхание свободное. Пациентка всецело удовлетворена эстетическим и функциональным результатом лечения. Психологическое состояние ее полностью стабилизировалось, социализация восстановлена.

Выводы. При выполнении редуцирующей ринопластики необходим очень аккуратный подход и соблюдение меры во всем. Необходимо избегать «деструктивной ринопластики», а любая резекция должна быть исключительно дозированной. Также существует мнение, что слишком крупные носы лучше вообще делать в два этапа, дожидаясь естественного сокращения кожного чехла

носа и стабилизации кожно-хрящевых каркасов после дозированной резекции на первом этапе (при первичной ринопластике). Затем при выполнении запланированной повторной (корректирующей) ринопластики под местной анестезией иссекают несократившиеся участки кожного чехла и проводят укрепление выявленных слабых участков носового каркаса. Так можно гарантировать наиболее предсказуемую форму и стабильный, долгосрочный эстетический и функциональный результат ринопластики.

Способ васкуляризированной пластики в лечении больных с сочетанными дефектами пальцев кисти.

Муллин Р.И., Богов А.А., Журавлев М.Р.
Республиканская клиническая больница, Казань

Открытая травма кисти – одна из наиболее часто встречающихся травм, составляющая 14-15,5% случаев всех травм. Большинство открытых травм кисти, сопровождающихся возникновением дефектов, происходят при повреждении механизмами («болгарка», циркулярная пила, станок, машина и иное) и, соответственно, происходит у людей, занятых в трудовых процессах. Наибольшие трудности вызывают травмы пальцев с сочетанными дефектами: кожного покрова, кости, сухожильного аппарата. Нередко травма кисти, сопровождающаяся дефектом, происходит у лиц, уже имеющих отчленение одного или нескольких пальцев. В этом случае донорской областью может быть нефункциональная культя пальца. За 2004-2014 гг. в отделении Травматологии 2 (микрохирургии, кисти) проходили лечение 324 больных с дефектами кожного покрова пальцев кисти. Из них 273 человек имели сочетанные дефекты пальцев кисти. В 38 случаях были произведены этапные операции по замещению дефектов кожного покрова в сочетании с дефектами костей. В семи случаях произвели одноэтапное замещение дефектов, используя в качестве донора нефункциональную культю пальца по разработанному нами способу удлинения сосудистой ножки. Способ закрытия дефекта пальца лоскутом на ретроградном кровотоке пальцевой артерии на удлиненной сосудистой ножке, позволяет восстановить дефект любого пальца кисти на любом уровне, при наличии нефункциональной культи пальца на этой же кисти. В состав сосудистой ножки этого сложного лоскута входят пальцевая артерия и ладонная дуга. Забор лоскута проводят следующим способом. Производят измерение размеров сочетанного дефекта и культи пальца для более точного планирования размеров необходимых лоскутов. Затем выделяют и поднимают кожно-костный лоскут, пересекая при этом 1 сосудистый пучок и оба пальцевых нерва на уровне собственных пальцевых сосудов на границе лоскута, пересекают поверхностную артериальную дугу на участках по сторонам от пальцевых

артерий, идущих к культе, с сохранением дуги на участке между последними. Лоскут перемещают в реципиентную область и фиксируют. Производят реиннервацию лоскута посредством эпиперинеурального шва между пальцевыми нервами. Донорскую область ушивают. Имобилизация реципиентного пальца – до сращения костей. Лоскут имеет ряд преимуществ. Длинная и мобильная питающая ножка, содержащая осевой сосуд, позволяет уже с третьих-четвертых суток проводить активную разработку движений пальцев кисти в полном объеме с целью профилактики контрактур. Кожно-костная пластика производится из нефункциональной культи пальца на той же кисти, что уменьшает травматизацию организма, ножка при этом имеет длину, достаточную для восстановления любой фаланги любого пальца кисти. Восстановление кровоснабжения осуществляется без шва сосудов, что снижает риски тромбозов. При наличии дефекта проксимальных отделов покровных тканей, сосудов и нервов пальца, возможно восстановление покровных тканей с восстановлением (швом) сосудов и нервов. Использование анатомически идентичной донорской области позволяет избежать избытка мягких тканей, при полном замещении дефекта. Реиннервация лоскута позволяет получить хорошую дискриминационную чувствительность. Таким образом, при лечении травмы кисти с сочетанными дефектами необходимо стремиться к одноэтапному восстановлению всех поврежденных анатомических образований, что требует проведения васкуляризированной пластики сложными лоскутами.

Функциональные результаты хирургического лечения злокачественных опухолей околоушной слюнной железы.

Мусин Ш.И., Смольников А.А., Вахитов М.А., Осокин С.В., Дубровская А.В., Галиева Э.И.
Республиканский клинический онкологический диспансер, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Введение. Злокачественные новообразования слюнных желез в структуре онкологической заболеваемости составляет менее 0,5%. Так не менее 80% этих опухолей локализуется в околоушных слюнных железах (ОСЖ). Лечение опухолей околоушной слюнной железы связано с анатомической особенностью хода лицевого нерва через толщу этой структуры. Выделением и сохранением лицевого нерва при злокачественных опухолях ОСЖ без ущерба радикальности позволяет достичь хороших функциональных результатов.

Цель. Оценить функциональные результаты хирургического лечения опухолей околоушной слюнной железы.

Материалы методы. В ГБУЗ РКОД МЗ РБ отделении «Опухоли головы и шеи» в период 2012-2014 гг. 65 больных

перенесли хирургическое лечение по поводу опухолей околоушных слюнных желез. Возраст больных варьировал от 45 до 75 лет (средний возраст 64,4). Операции на ОСЖ в различных объемах: субтотальная паротидэктомия (n=20) и тотальная паротидэктомия (n=45).

Результаты. В 7 случаях проведено удаление ОСЖ с резекцией лицевого нерва, после которого наблюдался стойкий паралич мимической мускулатуры. Стоит отметить, что при поступлении у 2 пациентов уже имелся стойкий паралич мимической мускулатуры, подтвержденный данными электромиографии. В 58 случаях проведено полное сохранение ветвей лицевого нерва. Функциональная оценка мимической мускулатуры проводилась при помощи шкалы Хауса-Бракмана. 1 степень (нормальная функция мимической мускулатуры) наблюдалась у 58,6% (n=34 больных), 2 степень (легкая дисфункция) отмечена у 31% (n=18 больных), 3 степень (умеренная дисфункция) – 5,2% (n=3 больных), 4 степень (среднетяжелая дисфункция) – 5,2% (n=3 больных), 5 степень (тяжелая дисфункция) и 6 степень (тотальный паралич) при сохранении лицевого нерва и ее ветвей не отмечена. При контрольном осмотре через 3 месяца полное восстановление функций мимической мускулатуры (1 степень) после операций, проведенных с сохранением нерва, отмечено у 93,1% (n=54 больных), дисфункция мимической мускулатуры сохранялась у 6,9% (n=4) больных.

Выводы. Хирургическое лечение злокачественных опухолей ОСЖ с сохранением лицевого нерва позволяет провести радикальное лечение с высокими функциональными результатами. Полное восстановление мимики в послеоперационном периоде отмечено у 93,1% больных.

Холодноплазменный хирургический метод лечения ринофим.

Мустафаев Д.М., Егоров В.И., Гилилов В.И.
Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Введение. Ринофима – инфильтративно-продуктивная стадия розацеа, для которой характерно образование воспалительных узлов, инфильтратов и опухолевидных разрастаний за счет прогрессирующей гиперплазии соединительной ткани и сальных желез в области наружного носа, а также стойкое расширение сосудов вследствие хронического прогрессирующего заболевания. Лечение ринофимы – весьма сложная задача. Если начальная стадия заболевания на уровне красных угрей лечится консервативно, то ринофима только хирургически. На сегодняшний день существует много способов хирургического формирования контура носа: с помощью скальпеля, эксцизия лазером, криохирургия, дермабразия, деструкция ультразвуком, электрокоагуляция, радиохирургия. Сообщаем наш опыт хирургического лечения ринофим с применением холодной плазмы.

Материал. За период с 2005 по 2015 гг. в отделении оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского проведено успешное хирургическое лечение с применением холодной плазмы 17 больным (женщин – 4, мужчин – 13) с ринофимой, из них 4 с фиброзо-ангиэктатической и 13 с железистой формами, со сроком наблюдения до 10 лет. Возраст больных от 53 до 78 лет. Удаление ринофимы выполняли с помощью холодноплазменного хирургического аппарата «Coblator II». Холодноплазменный хирургический аппарат Coblator II Surgery System американской фирмы Arthro Care является биполярным прибором, предназначенным для работы в ЛОР-хирургии. Активным электродом «EVac 70 Xtra IC» от аппарата Coblator II Surgery System в режиме работы прибора «коблация» предварительно удалялись большие массы ринофимы, далее последовательно снимался слой за слоем измененной кожи до приобретения надлежащей формы носа. В ходе операции в режиме работы прибора «коблация» происходит дополнительный гемостаз мелких сосудов, а для гемостаза более крупных сосудов требуется применение режима работы прибора «коагуляция». Вмешательства проводили без пластики послеоперационного дефекта тканей наружного носа. При этом раневую поверхность закрывали маевой повязкой, а сверху накладывают давящую повязку. Первую перевязку проводили на 4-6-й день (меняли поверхностный слой). Эпидермизация наступала на 3-5-е сутки, завершение ее отмечали на 15-20-й день. После операции поверхность кожи носа была гладкой без образования рубцов.

Выводы. Во всех наблюдениях эстетический результат был удовлетворительным. Преимуществами холодноплазменной хирургии при лечении ринофим являются: кровотечение во время операции незначительно, болевые ощущения отсутствуют в послеоперационном периоде.

Заключение. Метод хирургического лечения больных ринофимой с использованием холодноплазменного воздействия (коблации) представляется эффективным, безопасным, экономически выгодным, позволяет добиться хороших эстетических результатов.

Реабилитационный период после фракционного абляционного CO₂ лазера как фактор, усиливающий конечный клинический результат.

Некрасова С.В.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Реабилитационный период после фракционного абляционного CO₂ лазера является одним из факторов, оказывающих непосредственное влияние на конечный клинический результат. И при определенной тактике ведения данного периода мы можем уменьшить клинические проявления реабилитационного периода, сократить его

длительность, усилить конечный клинический результат. В основе патогенеза реабилитационного периода после фракционного абляционного CO₂ лазера лежат биологические эффекты взаимодействия лазерного излучения с кожей. Формируя в дерме микротермальные лечебные зоны повреждения, фракционированный луч CO₂-лазера запускает следующие процессы: 1. Фототермическое повреждение эпидермально-липидного барьера кожи, разрушение микроциркуляторного русла. 2. Фотокоагуляция тканей (теплоиндуцированная травма дермы) приводит к появлению белков теплового шока и запуску реакций клеточного иммунитета. 3. Фотобиостимуляция тканей. Все эти процессы и обеспечивают клинические проявления реабилитационного периода: отек, эритема, зуд, жжение, сухость кожи, шелушение, бронзовый оттенок кожи, болезненность в области обработки. Так как процедура фракционного абляционного CO₂ лазера показана при состояниях кожи (признаки старения, рубцовое поражение кожи др.), которые всегда сопровождаются гистохимическим дефицитом ресурсов, то очень важно, при ведении реабилитационного периода, соблюдать следующие правила: 1. Использовать микротермальные лечебные зоны повреждения для трансэпидермальной доставки активных компонентов космецевтических/косметических средств. 2. Восстановить кислотную мантию кожи и снизить трансдермальную потерю влаги. А также нивелировать такие клинические проявления реабилитационного периода, как: зуд и сухость кожи, шелушение. 3. Использовать фотопротективные средства с целью профилактики нарушения пигментации кожи. 4. Предотвратить переход острого асептического микровоспаления в хроническое. С апреля 2014 года доктора нашего медицинского центра при разработке и проведении anti-age комплексов за основу берут все вышеперечисленные правила. Мы активно используем сочетание ДОТ/ДРОТ-терапии (SmartXide DOT 2, ДЕКА, Италия) и пептидной косметологической линейки Le Mieux производства Bielle Cosmetics Inc США. Главной отличительной чертой данной косметики является особенность ее формулы. Вместо традиционных глицерина и воды основой этих препаратов является гиалуроновая кислота. Кроме того, в состав входят синтетические пептиды, а также натуральные компоненты. При этом все действующие вещества содержатся в высокоэффективной концентрации. Такой состав позволяет широко использовать данную линейку для получения положительных результатов в достаточно короткий срок. Протокол использования пептидов с ДОТ/ДРОТ-терапией. 1. Аппликационная анестезия. 2. ДОТ или ДРОТ-терапия. 3. Завершающий этап – сразу после процедуры зону лазерного воздействия обрабатывают сывороткой EGF-DNA. Состав: 53 аминокислоты, гиалуроновая кислота и др. Они отвечают за взаимодействие с эпидермальными рецепторами и запуск реакций, в результате которых происходит ускорение процессов регенерации. Гиалуроновая кислота позволяет восстановить кислотную мантию и снизить трансдермальную потерю

влаги. И как следствие, уменьшение клинических проявлений, свойственных процедуре фракционного абляционного лазерного воздействия. 4. Домашний уход. В течение 10-12 дней после процедуры дважды в день наносят сыворотку Коллаген Пептид, в состав которой входит матриксил – пептид-стимулятор синтеза компонентов дермы, тимулен (Acetyl Tetrapeptide-2)-пептид стимулятор кожного иммунитета, улучшает регенерацию эпидермальных структур. В результате чего усиливается выработка компонентов внеклеточного матрикса, что способствует сокращению длительности реабилитационного периода. Через 2 недели после процедуры – увлажняющее средство Le Mieux ESSENCE.

Выводы. 1. При ведении реабилитационного периода его можно рассматривать: а) Как побочный эффект воздействия фракционного CO2 лазера. б) Как возможность усилить и пролонгировать конечный клинический результат, за счет восстановления нормального уровня функционально активных клеток эпидермиса, дермы и внеклеточный матрикс 2. Использование вышеперечисленных правил позволяет существенно уменьшить клинические проявления реабилитационного периода и сократить длительность их проявлений. Что немаловажно для клиентов, которые ведут активный социальный образ жизни.

Пластическое устранение дефектов, возникающих у пациентов с сосудистыми мальформациями головы и шеи.

Неробеев А.И., Большаков М.Н., Голубева С.Н.
Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Большое число пациентов с обширными сосудистыми аномалиями головы и шеи, свидетельствует об актуальности данной проблемы во всем мире, в частности, вопросов безопасного лечения, пластического замещения дефектов возникающих в результате развития заболевания и социальной реабилитации пациентов. В подавляющем большинстве сосудистые поражения головы и шеи, представлены сосудистыми мальформациями. Несмотря на свою доброкачественную природу и отсутствие опухолевого компонента у данной патологии, в процессе развития заболевания поражаются обширные области, порой на все слои. Подобное неограниченное прогрессирование заболевания приводит к значительным функциональным и эстетическим нарушениям. Учитывая высокую социальную значимость головы, лица и шеи в жизни человека, подавляющее большинство сосудистых мальформаций, возникающих в челюстно-лицевой области, вызывают значительный дискомфорт у пациентов. Большая вариативность видов и форм поражения сосудистыми мальформациями челюстно-лицевой об-

ласти вынуждает искать новые подходы к лечению пациентов с данной патологией. В ЦНИИС и ЧЛХ в течение многих лет лечения пациентов с сосудистыми аномалиями головы и шеи накоплен большой опыт, что позволило разработать и успешно применять на практике алгоритм лечения пациентов, которым было отказано в помощи во многих отечественных и зарубежных клиниках. Выбор метода лечения, в основном, определяется формой мальформации, объемом и локализацией поражения. Капиллярные мальформации, характеризующиеся ограниченным поражением покровных тканей, не представляют опасности для пациентов, однако причиняют значительный эстетический дефект. Для лечения капиллярных мальформаций, либо других форм, ограниченных одной-двумя анатомическими областями применяется хирургическое иссечение с одномоментной пластикой дефекта местными тканями, по возможности. Для венозных мальформаций характерно наличие большого количества обширных сообщающихся полостей и расширенных кровеносных сосудов, заполненных кровью. При лечении мальформаций с преобладанием венозного компонента применяется тактика поэтапного склерозирования с сохранением дренирующих сосудов. На каждом из этапов лечения «венозной» мальформации выполняется какой-либо вид склерозирования (химическое, термическое, лазерное, радиочастотное) пораженных тканей в сочетании с длительным компрессионным воздействием на область поражения. При достижении определенной степени уплотнения мягких тканей, пораженных сосудистой мальформацией, выполняется их удаление с пластикой дефекта. Артериальные мальформации, как правило, весьма ограничены, имеют конкретный питающий сосуд и хорошо поддаются лечению при комплексном подходе. В лечении мальформаций с преобладанием артериального компонента разработана сочетанная методика, заключающаяся в суперселективной эндоваскулярной эмболизации афферентных сосудов и последующем иссечении поражённых тканей в течение 2-3-х суток. При обширных артерио-венозных мальформациях, вследствие развития синдрома «обкрадывания» возникают значительные деформации и повреждения мягких тканей, которые длительное время воспаляются, кровоточат. Наибольшую опасность для жизни и трудности в лечении доставляют артерио-венозные мальформации, особенно поражающие кости. Учитывая большое количество артерио-венозных шунтов, однозначно охарактеризовать тип кровотока не представляется возможным, поэтому применяются все указанные методы, так же разработано несколько видов операций одномоментного удаления поражённых тканей и замещения дефекта мышечными лоскутами на ножке, либо применяется отсроченная пластика с применением реваскуляризированных сложных аутоаутоплантатов. Комплексный подход к обследованию, планированию лечения и сочетание различных методик лечения позволяет не только снизить до минимума риски в лечении пациентов с данной патологией, но и достичь эстетически удовлетворительных результатов и, как следствие, социальной реабилитации пациентов.

Интраоперационное моделирование свободных васкуляризированных мягкотканых аутотрансплантатов в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии.

Неробеев А.И., Гарелик Е.И., Гилева К.С., Абдуллаев К.Ф.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Реконструктивная хирургия головы и шеи занимает особое место в структуре пластической хирургии. Сложность устранения дефектов головы и шеи обусловлена высокими эстетическими требованиями к результатам лечения, геометрической сложностью обширных мягкотканых дефектов. Надежность микрохирургической пересадки тканей подтверждена как зарубежными и так отечественными авторами, однако для достижения хороших результатов пластической операции недостаточно только приживления трансплантата. Покровные ткани лицевой области и шеи уникальны и простое перемещение лоскутов с различных областей туловища и конечностей не позволяет полноценно восстановить утраченный контур и необходимый объем тканей в каждом случае. Мы предлагаем на этапе формирования пластического материала выполнять интраоперационную моделировку лоскутов, в соответствии с характером дефекта. Примером выполнения подобной моделировки может служить передне-боковой лоскут бедра на перфорантных сосудах (ПБЛБ). ПБЛБ обладает рядом преимуществ, такими как удаленное расположение от головы, минимальный донорский ущерб, анатомические предпосылки к проведению моделировки.

Цель исследования: повысить качество лечения пациентов с обширными мягкоткаными дефектами челюстно-лицевой области. Задачи исследования: 1) разработать варианты моделирования пластического материала в зависимости от характера дефекта; 2) выявить анатомические предпосылки к моделированию мягкотканых лоскутов; 3) разработать алгоритмы безопасного проведения этапа моделирования мягкотканых лоскутов.

Материалы и методы: в патологоанатомическом отделении проведено исследование сосудистой территории переднебоковой области бедра на трупном материале (120 образцов). В клинике выполнены реконструктивные операции пациентам с обширными мягкоткаными дефектами лица. Проведен анализ полученных результатов. Результаты. Получение химерных лоскутов в патологоанатомическом отделении выполнялось после ретроградной диссекции всех перфорантных сосудов, питающих кожу передне-боковой поверхности бедра до основного источника. Формирование химерного лоскута считалось возможным при отхождении двух соседних кожных сосудов от одного источника. Возможность для формирования

химерных лоскутов была выявлена в 74%. Условия для истончения лоскутов выявлены при выраженной толщине подкожно-жировой клетчатки (т. е. в тех случаях, когда истончение показано). С сохранением основных ветвей перфорантного сосуда в жировой клетчатке надежное истончение лоскута возможно осуществить в радикальном варианте (до 0,5-0,7 см) вне зависимости от исходной толщины. Пример 1: В случае сквозного дефекта щечной области (обширная оростомы) дефекты слизистой щечной области и кожи щеки имели различную форму и размеры, поэтому могут рассматриваться как отдельные дефекты. Для выполнения полноценного пластического устранения оростомы требуется устранить дефект слизистой и кожи щеки независимыми кожными лоскутами. С этой целью ПБЛБ, поднятый на 2 перфорантных сосудах и разделен на две геометрически независимые части – химерная модификация. Одна площадка лоскута сформирована для устранения дефекта слизистой щеки, другая сформирована для дефекта кожи щеки, питание обоих лоскутов осуществляется за счет одного комплекта анастомозов (1 артерия, 2 вены), благодаря их отхождению от одного источника. Приживление трансплантата полное. Открытие рта после операции – 35 мм. Пример 2: в случае гемиатрофии боковой поверхности лица выполнена объемно-контурная пластика с применением ПБЛБ в истонченной модификации. Достигнута симметрия со здоровой стороной. Учитывая преобладание жирового компонента лоскута над кожным, достигнуто восстановление объема при отсутствии резко заметных рубцов и участков цветового контраста кожных поверхностей. Приживление трансплантата полное.

Выводы. Моделировка трансплантатов позволяет достигать более высоких эстетических и функциональных результатов, сократить этапы реабилитации пациентов с дефектами головы и шеи. Обработка лоскутов должна проводиться с сохранением сосудистой системы, что подразумевает доскональное понимание сосудистой архитектоники донорской области. Применение кожно-жирового аутотрансплантата с переднебоковой поверхности бедра предпочтительно при обширных дефектах головы и шеи.

Аксональная реиннервация мимических мышц методом мультипрограммной электростимуляции.

Неробеев А.И., Сомова М.М., Доманский В.Л., Собакин И.А., Кошелев С.М.
Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Научно-технологический центр уникального приборостроения, Москва

Цель. Разработка клинической технологии активизации процесса аксональной реиннервации денервированных и

дегенерированных мимических мышц после операций нейромиопластики методом мультипрограммной динамической электростимуляции.

Задачи. 1) активация регенеративных процессов в трансплантированных нейро-мышечных структурах; 2) поддержание работоспособности трансплантата до завершения регенерации нервов; 3) тренировка симметричных и синхронных движений мимической мускулатуры.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 58 пациентов с параличом мимической мускулатуры после удаления невриномы слухового нерва. Пациенты были разделены на две группы: целевую (35 чел.) и контрольную (28 чел.) На этапе восстановительного лечения после реконструктивных операций, включающих кросспластику лицевого нерва, пациентам целевой группы проводили процедуры транскутанной электростимуляции (ЭС) нервов и мышц. Для активизации роста аксонов применяли ЭС в режиме подпороговой стимуляции, а для сохранения и восстановления сократимости мимических мышц и повышения их тонуса – супрапороговую ЭС в режимах имитации фазных мимических актов и тонического антигравитационного напряжения. Для достижения существенного клинического эффекта продолжительность курса ЭС должна быть от 4 до 9 месяцев. Поэтому для ЭС использовали специально созданный мультипрограммный стимулятор, обеспечивающий проведение лечения в домашних условиях при периодическом врачебном контроле. Пациентам контрольной группы проводили имитационные процедуры с помощью идентичных электростимуляторов, на выходе которых отсутствовали стимулирующие импульсы. Курс ЭС начинали спустя 5-7 суток после операции. Максимальная продолжительность курса – 12 месяцев. Состояние пациентов оценивали по результатам периодических исследований с применением интерференционной и стимуляционной электромиографии (ЭМГ), электродиагностических тестов и видеорегистрации произвольных и вызванных ЭС моторных актов.

Результаты. У 30 из 35 пациентов (86%) целевой группы выявлена положительная динамика параметров биоэлектрической активности, рост которых был на 25-30% больше таковых в контрольной группе. В такой же пропорции возрастал и объем произвольных движений пораженных мышц. При этом время восстановления функциональной активности сокращалось в 2-2,5 раза. В такой же степени снижалась асимметрия лица в покое и при мимических актах. В ходе совместных исследований ЦНИИС и ЧЛХ и НТЦ УП РАН разработана технология проведения консервативного и оперативного лечения поражений лицевого нерва с применением методов и технических средств тестирующей нейромиостимуляции. Определены параметрическая и программная структура тестов. Сформирован концептуальный подход к планированию оперативного вмешательства и лечебного процесса в целом.

Выводы. Мультипрограммная электростимуляция ауто-трансплантированных нервов и мышц является эффек-

тивным средством активации аксональной реиннервации мимических мышц при комплексном лечении паралича лицевого нерва. Разработанный в процессе исследования проект медико-технических требований аппаратно-программного комплекса является конкретным заданием для серийного производства современной аппаратуры, необходимой для использования в неврологии и нейрохирургии, реконструктивной хирургии, восстановительной медицине.

Клинический анализ результатов нейропластических операций при параличе мимической мускулатуры.

Неробеев А.И., Сомова М.М., Салихов К.С., Орлова Е.В.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Цель. Проанализировать и сравнить результаты восстановления мышечной активности с использованием различных методов пластики лицевого нерва и длительности паралича мимической мускулатуры.

Задачи. 1) определение скорости послеоперационной регенерации нейромышечных структур; 2) характеристика степени восстановления двигательной активности мимической мускулатуры; 3) динамическое наблюдение отдаленных результатов нейропластических операций; 4) выбор метода операции в зависимости от давности, этиологии и анатомии повреждения лицевого нерва.

Материалы и методы. Проведен клинический анализ результатов лечения 132 пациентов с параличом мимической мускулатуры после удаления новообразований мостомозжечкового угла. Пациенты были разделены на две группы: сроком повреждения лицевого нерва до 1 года (52 чел.) и от 1 года до 18 месяцев (80 чел.) У 125 пациентов проведено комплексное электромиографическое исследование. Разработана шкала сравнительной оценки функции мимической мускулатуры. По нозологическим единицам пациенты распределены следующим образом: врожденный парез мимической мускулатуры верхней зоны лица (5,2%), врожденный тотальный парез мимической мускулатуры (7,7%), посттравматический паралич мимической мускулатуры верхней зоны лица (33,3%), посттравматический паралич мимической мускулатуры нижней зоны лица (12,8%), посттравматический тотальный паралич мимической мускулатуры (41%). Все пациенты с нейромышечным повреждением получали комплексное лечение. Объем электромиографического исследования и оперативного вмешательства определялся индивидуально для каждого пациента. На этапе восстановительного лечения после реконструктивных операций, включающих кросспластику лицевого нерва, пациентам проводили процедуры транскутанной элек-

тростимуляции (ЭС) нервов и мышц. Курс ЭС начинали спустя 5-7 суток после операции. Максимальная продолжительность курса – 12 месяцев. Состояние пациентов оценивали по результатам периодических исследований с применением интерференционной и стимуляционной электромиографии (ЭМГ), электродиагностических тестов и видеорегистрации произвольных и вызванных ЭС моторных актов. Так же применялось подробное анкетирование в ранний послеоперационный период. Показатели исследований сравнивали между собой с целью выяснения разницы между скоростью прорастания нервов, а так же появление чувствительных изменений в послеоперационном периоде. Динамическое сравнение протекания послеоперационного периода дало возможность судить о тактических элементах хирургического лечения. В каждой группе пациентов использовались различные варианты хирургического лечения с учетом уровня повреждения лицевого нерва.

Результаты. У 50 из 52 пациентов первой группы выявлена положительная динамика параметров биоэлектрической активности, рост которых был на 20-25% больше таковых во второй группе. В такой же пропорции возрастал и объем произвольных движений пораженных мышц. При этом время восстановления функциональной активности сокращалось в 1,5-2 раза. В такой же степени снижалась асимметрия лица в покое и при мимических актах. Отдаленные наблюдения до 5 лет составили результаты лечения у 40 человек, которые подтверждали наличие положительной динамики на протяжении всего послеоперационного периода.

Выводы. В первую очередь при повреждении нейромышечной проводимости имеет значение временной фактор. Качественное разрешение реиннервации мимической мускулатуры напрямую зависит от срока нарушения функции лицевого нерва. Выбор методики нейропластической операции ограничен скоростью прорастания нервных волокон и восстановления нейромышечной передачи.

Реплантация и трансплантация конечностей в России. История и современность.

Новиков Ю.В.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

В любой операции, направленной на восстановление формы и функции тканей и органов, присутствуют элементы пластической хирургии. Новые рубежи в развитии реконструктивно-восстановительных операций открылись с развитием сосудистой хирургии. В 60-е годы прошлого столетия в Ярославле активно начали внедряться восстановительные операции в экстренной хирургии сосудов. Ярославцы стояли у истоков оказания неотлож-

ной специализированной ангиохирургической помощи в СССР, стали первыми организаторами межобластной бригады хирургов-ангиологов. Восстановительные сосудистые операции сохранили жизнь многих тысяч больных и функцию конечности при тяжелейших травмах. Неизбежно возникли вопросы реабилитации больных с травмами конечностей. Предпринятые попытки реплантации конечности подняли научный интерес к проблеме сохранения жизнеспособности трансплантируемых органов, изучению биохимических сдвигов в пересаженных тканях. На базе Ярославского медицинского института был создан научный центр по изучению вопросов реплантации конечности. Подготовленные на основе этих разработок методические письма изменили уровень и качество помощи в ангиотравматологии. Не случайно именно в Ярославле в 1970 году прошел I симпозиум по проблеме реплантации конечности под председательством вице-президента АМН СССР В.В. Кованова (г. Москва). Среди участников присутствовали пионеры восстановительной хирургии Кирпатовский И.Д., Лапчинский А.Г., Христин А.Д., Оксман Т.М., Гнилырыбов Т.Е. Ярославские ученые Зайцева Т.А., Вилянский М.П., Новиков Ю.В. выступили по всем разделам программы симпозиума. В последующие годы использование микрохирургической техники открыло возможности трансплантации нейроваскулярных лоскутов, костной пластики кровоснабжаемыми трансплантатами, микрохирургической реконструкции в клинике травматологии, онкологии, детской и челюстно-лицевой хирургии. В настоящее время Ярославль крупный медицинский центр, располагающий широкими возможностями реконструктивной и восстановительной хирургии. Создаются новые возможности, в том числе по аллотрансплантации конечности, отмеченные в мире многочисленными положительными клиническими результатами. Клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.В. Соловьева г. Ярославля (единственная в России) включена в перечень учреждений здравоохранения субъектов РФ, осуществляющих трансплантацию верхней, нижней конечностей и ее фрагментов. Желаю участникам IV Национального конгресса «Пластическая хирургия, эстетическая медицина и косметология» дальнейших успехов и внедрения новых методик и технологий.

Вопросы терапии алопеции.

Нурушева С.М., Хабижанов А.Б., Сагидолдина Л.К.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Проблема выпадения волос с формированием алопеций очагового и диффузного характера, несомненно, актуальна в дерматологии в целом и в дерматокосметологии в частности. Отмечается многообразие факторов, приводящих к развитию алопеций.

Цель настоящего сообщения: представить клиническую апробацию препарата «Фолтен Фарма» как средства против выпадения волос.

Материалы и методы. Пациенты с очаговой (2) и диффузной (18) алопецией неспецифической этиологии, 5 мужчин и 7 женщин, в возрастном диапазоне 15-45 лет, среди которых отмечались следующие причины выпадения волос: стресс – 3, инфекционный фактор – 1, беременность – 7, без определенного провоцирующего фактора – 9. По степени выраженности жалоб контингента: «сильное» выпадение волос – 7, «умеренное» – 13. Шампунь «Фолтен Фарма» одноименной итальянской фирмы в 2 формах: для мужчин (состав – трикосахарид, зантин, комплекс для восстановления и питания волос), для женщин (состав – трикалгоксил, комплекс для восстановления и питания волос). Форма применения: 3 раза в неделю в течение 2 месяцев, 2 раза в неделю в течение месяца; курс лечения 2 раза в год (весна/осень).

Результаты. По завершению курса лечения были получены следующие результаты: 14 пациентов (70%) – прекращение выпадения волос, отсутствие жалоб; 4 (20%) – «уровень» выпадения волос значительно уменьшился, визуально поредения волос не отмечается; 2 (10%) – выпадение волос «умеренно выраженного» характера. Последнюю группу составили пациенты с очаговой алопецией, при этом у них в очагах облысения отмечался обильный рост пушковых волос, прежде (до исследования) не наблюдавшийся. Особо следует выделить терапевтический эффект препарата среди беременных женщин, вошедших в группу 14.

Таким образом, препарат «Фолтен Фарма», показавший высокую эффективность, может быть рекомендован в составе комплексной терапии для лечения различного рода алопеций и как средство по уходу за волосами при их выпадении вследствие неспецифической этиологии.

Коррекция возрастных изменений средней трети лица новыми стратегиями тредлифтинга.

Оразов М.Р.

Клиника Beauty Expert, Москва

Коррекция возрастных изменений средней трети лица – одна из основных задач, которую ежедневно решают косметологи и пластические хирурги. Не погружаясь в глубины сложной и многогранной науки геронтологии, отметим лишь, что старение – это не патология, а естественный процесс в жизни человека. Возрастные изменения лица являются следствием процесса старения в целом, происходящем на тканевом, клеточном, субклеточном уровнях, которому сопутствуют внешние проявления, выражающиеся в изменениях поверхности кожи, объема и контуров лица. Основными изменениями являются: кожный эла-

стоз, гравитационный птоз и гипотрофия жировой клетчатки.

Целью исследования явилась изучение клинико-косметологической эффективности применения мезонитей с разнонаправленными насечками (игольчатые) Lead Fine Lift из полидиоксана для тредлифтинга тканей диаметром 60 мм для коррекции возрастных изменений средней трети лица.

Материал и методы исследования. В настоящее клиническое исследование включены 66 (n=66) женщин в возрасте 38 лет (± 4 года) с возрастными изменениями средней трети лица, обусловленными гравитационным птозом и дефицитом объема тканей в результате передислокации жировых компартментов. Пациентов в зависимости от морфо-функциональных характеристик старения лица подразделили на три подгруппы. Первая подгруппа (n=20) с усталым морфотипом, вторая (n=21) с мелкоморщинистым и (n=25) с деформационным морфотипом старения лица. Всем исследуемым пациенткам использовали индивидуальную схему имплантации мезонитей с разнонаправленными насечками (игольчатые) Lead Fine Lift из полидиоксана для тредлифтинга тканей диаметром 60 мм для коррекции возрастных изменений средней трети лица. При оценке клинической эффективности во время осмотра использовали метод с применением адаптированной шкалы GAIS (Global Aesthetic Improvement Scale). Данные были проанализированы в пакете MedCalc версии 12.3 статистического программного обеспечения (MedCalc Software Inc, Broekstraat, Бельгия). Учитывая характер распределения и использование категориальных параметров, все данные представлены в формате медиана (Me) m (ошибка медианы).

Результаты исследования. Оценка эффективности проводилась через 1 месяц и через 3,5 месяца после проведенной манипуляции. На первой консультации через неделю выявлены следующие нежелательные явления: 14 (21,2%) гематома мягких тканей на месте имплантации нитей, 18 (27,2%) сохранялся локальных отек тканей, 11 (16,6%) отметили боль во время пальпации. Через названный интервал времени удовлетворительный эстетический результат отметили почти все женщины 59 (89,3%). Различия отмечались уже через 4 недели лечения ($p=0,011$), и становились более выраженными через 3,5 месяца после имплантации мезонитей ($p<0,001$) у пациенток с мелкоморщинистым и усталым морфотипом старения лица.

Выводы. Обсуждение внешних проявлений признаков старения и методы коррекции является основным предметом настоящей дискуссии. Существуют различные подходы к коррекции возрастным изменениям средней трети лица. Вышеизложенная методика показала высокую клинико-косметологическую эффективность и эстетическую результативность у пациенток с мелкоморщинистым и усталым морфотипом старения лица и является методом выбора для коррекции данной зоны. Процесс выбора того или иного метода осуществляется на основании профессионального мировоззрения, которое опирается на

понимание сути возрастных изменений и их геронтогенеза. Наши усилия будут оправданы, а пациенты – довольны, только если мы имеем правильное представление о предмете коррекции.

Реабилитация в современной дерматокосметологии.

**Оспанова С.А., Ендибаева У.А.,
Сайлауова К.С., Суханбердиева З.М.**
SOS дерматокосметологический центр, Алматы,
Казахстан

Проблема медикаментозной терапии и реабилитации при акне, розацеа, периоральном дерматите остается актуальной и значимой в современной дерматовенерологии, дерматокосметологии.

Цель и задачи. Оптимизация реабилитации после медикаментозного лечения акне, розацеа, периорального дерматита.

Материалы и методы выполнения. Под нашим наблюдением на протяжении 16 недель после медикаментозного лечения находилось 30 больных с диагнозом акне, розацеа, периоральный дерматит в возрасте от 18 до 56 лет (средний возраст $32,6 \pm 2,8$ лет); из них 17 женщин (56%) и 13 мужчин (44%). Продолжительность заболевания в среднем составила $7,5 \pm 1,1$ мес. Все больные в период реабилитации получали процедуры редермализации, что представляет собой интрадермальное введение гиалуроновой кислоты с сукцинатом натрия в концентрации 1,8 мг/мл-2 мл. Данная терапия способствует глубокому восстановлению кожи, блокируя свободные радикалы, регулируя биохимические и физиологические процессы в клетках дермы, устраняя обезвоживание кожи. Курс лечения составил 4 процедуры с частотой применения 1 раз в 3 недели, затем 1 закрепляющий сеанс через месяц.

Полученные результаты. После проведенной реабилитационной терапии у пациентов отмечалась положительная динамика уже на $3 \pm 1,1$ сутки виде осветления воспалительного очага, $7 \pm 0,5$ сутки устранения поствоспалительной пигментации, к $10 \pm 1,0$ дню повышение упругости, эластичности кожи и улучшения рельефа кожи. Из субъективных ощущений пациенты отметили, что кожа не нуждается в нанесении увлажняющих средств.

Выводы. Таким образом, полагаем, что для оптимизации реабилитационного периода при акне, розацеа, периоральном дерматите процедура редермализации восстанавливает репаративную функцию кожи, улучшая внешний вид, предотвращает прогрессирующее развитие отсроченных процессов фиброобразования и может использоваться с целью профилактики возникновения патологических рубцов на месте бывших элементов

Эстетическая реконструированная пластика при «кокаиновом» носе.

Павлюченко Л.Л.
Российский университет дружбы народов, Москва

Результаты успешной пластики «кокаиновых носов» приводят всего несколько авторов в мировой литературе. На примере пациентки, ранее перенесшей септоринопластику и злоупотреблявшей кокаином в течение нескольких лет при наличии практически полного исчезновения четырехугольного хряща, верхних и нижних хрящей носа, с полным коллапсом носа при отсутствии носового дыхания демонстрируются возможности функциональной и эстетической контурной пластики с использованием ауто- и аллохрящевой ткани.

Изменение наклона глазной щели после лобно-височного-скулового лифтинга (ЛВСЛ).

Павлюченко Л.Л.
Российский университет дружбы народов, Москва

ЛВСЛ мы применяем в течение последних 7 лет, за этот период оперировано 79 пациенток и 5 пациентов возраста от 24 до 58 лет. Этой методикой с успехом пользуются наши ученики и последователи. По нашим данным, операция отличается хорошими эстетическими результатами. С целью выяснения влияния ЛВСЛ на кантальный тильт, как эстетическую константу, мы определили его изменением после операции у группы пациентов (30 наблюдений). Для этого с помощью транспортира определяли угол тильта по форматированным фотографиям пациентов анфас до и в сроки от 1 до 7 лет после ЛВСЛ. Измерения показали, что кантальный тильт увеличивается во всех наблюдениях после ЛВСЛ ($m=2,8$ град.), что является количественной величиной эстетического эффекта.

Липографтинг: в поисках выбора стандартов.

Петросян К.А., Антонян П.А.
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

В последнее время операции с имплантацией собственной жировой ткани (липографтинг) получают все большее распространение в практике пластического хирурга. В современной литературе опубликовано множество статей о методах забора жира, выбора донорской зоны, его хранения и последующей инъекции, в которых процент перманентных результатов колеблется от 5 до 50. М.Т. Рибейро и К.А. Карпанеда (1993) сообщают, что более 50% пересаженных

адипоцидов сохраняют свою биологическую активность, окружаясь коллагеновой капсулой и даже за ее пределами на расстоянии $1,5 \pm 0,5$ мм. Есть публикации, свидетельствующие о почти полной резорбции пересаженного аутожира. В настоящем сообщении мы хотим поделиться собственным опытом применения и стандартизацией методики липографтинга. В нашей клинике коррекция объема и заполнение различных участков деформации иптоза мягких тканей за период с 2012 г. до июня 2015 г. произведена 72 пациентам. Среди пациентов преобладали женщины 68 (94,4%), средний возраст которых составил 37 ± 5 лет. У 8 (11,1%) пациентов жир был заморожен при температуре -18°C , и через 60 дней после забора материала гистологическое исследование показало сокращение количества адипоцидов от 5 до 15%. Липосакция производилась обычными 10,0 мл шприцами и канюлей диаметром 2,0 мм при местной анестезии 1% раствором лидокаина. Местом забора жира у 56 пациентов была передняя стенка живота; у 16 – боковые области верхней трети бедра (гистологическое исследование жира существенных отличий в связи реципиентной зоной не выявило). Для фракционирования адипоцидов центрифугация материала не производилась, шприцы осливлялись на 10-15 минут в вертикальном положении. Был сохранен принцип вакуумности материала. Объем инъецированного аутожира колебался от 2,0 до 250,0 мл. У 6 пациентов через 10 дней было замечено уплотнение с последующим воспалением трансплантата, у 2 из которых были жировые кисты. Результаты были оценены по пятибалльной шкале через 6 и 12 месяцев после инъекции: 5 – отлично; 4 – хорошо; 3 – удовлетворительно; 2 – плохо (изменения почти незаметны); 1 – нет никаких изменений. Через 6 месяцев общая оценка составила 4,11, из них у 30 (42,2%) пациентов достигнуты отличные, у 28 – хорошие результаты, у 8 – удовлетворительные, у 4 – результаты оценивались как плохие, у 2 – оценка равнялась 1 (нет никаких изменений). Через 12 месяцев суммарная оценка была 3,8; у 26 пациентов были достигнуты отличные результаты, у 22 – хорошие, у 12 – удовлетворительные, у 8 – результаты оценивались как плохие, у 4 – нет никаких изменений. Больше половины пациентов; 48 из 72 через 12 месяцев были довольны результатами.

Таким образом, даже при наличии незначительных неудовлетворительных результатов (12/72), вопрос о стандартизации методов липографтинга и их совершенствование остается открытым и весьма актуальным.

Применение расширяющих ауто трансплантатов и их влияние на функцию внутреннего носового клапана: объективные и субъективные методы оценки.

Петросян К.А., Антонян П.А., Катаян Ш.О.
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Введение: использование техники spreader grafting является распространенной методикой при функциональной риносептопластике. Первоначально метод использовался для расширения носового клапана, но они также оказались очень полезными при эстетических коррекциях и реконструкциях среднего носового свода. Объективная оценка улучшения функции внутреннего носового клапана (ВНК) связанное с применением данного метода затруднена, в связи с тем, что любое изменение анатомических структур в каудальной и средней части носа так или иначе влияет на функцию ВНК. В данном сообщении мы поделимся опытом использования техники spreader grafting без каких-либо добавочных интраоперационных вмешательств и анатомических изменений на область ВНК, представим сравнительную характеристику ранних и поздних постринопластических результатов, а так же уровень удовлетворенности пациентов. Объективная оценка результатов была дана с использованием методов передней активной риноманометрии и риноскопии, которые были проведены до и после операции (через 2 недели).

Материал и методы исследования: 116 пациентам была выполнена функциональная риносептопластика за период с 2013 до июня 2015 года, у всех было затруднено носовое дыхание. Среди пациентов 86 были женщины (74,1%), средний возраст которых составил 31 лет. Пациенты, перенесшие операцию, были исследованы до и после с помощью активной передней риноманометрии и риноскопии. Результаты оценивались по пятибалльной шкале на 1 и 18 месяцев после операции: 5 – отлично; 4 – хорошо; 3 – удовлетворительно; 2 – плохо (почти незаметны); 1 – нет никаких изменений. Во всех случаях был использован метод открытой ринопластики, который включал – трансколлумелярный W-образный разрез, полную мобилизацию и разделение крыловидных хрящей по средней линии, забор хрящевого трансплантата выполнялся из перегородочного хряща, оставляя Г-образную носовую перегородку (1,5-2,0 см дорзальные и каудальные части). Размеры spreader graft-ов варьировали от 2,0-4,0 мм в ширине, в длине – 0,8-2,0 см. Верхний латеральный хрящ был отделен от перегородки, расширяющие трансплантаты были сшиты между дорзальной частями перегородки и верхними боковыми хрящами, используя нить 5/0 полипропилен. Исследование проводилось с помощью риноманометра SRE 2000, сочетающий в себе возможности ПАРМ и АР. Определяли суммарный объемный поток и суммарное сопротивление в точке фиксированного давления 150 Па.

Результаты: по данным риноманометрии (через 1 мес. после операции) у 110 из 116 результаты были в пределах нормы (500-800 см³). У 6 пациентов не было значительного изменения данных. Минимальное смещение было 45 см³, максимальное 176 см³, в среднем 86 см³. 1. После 1 месяца средняя оценка по предложенной шкале была 4,29, из которой 80 (68,9%) пациентов

оценили отлично, 12 – хорошо, 8 – удовлетворительно, 10 – плохо, а у 6 не наблюдалось никаких изменений. 2. После 18 месяцев, средний балл 4,03 из которых у 70 (42,2%) пациентов был достигнут отличный результат, у 14 – хороший, 10 – удовлетворительный, 12 – плохо, а 8 – без изменений. Во всех случаях раны зажили первичным натяжением, рубцы нормотрофичны, малозаметны. Выводы. Результаты были проанализированы с помощью ретроспективного оценивания, где оценка результатов показывает прямую взаимосвязь между субъективными и объективными методами оценки у 96 из 116 пациентов. 60/116 пациентов заметили, что их носовое дыхание улучшилось в два раза. Таким образом, риноскопические и риноманометрические данные показали значительное улучшение носового дыхания и функции ВНК в группе пациентов, которым выполнена операции с использованием данного метода.

Проблема капсулярной контрактуры при протезировании молочных желез.

Плаксин С.А., Шаршавина Е.Г.
Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

Капсулярная контрактура относится к наиболее серьезным рискам последствий протезирования молочных желез. Целью работы было проанализировать факторы риска и результаты хирургического лечения этого осложнения.

Материал и методы. В Центре пластической хирургии Пермской краевой больницы с 1993 по 2015 гг. выполнено 1032 протезирования молочных желез имплантатами 10 различных фирм с целью аугментации (867), мастопексии с увеличением (76), репротезирования (82), редукции с протезированием (4) и реконструкции молочных желез (3). Имплантаты российского производства (Балтик салве, С-Петербург – 13, Институт резиновых и латексных изделий, Москва – 16, НПО «Биопротез», Пермь – 89) устанавливали с 1993 по 2001 годы. С 1996 по 2015 гг. использовали импортные протезы у 913 пациенток: Eurosilicon – 774, CUI – 41, Polytech Silimed – 28, Sebbin – 16, McGhan – 19, Nagor – 6, Mentor – 1. Повторно обратилась по поводу развития капсулярной контрактуры 3-4 степени по Baker 71 пациентка (6,9%). Однако эта цифра не охватывает всех оперированных, так как основана только на активном обращении самих пациенток. Частота контрактур при использовании российских имплантатов с гладкой оболочкой равняется 36,4%, протезов CUI – 7,3%, Polytech Silimed – 10,7%, McGhan – 5,3%, Eurosilicon – 2,3%. Число аугментаций протезами других производителей слишком мало для статистической обработки.

Результаты. Повторно по поводу капсулярных контрактур 55 пациенткам выполнено 58 операций. 15 из них были оперированы ранее в других лечебных учреждениях края или страны. Контрактура формировалась преимущественно в течение первого года после операции в 59% случаев, однако в 18% случаев осложнение проявилось в сроки от 5 до 13 лет. В большинстве случаев контрактура развилась после имплантации российских протезов – у 31 пациентки (56,3%), у 21 из которых сроки нахождения имплантатов в организме достигали 12-19 лет. При повторных операциях у них имелось пропотевание геля, в 5 случаях разрыв протеза, силиконовые гранулемы тканей. Еще один фактор, усиливающий капсулообразование – серомы, которые предшествовали контрактуре у 8 человек (14,5%). Текстурированная поверхность и высокое качество имплантатов значительно сократили риск развития контрактуры. Повторно были оперированы после аугментации имплантатами Eurosilicon 10 пациенток, Polytech Silimed – 3, McGhan – 2, PIP – 1, Mentor – 1. У 7 человек, прооперированных в других учреждениях, установить фирму-производителя не удалось. Объем повторного вмешательства определяли по результатам объективного обследования, УЗИ молочных желез, по показаниям компьютерной томографии, и интраоперационной ревизии. Контрактура имела место в 47 случаях (81%), капсулярный фиброз с толщиной капсулы 3-4мм – в 11 (19%). Полное сращение капсул отмечено с имплантатами Polytech Silimed в 2-х случаях, одновременно с формированием двойной капсулы Eurosilicon в 2 случаях, с кальцинозом капсулы с имплантатами McGhan – в одном. Капсулэктомия с заменой протезов выполнена 43 пациенткам. Капсулотомия проведена во время 12 операций, в двух случаях она дополнена капсулорафией для уменьшения полости. После иссечения или рассечения капсулы полость всегда превышает по размерам исходную, поэтому для репротезирования использовали имплантаты на 10-30% больше удаленных. В 29 случаях установили протезы анатомической формы, в 22 – круглые, в 4 были переставлены те же имплантаты в другую позицию. Обязательным компонентом операции считали смену положения имплантата ретромаммарную на субпекторальную и наоборот. В 3 случаях ограничились удалением имплантатов и капсулэктомией при наличии околопротезной серомы, гранулам окружающих тканей. Различные осложнения развились после 10 операций (17,2%). В ранние сроки отмечены 4 серомы, в поздние – рецидив контрактуры у 4 пациенток, дислокация протеза – у 2. Выводы. Использование имплантатов с текстурированной поверхностью значительно сократило число капсулярных контрактур. При 3-4 степени контрактуры требуется капсулэктомия с заменой протеза на имплантат большей величины или капсулорафией, и сменой его положения. При наличии околопротезной серомы или гранулам целесообразно ограничиться капсулэктомией и удалением протеза.

Медицинская карта пациента. Особенности ведения и заполнения медицинской документации в зависимости от вида оплаты оказываемых медицинских услуг (ОМС, ДМС, платные услуги). Особенности ведения медицинской документации по пластической хирургии и косметологии.

Позина Н.В.

Клиника Астери-мед, Москва

Пластическая хирургия и косметология – это «молодые» (юридически) специальности, которые появились в нашей стране совсем недавно Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2009 №210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации». Медицинская помощь по данным специальностям оказывается населению только в виде платных медицинских услуг, исключая систему ОМС и ДМС. На данный момент не утверждены стандарты оказания медицинской помощи по этим специальностям, утверждены только порядки. Но, тем не менее, это не снимает ответственности медицинских организаций и врачей, оказывающих помощь по этим направлениям, перед проверяющими органами, которые могут проводить проверки и оценивать качество оказания медицинской помощи. В соответствии со ст. 37 ФЗ №323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» оценка качества оказанной медицинской помощи проводится на основании порядков в соответствии со стандартами. Соответственно, при отсутствии стандартов, оценка качества помощи должна производиться на основе порядков и буквальном исследовании медицинской документации. Как мы знаем, первичная медицинская документация была утверждена Приказом Минздрава СССР №1030 от 04.10.1980 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения». И была отменена в 1988 Приказом Минздрава СССР №750 от 05.10.88 «О признании утратившими силу нормативных актов Минздрава СССР (вместе с «перечнем нормативных актов Минздрава СССР, признанных утратившими силу»). Поскольку нового альбома первичной медицинской документации не принято, формы, принятые в 1980 году, используются до сих пор (Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 ноября 2009 г. № 14-6/242888). Тем не менее в 2004 году был принят Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 №255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг», который регламентировал оформление первичной медицинской документации, но при определенных условиях. Социальные услуги – это услуги, оказываемые медицинскими организациями по системе ОМС. Соответственно, ведение медицинской до-

кументации при оказании платных медицинских услуг может и должно отличаться. Далее был принят Приказ Минздрава России от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (вместе с «Порядком заполнения учетной формы N 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», «Порядком заполнения учетной формы 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь»»), который корректирует Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 №255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» №255. Итак, законодателем были утверждены некоторые формы ведения первичной документации. Но, несмотря на формулировку – унифицированная форма ведения медицинской документации, нужно понимать, что сейчас в России существуют различные виды оказания медицинских услуг. Это ОМС, ДМС, платные услуги. Поскольку отчетность о предоставлении медицинских услуг разная, то и ведение медицинской документации должно быть различное. В связи с вышесказанным, возникает вопрос о том, как же правильно оформить медицинскую карту пациента при оказании платных услуг по пластической хирургии и косметологии. Принимая во внимание, что карта должна быть оформлена полностью, в соответствие с принятым законодательством. Какая же форма документации должна быть в клиниках, оказывающих только платные медицинские услуги? Мы это обсудим вместе!

Устранение комбинированных дефектов при хирургическом лечении местно-распространенных опухолей челюстно-лицевой зоны.

**Поляков А.П., Решетов И.В.,
Ратушный М.В., Маторин О.В., Ребрикова
И.В., Филюшин М.М.**

Московский научно-исследовательский онкологический институт им П.А. Герцена, филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра, Москва

Цель: улучшение функциональной и социальной реабилитации пациентов после радикального хирургического лечения местно-распространенных злокачественных опухолей челюстно-лицевой зоны.

Материалы и методы: с 1992 по 2015 гг. в МНИОИ им П.А. Герцена выполнена реконструкция челюстно-лицевой зоны после радикального удаления злокачественных опухолей с использованием метода аутотрансплантации морфо-функционально тканей 275 пациентам. После хирургического лечения были сформированы орофаци-

альные, краниоорофациальные, ороорбитофациальные и изолированные дефекты нижней челюсти. Первичные опухоли были у 37% пациентов. III-я стадия опухолевого процесса установлена в 35,0%, IV-я в 60,0% случаев, рецидивные опухоли у 52,2%. 76,8% пациентов имели эпителиальные опухоли, из них с символом Т3 – 38,7% и Т4 – 58,1%. Резекция основания черепа произведена в 14% наблюдениях. Реконструкции выполнялись одновременно в 62%, в отсроченном порядке в 38% случаев. Для устранения дефектов использовано 328 ауто трансплантатов: висцеральных: 38 желудочно-сальниковых, 13 толстокишечно-сальниковых, 32 сальниковых; кожно-мышечно-костных: 14 лучевых, 19 подвздошных, 30 малоберцовых, 124 реберно-мышечных, 2 лопаточных, 3 реберно-лопаточных, 23 различных кожно-мышечных лоскутов и 30 кожно-фасциальных лучевых. Выполнялось отсроченное эндопротезирование ВНЧС у 8 пациентов для ликвидации ангиолитозов ВНЧС и различные варианты челюстно-лицевой ортопедической реабилитации, эндопротезирования и эпителизации средней зоны лица у 41 пациента. Результаты: послеоперационные осложнения возникли у 25% больных. Летальность составила 2,8%. Тотальный некроз лоскута отмечен у 4,8% пациентов. Некроз лоскута в группе костных ауто трансплантатов отмечен в 5,7% наблюдений. Функционально реабилитированы 83% пациентов в общей группе больных. Наименьший показатель реабилитации 69% в группе больных с комбинированными дефектами нижней челюсти, полости рта, ротоглотки и мягких тканей. Имплантация и зубное протезирование выполнено в 16% наблюдений.

Выводы: устранение комбинированных дефектов при хирургическом лечении местно-распространенных опухолей челюстно-лицевой зоны с использованием микрохирургической ауто трансплантации тканей и применением челюстно-лицевой ортопедической реабилитации позволяет наиболее полноценно реализовывать задачи функциональной и социальной реабилитации пациентов.

Модифицированные висцеральные ауто трансплантаты в реконструктивной хирургии верхних отделов пищеварительного тракта у онкологических больных.

**Поляков А.П., Ратушный М.В.,
Решетов И.В., Маторин О.В., Севрюков Ф.Е.,
Филюшин М.М., Ребрикова И.В.**

**Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, филиал
Федерального медицинского исследовательского
радиологического центра, Москва**

Введение: в результате успешного развития онкологической помощи существенно улучшились результаты выживаемости больных со злокачественными опухолями

орофарингеальной локализации. Значительная распространенность опухолей данной локализации, сложность и стойкость нарушенных функций дыхания, речи, глотания, сопровождающихся длительной и, нередко, стойкой утратой трудоспособности, ставят проблему реабилитации и качества жизни больных в ряд важнейших медико-социальных задач. Одним из перспективных направлений современной онкологии является необходимость выполнения реконструктивно-пластических операций на этапе хирургического лечения онкологических больных со злокачественными опухолями. Благодаря этому, значительно сокращаются сроки и качество реабилитации пациентов, а также, снижается уровень инвалидизации оперированных больных.

Материалы и методы: в клинике за период с 1995 по 2015 гг. накоплен опыт микрохирургической реконструкции глотки фрагментами желудочно-кишечного тракта у 90 пациентов со злокачественными опухолями орофарингеальной зоны в возрасте от 15 до 69 лет. У 70% больных была установлена III-IV стадия заболевания. Во всех случаях были сформированы обширные дефекты слизистой оболочки глотки. В качестве пластического материала нами использованы следующие висцеральные ауто трансплантаты: желудочно-сальниковый лоскут – 40, толстокишечно-сальниковый лоскут из фрагмента поперечной ободочной кишки с питанием на средних ободочных сосудах – 29, тонкокишечный лоскут – 15, лоскут из фрагмента сигмовидной кишки – 1, лоскут из фарука большого сальника – 4, толстокишечно-подвздошный лоскут – 1. У 4 пациентов, учитывая выраженный рубцовый процесс и отсутствие надежных реципиентных сосудов на шее, был использован модифицированный толстокишечно-сальниковый лоскут из фрагмента поперечной ободочной кишки с удлинённой сосудистой ножкой из левых ободочных сосудов. У 10 больных после восстановления пищевода функция с использованием ауто трансплантатов из фрагментов тонкой и толстой кишки была восстановлена и голосовая функция путем трахеопищеводного шунтирования с установкой голосового протеза.

Результаты: сроки наблюдения за оперированными пациентами колеблются от 2 месяцев до 16 лет. В 5% наблюдений был отмечен некроз ауто трансплантата. Питание через рот было восстановлено у 95% оперированных больных после ауто трансплантации висцеральных лоскутов. Существенных осложнений со стороны органов брюшной полости мы не отметили. Применение модифицированного толстокишечно-сальникового лоскута позволило реваскуляризовать ауто трансплантат с отдалённым источником кровообращения (внутренние грудные сосуды). Во всех случаях после установки голосового протеза была восстановлена речевая функция. Способ ауто трансплантации подвздошно-толстокишечного лоскута позволил в один хирургический этап выполнить не только удаление поражённых опухолью органов, но и одновременно восстановить утраченные пищеводную и голосовую функ-

ции, при этом, не прибегая к помощи искусственных протезов, а используя только собственные ткани.

Заключение: наличие группы больных перешагнувших десятилетний рубеж после операций, находившихся на грани операбельности, свидетельствует о том, что применение сложных реконструктивных операций, значительно расширяет границы резектабельности опухолей и улучшает результаты лечения данной категории больных. Применение метода аутотрансплантации висцеральных лоскутов способствует улучшению качества жизни пациентов и скорейшей их медицинской и социальной реабилитации.

Реконструктивно-пластическая хирургия и микрохирургические технологии в устранении дефектов покровных тканей головы и шеи.

Поляков А.П., Решетов И.В., Севрюков Ф.Е., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В.

Национальный медицинский исследовательский радиологический центр, Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Москва

Рак кожи развивается из эпидермиса или волосяных фолликулов и является наиболее часто диагностируемым злокачественным новообразованием в мире, по мировым оценкам ежегодно диагностируется 2-3 миллиона новых случаев местнораспространенных злокачественных новообразований кожи, на долю базальноклеточного и плоскоклеточного рака кожи приходится ~80% случаев всех злокачественных новообразований кожи, что в абсолютных числах составляет ~2 миллиона новых случаев ежегодно. Базалиомой преимущественно страдают представители белой расы, при этом риск развития опухоли в течение жизни составляет приблизительно 30%. Базальноклеточный рак кожи характеризуется медленным ростом и минимальной инвазией в мягкие ткани, при этом хирургическое лечение эффективно в большинстве случаев, однако при распространенных стадиях базалиомы хирургическое лечение представляется нецелесообразным, в связи с этим на поздних стадиях заболевание является тяжело протекающим и уродующим, сопровождается осложнениями и в некоторых случаях являющимся причиной гибели пациента

Материалы и методы. В отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена в период до 1998 г. проведено комбинированное лечение 64 пациентов со злокачественными опухолями головы и шеи. Преобладали эпителиальные опухоли, III-IV стадия опухолевого процесса была выявлена у 70% больных. Всем этим пациентам резекционный и реконструктивный этапы были выполнены в одно оперативное вмешательство. Ис-

пользован метод микрохирургической аутотрансплантации тканей. В качестве пластического материала были использованы реберно-мышечные, висцеральные, кожно-мышечные и кожно-фасциальные лоскуты. Хирургическое лечение с одномоментной реконструкцией выполнялось как этап комбинированного или комплексного лечения. Надежность пластического этапа обеспечивала реализацию комбинированного или комплексного лечения в необходимые сроки, что позволило полноценно реализовать послеоперационную консервативную терапию.

Результаты: 5-летняя выживаемость составила 66%. Пятнадцатилетний рубеж пережили 15,6% (10 наблюдений). Необходимо отметить, что все эти пациенты полностью функционально и социально адаптированы. Полностью восстановлены функции естественного питания с дентальным протезированием, дыхания, артикуляции. Пациенты живут полноценной семейной жизнью и у 2 пациентов были самостоятельные беременности с рождением здоровых детей.

Выводы. Применение метода микрохирургической аутотрансплантации тканей на реконструктивном этапе способствует повышению радикализма резекционного этапа. Надежная пластика обеспечила успешную реализацию комбинированного и комплексного лечения, что обеспечило 15-летнюю выживаемость у 15,6% и полноценную функциональную и социальную реабилитацию в этой группе больных.

Устранение дефектов средней зоны лица после хирургического лечения опухолей верхней челюсти и параназальных синусов.

Поляков А.П., Харазян А.Э., Назарян Д.Н., Епифанов С.А., Решетов И.В., Маторин О.В., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Севрюков Ф.Е., Ребрикова И.В., Лебедь З.С.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра, Первый медицинский государственный университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: улучшение функциональной, ортопедической и социальной реабилитации пациентов с дефектами средней зоны лица после хирургического лечения опухолей верхней челюсти и параназальных синусов. Материалы и методы: с 1992 по 2015 гг. в МНИОИ им. П.А. Герцена выполнена реконструкция средней зоны лица после хирургического лечения верхней челюсти и параназальных синусов 159 пациентам. Первичные опухоли были у 57% пациентов, рецидивные опухоли у 43%. III и IV стадия опухолевого процесса установлена в 75%.

У 77% пациентов выявлены эпителиальные опухоли, у 23% – неэпителиальные. В процессе работы использована классификация дефектов средней зоны лица J. Brown, которая определяет выбор метода реконструкции средней зоны лица. Реконструкции выполнялись как одномоментно (64%), так и в отсроченном порядке (36%). В 64 случаях дефекты устранены за счет микрохирургической аутоотрансплантации кожно-фациально-костных лучевых (8), кожно-мышечно-костных малоберцовых (1), кожно-мышечно-костных реберно-мышечных (51) лоскутов, кожно-мышечно-костных подвздошных (4). Одному пациенту выполнено устранение дефекта средней зоны лица справа кожно-мышечно-костным реберным лоскутом с включением широчайшей и зубчатой мышцы. 30 пациентам выполнена комплексная микрохирургическая реконструкция с использованием дополнительного висцерального или кожно-мышечного лоскута. Для полной стоматолого-ортопедической реабилитации 8 пациентам потребовалось вмешательство на височно-нижне-челюстных суставах, из них в 2 случаях выполнено протезирование височно-нижне-челюстного сустава, в 6 случаях – резекция венечного отростка для устранения тризма. Для устранения краниофациальных дефектов средней зоны лица 14 пациентам выполнена аутоотрансплантация сальникового лоскута и в 1 случае – желудочно-сальникового лоскута. 82 пациентам проведена ортопедическая реабилитация путем изготовления челюстно-лицевых протезов или эпитезов. В зависимости от локализации и объема дефекта, применялись различные виды конструкций челюстно-лицевых протезов.

Результаты: разработан алгоритм выбора метода реконструкции в зависимости от варианта дефекта средней зоны лица по J. Brown. Микрохирургическая реконструкция без дополнительной челюстно-лицевой и стоматолого-ортопедической реабилитации позволило реабилитировать 63% пациентов. Совместное участие онкологов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-ортопедов позволило реабилитировать 81% пациентов. Наибольший показатель реабилитации – 100% в группе больных с реабилитацией путем изготовления челюстно-лицевых протезов или эпитезов при дефектах J. Brown I, II, a, b. Использование только кожно-мышечных аутоотрансплантатов позволило восстановить питание через рот в 92% случаях, однако при этом возможно употребление только жидкой пищи. Общая частота некрозов костных аутоотрансплантатов составила – 5,7%. Имплантация и зубное протезирование выполнены у 16% пациентов.

Выводы: мультидисциплинарный подход и комбинация методов микрохирургии, стоматологической ортопедии и экзопротезирования при реабилитации пациентов после хирургического лечения опухолей верхней челюсти и параназальных синусов позволяет наиболее полноценно реализовывать задачи комплексной функциональной, ортопедической и социальной реабилитации пациентов.

Предварительный липофиллинг донорской зоны при аутопластических операциях на молочной железе.

**Преждецкий Ю.В., Борлаков А.В.,
Преждецкая В.Ю., Байчоров Э.А.**
Ростовский научно-исследовательский институт,
Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер, Ростов-на-Дону, Ставрополь

Цель работы: улучшение эстетических результатов реконструктивной маммопластики при кожесохраняющей мастэктомии у больных раком молочной железы за счет предварительного увеличения объема торако-дорзального лоскута путем липофиллинга.

Задачи:

1. Разработать способ кожесохраняющей мастэктомии с одномоментной аутопластической реконструкцией органа у больных раком молочной железы.
2. Изучить особенности течения послеоперационного периода и частоту хирургических осложнений.
3. Определить показания и противопоказания к выполнению предложенной операции.

Материал и методы. Прооперировано 12 больных раком молочной железы со стадиями процесса от T1N0M0 до T2N1M0, с малым и средним размером желез. У всех больных с предварительной гистологической верификацией и иммуногистохимическим исследованием опухоли за 7 дней до основного вмешательства осуществляли липофиллинг в проекции будущего торако-дорзального лоскута. Аутолипотрансплантация осуществлялась в толщу широчайшей мышцы спины и оба слоя клетчатки. Объем трансплантированных липографтов составил от 260 до 450 мл. Через неделю выполняли кожесохраняющую мастэктомию с сохранением соска и обязательным срочным гистоисследованием субареолярной и зоны проекции опухоли (край резекции), с 2- или 3-уровневой подмышечной лимфодиссекцией и сохранением обеих грудных мышц. Во всех случаях были подтверждены «чистые» края резекции. Далее больная переводилась в положение «на боку», для восполнения объема удаленной ткани МЖ выкраивали торако-дорзальный лоскут, укладывали и фиксировали в полости кожно-жирового конверта молочной железы. При этом высоко мобилизованная широчайшая мышца спины располагалась над аксилярной полостью, нивелируя мягкотканый дефицит. Иными словами, осуществляли миопластику возникшей аксилярной полости.

Следует отметить, что возможен повторный липофиллинг, как в мышцу, так и в подкожную клетчатку восстановленного органа в различные сроки после операции с целью дополнительного увеличения объема и придания желаемой формы реконструированной молочной железе.

Результаты. Хорошие эстетические результаты с высокой степенью симметрии и тактильной схожестью получены у 9 больных, удовлетворительные – в трех наблюдениях. В 4 случаях отмечена серома донорской зоны в связи с

одномоментно-последовательной лимфодиссекцией и формированием лоскута. Возникшее единое пространство и обусловило частое возникновение данного осложнения. Серомы ликвидированы неоднократными пункциями.

В первых трех наблюдениях на спине отмечался краевой некроз кожных раневых краев до 3 мм шириной. Купирован консервативно. Причиной этому оказалось выкраивание лоскута над скарповской фасцией. После изменения техники операции с диссекцией лоскута под указанной фасцией ишемических расстройств не наблюдали.

Обсуждение. Предлагаемый способ хирургического вмешательства позволил исключить осложнения, характерные для аллопластики, такие как капсулярная контрактура, серома; смещение, поворот или переворот эндопротеза, экспозиция и экструзия имплантата. Способ более прост и надежен в сравнении с использованием свободных кожно-мышечных, кожно-жировых или перфорантных лоскутов на микроанастомозах, что уменьшает продолжительность оперативного вмешательства и помогает избежать осложнений, сопутствующих операциям такого рода. Предложенная методика предполагает незначительную деформацию донорской зоны за счет предварительного утолщения поверхностного слоя жировой клетчатки.

Выводы. Данное вмешательство показано женщинам с небольшим и средним размером молочных желез, возможно птозированным. Стадия онкологического процесса должна быть не выше T2N1M0, молекулярный подтип опухоли – люминальный А или В. Предложенная операция обладает некоторыми преимуществами перед традиционными аутопластическими и аллопластическими вмешательствами, позволяет достичь хорошей симметрии как в визуальном, так и в тактильном аспекте. При корректном техническом исполнении число осложнений возможно свести к минимуму.

Опыт применения свободных аутотрансплантатов для устранения дефектов наружного носа.

**Пухов А.Г., Бурмистрова А.В.,
Медведев А.А., Татунов М.А.**

Челябинская областная клиническая больница,
Челябинск

Цель работы – проанализировать возможности использования свободных аутотрансплантатов, в том числе свободного кожно-хрящевого лоскута, для закрытия сквозных дефектов носа, показать их достоинства. Провести анализ различных вариантов пластик сквозных дефектов хрящевого отдела носа из собственного опыта. Любое нарушение анатомической формы лица является тяжелой травмой, требующей специального местного и общего лечения. Дефекты различных отделов наружного носа могут возникать в результате бытовой или производственной травмы, могут быть следствием удаления новообразова-

ний наружного носа. Нередкой ситуацией стала травматическая ампутация крыла и кончика носа, что связано с увлечением к разведению собак бойцовых пород. Представлен опыт 22 случаев хирургического замещения имеющихся дефектов наружного носа в разные сроки после травмы. В 17 случаях дефект возник после укуса собаки, в одном случае – укуса человека. В одном случае после тяжелой сочетанной электротравмы и в 2 случаях имел место дефект после удаления опухолей. Для закрытия дефектов наружного носа, полученных в результате иссечения опухоли с последующей лучевой терапией, применялся лоскут тыла стопы, который по своим характеристикам (структура кожи, пигментация) максимально приближен к покровным тканям лица. Для закрытия дефектов крыла и кончика носа во всех случаях использована модернизированная методика, описанная К.П. Суловым в 1897 г. Методика заключается в свободной пересадке фрагмента ушной раковины, включающего хрящ, подкожную клетчатку и кожный покров с обеих сторон. 17 пациентам выполнены 21 поэтапных трансплантаций. У 1-й пациентки после электротравмы с полным дефектом кончика и крыла носа выполнены 2 трансплантации с интервалом в 4 месяца, у одного пациента выполнено 3 поэтапных трансплантации. В послеоперационном периоде стандартно назначалась антибиотикотерапия и лечение, направленное на улучшение микроциркуляции. В некоторых случаях проведен курс ГБО. Приживление трансплантата получено с 16 случаями. Полное отторжение трансплантата отмечено в 3 наблюдениях, из них в 2 – на ранних этапах освоения методики. В 5 случаях отмечены явления ишемии, приведшие к мацерации и краевому эпидермолизу. В этих случаях придерживались выжидательной тактики, выполнялись перевязки с антисептиками, экономные некрэктомии, что привело к получению положительного результата.

Заключение. Большой выбор применяемых методик, в том числе применение васкуляризированных трансплантатов, при тщательном отборе пациентов позволяет получать результаты близкие к оптимальным. Свободный кожно-хрящевой трансплантат является практически идеальным для косметического и функционального (с целью профилактики нарушений носового дыхания) устранения дефектов кончика и крыла носа. При соблюдении всех правил кожно-хрящевой трансплантат ушной раковины является весьма надежным и должен быть рекомендован для практического использования.

Опыт применения различных вариантов абдоминопластики для коррекции деформации передней брюшной стенки.

**Пухов А.Г., Медведев А.А., Татунов М.А.,
Бурмистрова А.В.**

Челябинская областная клиническая больница,
Челябинск

Жизненный опыт вообще и опыт хирургии доказывает стремление во всех случаях достигать максимального результата минимальными средствами. Предлагается собственный опыт использования различных вариантов коррекции передней брюшной стенки за 2000-2015 гг.

Цель исследования: оценить возможности применения известных технологий и определить необходимость объема оперативного вмешательства в отдельном индивидуальном случае. Представлен опыт 448 операций, выполненных в период с 2005 по 2015 гг. Во всех ситуациях основой являлся известный стандартный постулат, что абдоминопластика является комплексным методом оперативной коррекции деформаций передней брюшной стенки в виде изолированного удаления излишков кожи и подкожно-жировой клетчатки и коррекции мышечно-апоневротического каркаса данной области. Разделение пациентов по характеру патологии проводили на 4 группы по принципу А.А. Адамян (1998 г.): 1) наличие кожно-жирового фартука в сочетании с диастазом прямых мышц живота; 2) сочетание кожно-жирового фартука с грыжей передней брюшной стенки; 3) послеродовое растяжение кожи передней брюшной стенки; 4) рубцовая деформация передней брюшной стенки. Использованы различные технологии: удаление избытка кожи с подкожно-жировой клетчаткой в изолированном варианте, в сочетании с устранением диастаза прямых мышц живота и пластики грыжевых ворот. До 2008 г. в 11 случаях применен метод дерматолipopластики, включающий липосакцию эпи- и гипогастральных областей и дезэпидермизацию области «кожного фартука» с последующей пластикой с формированием кожной дубликатуры. В последующем, из-за тенденции к формированию грубых рубцов, данная технология не применялась. В большинстве случаев часть жировой клетчатки, особенно верхних отделов живота, удалялась методом липосакции, что, одновременно с удалением жировых отложений, обеспечивает отсепаровку кожно-жирового лоскута и облегчает выполнение устранения диастаза прямых мышц живота. При наличии грыжи выполнялась одномоментная пластика. Пластика местными тканями белой линии выполнена в 4 случаях, пупочной грыжи в 16 случаях, пластика грыж в подвздошных зонах – в 3 случаях. Обязательным являлось дренирование операционных полостей, антибиотикопрофилактика в стандартных дозах. Осложнения наблюдались в виде сером – 17 случаев (3,8%), некроза дистального отдела кожно-жирового лоскута в 4 случаях (0,9%), краевого некроза в 12 случаях (2,7%). В одном случае отмечен рецидив вентральной грыжи. Некрозы дистального отдела кожно-жирового лоскута, в основном, отмечены в раннем периоде освоения технологии. За последние 2 года отмечены 3 краевых некроза у злобно курящих пациенток и при сопутствующем сахарном диабете. Во всех случаях после проведения адекватного лечения, поэтапной экономной некрэктомии и пластики местными тканями удалось получить удовлетворительный эстетический результат. Следует отметить, что все случаи некрозов на-

блюдались в ранний период освоения методики. В отдаленном послеоперационном периоде положительный результат отмечен во всех случаях, несмотря на потребность в дополнительной коррекции у единичных пациентов.

Выводы: 1 Современные технологии являются эффективными способами коррекции передней брюшной стенки. 2. Дифференцированное решение об оперативной коррекции передней брюшной стенки с учетом общего состояния пациента при наличии сопутствующих заболеваний и комплексный подход в выборе хирургической тактике позволяет получать хорошие функциональные и эстетические результаты.

Эстетическая и функциональная ринопластика 20-летний опыт.

**Пухов А.Г., Татунов М.А., Бурмистрова А.В.,
Медведев А.А.**

**Челябинская областная клиническая больница,
отделение реконструктивной и пластической
хирургии, Челябинск**

Цель и задачи работы – проанализировать результаты выполненных ринопластик, возможности использования различных трансплантатов для устранения дефицита объема тканей носа и формирования каркаса, показать их достоинства и недостатки. В ринопластической хирургии до сих пор продолжается поиск методик, которые приводят к надежному, предсказуемому отдаленному результату. Поэтому для получения более предсказуемого результата в большинстве случаев используется открытый доступ для выполнения ринопластики – 93% пациентов и в 7% случаев выполнялся эндоназальный доступ. С 2000 г. в отделении реконструктивной и пластической хирургии выполнено 1350 оперативных вмешательств по поводу пластики носа, как эстетической, так и функциональной. В 95% случаев пациентов устроил эстетический и функциональный результат. Из выполненных ринопластик 994 пациента с первичной эстетической ринопластикой, 210 пациентов с посттравматическими дефектами носа, 146 пациентов с послеоперационными деформациями носа. При выполнении первичной эстетической ринопластики в 75% случаев была необходимость проведения и функциональной коррекции носа (пластика перегородки носа 85%, резекция носовых раковин 14%, закрытие перфораций перегородки носа 1%). В случаях посттравматических ринопластик функциональная коррекция проводилась в 95% случаев. У пациентов с послеоперационными дефектами носа оперативное вмешательство в 73% случаев выполнялось только с эстетической целью. Для восстановления различных деформаций носа используются разные методы и материалы. В 1% случаев с незначительными послеоперационными дефектами использовались препараты гиалуроновой кислоты. Отмечены хорошие отдаленные результаты в течение 1-2 лет. В 2% случаев с

послеоперационными и посттравматическими дефектами для восполнения дефицита тканей и подготовке к последующей ринопластике выполнялся липофилинг. Как самостоятельный метод исправления дефектов носа, липофилинг использовался в 5 случаях, но не дал устойчивого послеоперационного результата. В 7% случаев для восполнения дефицита тканей и восстановления каркаса носа применялись искусственные трансплантаты (силикон, рогех) и хрящевой аллотрансплантат. В 90% случаев в данных операциях интраоперационно использовался хрящевой ауто/аллотрансплантат. Использование силиконового трансплантата в основном применялось у пациентов с выраженной посттравматической и послеоперационной деформацией носа, при отсутствии собственного хрящевого каркаса. Из данного материала формировалась как спинка носа, так латеральная и медиальная ножка крыльчатых хрящей. В раннем послеоперационном периоде хороший эстетический и функциональный результат. В отсроченном периоде – от одного года до трех лет, в 95% случаев наблюдалось пролабирование трансплантата через слизистую оболочку носа. Трансплантаты фирмы «рогех» использовались у двух пациентов с посттравматической деформацией спинки носа. Мы отмечаем хороший результат, как в раннем, так и позднем послеоперационном периоде. Аллотрансплантат использовался в случаях выраженных посттравматических и послеоперационных дефектов носа. Как для восстановления спинки носа, так и для формирования медиальных и латеральных ножек, каркаса носа. При использовании данной методики отмечается хороший эстетический и функциональный результат, как в раннем, так и позднем послеоперационном периоде. Не отмечено ни одного случая пролабирования трансплантата. При незначительных дефектах спинки носа или для восстановления хрящевого каркаса кончика носа в большинстве случаев используется собственная хрящевая ткань.

Выводы: 1. Для получения более надежного и ожидаемого результата ринопластики, предпочтительнее открытый доступ оперативного вмешательства.

2. Дифференцированный подход использования различных трансплантатов при соответствующих показаниях позволяет получить хорошие эстетические и функциональные результаты.

Пластика носа в практике поливалентного пластического хирурга.

Пшениснов К.П.

Европейский медицинский центр, Москва

Выбирая специалиста для эстетической коррекции носа, пациент обращается не только к общим пластическим хирургам, но и к ЛОР-врачам, челюстно-лицевым хирургам, владеющим пластикой носа, а также к хирургам, специализирующимся исключительно на косметических операциях.

Последние годы среди косметологов (дерматологов) стали популярны так называемые медицинские ринопластики с помощью филеров и нейротоксинов. При выполнении ринопластики оливалентный пластический хирург имеет следующие преимущества перед представителями смежников: 1. Выполняет операцию по улучшению внешнего вида части тела в соответствии с основным определением своей врачебной специальности. 2. Обучен проводить анализ носа в соотношении с пропорциями лица в целом, при необходимости сочетая ринопластику с контурной пластикой лицевого скелета. 3. По регламенту своей работы изначально ориентирован на привлечение смежников для выполнения лечебных манипуляций в области носа. 4. По природе специальности пластической хирургии имеет лучшие навыки реконструктивно-восстановительной работы со всеми структурами носа в противовес упрощенным деструктивным подходам к коррекции носа. 5. Пластическая хирургия в своей основе имеет науку об оптимальном заживлении ран. На этом основании пластический хирург имеет преимущества, в том числе благодаря углубленным познаниям современных шовных и перевязочных материалов. 6. Все пластические операции основаны на применении лоскутов и трансплантатов. Пластический хирург имеет более фундаментальную базу в выборе технико-оперативных приемов неинвазивной и предсказуемой ринопластики, в том числе благодаря осознанному выбору пластических материалов (ауто/алло/ксено/имплантатов). 7. Как специалист в пластике всех частей тела не ограничен выбором донорских ресурсов только в области головы и шеи. 8. Ведение практики пластическим хирургом направлено на исконные интересы пациентов эстетической хирургии, в которой результаты работы проводятся самими пациентами. 9. Лечить не болезнь, а больного. Пластика носа – лишь один из запросов конкретного пациента пластической. Частое сочетание с имиджевыми, омолаживающими операциями, пластикой других частей тела (увеличение груди, например). 10. Пластические хирурги обычно работают в тандеме с косметологами, при этом интересы профессии не должны вступать в противоречие с бизнесом эстетической медицины. Профильные кафедры образовательных учреждений, лечебные учреждения и профессиональные сообщества могут учитывать названные преимущества подготовки и квалификации пластических хирургов для создания эффективных рабочих мест специалистам.

Современные технологии пластических операций на передней брюшной стенке.

Пшонкина С.Ю., Рябцев Д.А.

Клиника «МЕДЛАЗ», Москва

Проанализирован опыт 189 пластических операций на передней брюшной стенке за период с 2010 по 2015 гг. 98

операций [54,1%] составила липосакции живота, 91 [45,9%] – абдоминопластика в сочетании с другими вмешательствами. При выборе способа и объема оперативного вмешательства учитывали наличие и степень выраженности тех или иных изменений мягких тканей живота и прилежащих областей. К эстетическим деформациям передней брюшной стенки отнесли следующие изменения: 1. Излишние подкожно-жировые отложения. 2. Птоз и перерастяжение кожи и подкожной жировой клетчатки различной степени выраженности. 3. Наличие мышечно-апоневротических дефектов в слабых местах передней брюшной стенки (диафрагма, грыжа). 4. Комбинация всех изменений. Липосакция составила 54% [98] всех операций, выполненных с целью коррекции формы живота. Была выполнена 91 абдоминопластика [46% от общего числа пластических операций на передней брюшной стенке]. Миниабдоминопластика была выполнена 3 пациентам [3,3%]. 42 абдоминопластики [46,2% от общего числа абдоминопластик] сочетались с другими оперативными вмешательствами, выполненным на передней брюшной стенке и в смежных областях: 1. Грыжесечение и пластика сетчатыми трансплантатами (on-lay, sub-lay) – 20 [22%]. 2. Абдоминопластика и маммопластика – 20 [22%]. 3. Липосакция прилежащих областей – 18 [19,8%]. 4. Торсопластика – 4 [4,4%]. 5. Миниабдоминопластика и липосакция – 3 [3,3%]. 6. Пластика послеоперационных рубцов передней брюшной стенки после предшествующих хирургических вмешательств – 2 [2,2%]. Сопутствующие изменения передней брюшной стенки – 20 пациентов [22% от всех абдоминопластик]: 1. Пупочная грыжа – 12 [13,2%]. 2. Вентральная грыжа – 7 [7,8%]. 3. Послеоперационная вентральная грыжа – 5 [5,5%]. 4. Диафрагма прямых мышц живота – 8 [8,8%]. Послеоперационные осложнения: 1. Серома – 12 случаев [13,2%]. 2. Послеоперационная гематома – 2 [2,2%]. 3. Некроз пупка – 3 [3,3%]. 4. Нагноившаяся гематома – 1 [1,1%]. 5. Деформация послеоперационного рубца – 5 [5,5%]. 6. Краевой некроз – 0%

Выводы: 1. Абдоминопластика выполнялась в 48% случаев для коррекции эстетических деформаций передней брюшной стенки, в 18% случаев выполнялись симультантные оперативные вмешательства по поводу мышечно-апоневротических дефектов передней брюшной стенки. 2. При комбинированных деформациях передней брюшной стенки липосакция может быть фактором риска, ухудшающим физиологический и эстетический результат операции.

Эндоскопическая тубопластика при лечении обструктивного апноэ сна у детей.

**Русецкий Ю.Ю., Полунина Т.А.,
Алтуни В.В., Малявина У.С.**
Научный центр здоровья детей, Москва

Наиболее распространенным вмешательством при этом детском синдроме обструктивного апноэ сна (СОАС) яв-

ляется аденотонзиллэктомия (АТЭ). Эффективность АТЭ в отношении СОАС по данным литературы варьирует от 25% до 100%. Потенциальной причиной сохранения симптомов апноэ может быть гипертрофия других элементов лимфаденоглоточного кольца, в частности трубной миндалины. Гипертрофия трубной миндалины в качестве причины СОАС редко упоминается как в отечественной, так и зарубежной литературе. При этом трубная миндалина не является анатомическим синонимом трубного валика, окружающего глоточное отверстие слуховой трубы. Цель работы: оценка эффективности первого опыта использования эндоскопической тубопластики при лечении СОАС, обусловленного гипертрофией трубных валиков.

Материалы и методы: в работу вошло трое детей с жалобами на остановки дыхания во сне, затруднение носового дыхания, ранее оперированные по поводу СОАС. Обследование детей включало клинический осмотр, фиброскопию носоглотки и полисомнографию. Всем пациентам была выполнена эндоскопическая тубопластика, заключающаяся в шейверной резекции гиперплазированных трубных валиков и их частичной лазерной абляции. Мы использовали в работе полупроводниковый лазер ЛАЗОН-10-П с длиной волны 532 нм и гибким световодом. Особенное внимание уделялось фрагментам валиков, распространяющихся через хоаны в задние отделы полости носа. Гемостаз проводился биполярным коагулятором. Результаты лечения оценивали через 1 месяц после операции по данным контрольной полисомнографии. Критерий эффективности хирургического лечения СОАС принимался в соответствии с правилами AASM: снижение индекса апноэ-гипопноэ на 50% и более.

Результаты. Во всех случаях послеоперационный период протекал без осложнений, повышенного кровотечения при данной технике резекции трубных миндалин, а также нарушения функции слуховой трубы не выявлено. Данные контрольной полисомнографии подтвердили положительную динамику после лечения. Первый опыт применения эндоскопической шейверно-лазерной тубопластики показал ее высокую эффективность в отношении СОАС у детей.

Пластическое закрытие перфорации перегородки носа у детей: наши первые клинические наблюдения.

**Русецкий Ю.Ю., Спиранская О.А.,
Малявина У.С., Латышева Е.Н.**
Научный центр здоровья детей, Москва

Большое количество научных публикаций по перфорации перегородки носа говорит об ее актуальности во взрослой оториноларингологической практике, а в педиатрической практике эти данные фрагментарны и неполны. Несмотря на гистологические особенности строения четырехугольного хряща перегородки носа у детей (вы-

сокая синтетическая активность, аппозиционный и интерстициальный рост хряща), перфорации встречаются в педиатрической практике. По данным отечественных и зарубежных авторов, дефекты в передних отделах перегородки носа у детей должны лечиться хирургическим методом. Исключение составляют сопутствующие системные заболевания, при которых оперативное лечение малоэффективно.

Цель: выбор оптимальной тактики закрытия перфорации перегородки носа у пациентов детского возраста.

Материалы и методы: С 2013 по 2015 гг. нами было прооперировано 10 пациентам с перфорацией перегородки носа в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст 13 лет 6 месяцев). При поступлении пациенты предъявляли жалобы на затрудненное носовое дыхание, свист при дыхании, ощущения сухости в носу. Из анамнеза установлено, что 7 (70%) детей дефект перегородки носа был случайной находкой при оториноларингологическом осмотре. У 2 (20%) пациентов затрудненное носовое дыхание беспокоило в течение нескольких лет, периодически пользовались сосудосуживающими каплями и интраназальными глюкокортикостероидами. Родители одного пациента (10%) связывали перфорацию перегородки с травмой носа. Все дети прошли общеклиническое обследование, исследование периферической крови на маркеры системных заболеваний (ANCA), компьютерная томография и виртуальная риноскопия носа и околоносовых пазух. Маркеры крови на системные заболевания во всех наблюдениях отрицательные. На компьютерных томограммах и виртуальной риноскопии определялось искривление перегородки носа и отчетливо визуализировался дефект перегородки носа, причем картина виртуальной риноскопии соответствовала передней риноскопии. При осмотре практически у всех пациентов слизистая оболочка полости носа сухая, перегородка носа искривлена. Перфорации были округлой, щелевидной формы, во всех наблюдениях находились в передних отделах перегородки носа, размеры от 0,3 x 0,5 см до 1 см. Всем пациентам выполнено под эндоскопическим контролем пластическое закрытие перфорации перегородки носа в сочетании с септопластикой. 8 пациентам закрытие дефекта перегородки было выполнено с помощью мобилизации и перемещение лоскутов слизистой оболочки из полости носа с реимплантацией аутохряща. У двух пациентов для закрытия дефекта использовался лоскут слизистой оболочки с внутренней поверхности щеки на питающей ножке с медиальным основанием. Завершающим этапом операции было установка и фиксация к перегородке носа силиконовых шин. Все дети операцию перенесли удовлетворительно. Послеоперационный период протекал без особенностей и особенностью ведения его был принцип отказа от использования сосудосуживающих капель и гормональных препаратов. Пациенты были выписаны на 10 сутки после операции с рекомендациями: ежедневный туалет носа физиологическим раствором натрия хлорида, обработка слизистой оболочки полости носа мазью «Бак-

тробан» и интраназально персиковое масло в течение 10 дней.

Результаты. У 9 пациентов отмечен положительный результат, швы состоятельные, перфорация нет. В одном случае, у семнадцатилетней пациентки перегородки носа визуализировалась резидуальная перфорация размером 2 мм x 2 мм. Результат данного клинического наблюдения мы оценили как положительный, так как резидуальная перфорация не вызывала клинической симптоматики.

Выводы: таким образом, перфорация перегородки носа у детей встречаются чаще, чем об этом думали. Использование принципов пластического закрытия перфорации у взрослых могут быть с успехом использованы у пациентов детского возраста. Первый опыт пластического закрытия перфорации перегородки носа у детей оказался успешным, но требует дальнейшего наблюдения и отработки технических деталей операции, особенности ведения предоперационного и послеоперационного периода.

Отдаленные функциональные и косметические результаты риносептопластики у детей, выполненной в остром периоде травмы носа.

Рыбалкин С.В., Юнусов А.С.

Научно-клинический центр оториноларингологии, Москва

Костно-хрящевой каркас носовой перегородки у детей является доминирующим центром роста носовой полости и наружного носа. Поэтому риносептопластика, выполняемая в детском возрасте, принципиально отличается от таковой у взрослых и направлена не только восстановление анатомии и нарушенных функций носа, но и на создания условий нормального роста и развития носа и лицевого скелета в целом. В идеальной ситуации хирургическое лечение должно быть отложено до пубертатного возраста и окончания роста лицевого скелета. Тем не менее имеются объективные показания для неотложного вмешательства в детском возрасте: травматические повреждения перегородки и наружного носа; тяжелое нарушение респираторной функции носа; сформировавшийся хронический риносинусит; прогрессирующая деформация наружного носа, вызывающая серьезные психологические проблемы в том числе и у детей, ранее оперированных по поводу врожденного незаращения верхней губы и неба.

Целью проведенного исследования явился сравнительный анализ функциональных и косметических результатов риносептопластики у детей, выполненной в остром периоде травмы и в отдаленные сроки. В исследование было включено 122 пациента с посттравматической деформацией перегородки и наружного носа в возрасте от 7 до 15 лет, среди них было 95 (77,8%) мальчиков и 27 (22,2%) девочек. Риносептопластика 54 пациентам

была выполнена на 8-15-е сутки после травмы носа, 68 пациентам (контрольная группа) – в более отдаленные сроки: 0,5-6 лет. Катамнестическое обследование проводилось в сроки от 1,5 до 6 лет после проведенной рино-септопластики. Для оценки косметических результатов хирургического лечения проводили фотографирование лица пациента до операции и в различные после нее сроки. При этом учитывалась субъективная оценка результатов операции пациента и его родителей. Функциональные результаты методом акустической ринометрии. Хорошим результатом считали увеличение минимальной площади поперечного сечения полости носа более чем в 2,5 раза. По результатам катамнестического обследования хорошие функциональные результаты определялись у 91,2% пациентов исследуемой и 89,2% контрольной группы. Хорошие косметические результаты отмечены у 96,7% пациентов исследуемой и 85,3% контрольной группы. Полученные данные убедительно свидетельствуют о преимуществе и необходимости хирургического лечения травматических повреждений перегородки и пирамиды носа у детей в остром периоде травмы, до формирования стойких рубцовых и дегенеративных изменений травмированных тканей.

Микрохирургическая аутоотрансплантация при лечении обширных дефектов тканей у детей.

Рыбченко В.В., Александров А.В., Смолянкин А.А., Лагутина А.А., Александрова Н.Е.
Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова, Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Для обширных ран и дефектов тканей различной локализации травматического и нетравматического происхождения у детей свойственно исключительное многообразие в отношении структурного и функционального дефицита. Задачи хирургической реконструкции в этих случаях заключаются преимущественно в восстановлении качественного мягкотканного футляра, свойственного данной области и/или в восстановлении тканей и глубоких структур, отвечающих за специфические функции. Учение о хирургических лоскутах вообще и микрохирургическая аутоотрансплантация комплексов тканей (лоскутов) в частности получили свое практическое развитие благодаря открытию концепции ангиосом (I. Taylor и J. H. Palmer 1987 г.). Согласно этой теории, поверхность тела подразделяется на зоны, в пределах которых осевые сосуды обеспечивают автономность кровоснабжения тканей. Ангиосомы представляют собой трехмерную композицию из кожи, мягких тканей и костных структур, которая кровоснабжается из одного источника и его ветвей. Благодаря этому микрохирургическая аутоотран-

сплантация лоскутов практически в любой области тела позволяет решить задачи реконструкции радикально, одновременно и эффективно на высоком качественном уровне. В отделении микрохирургии ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова за период с 2000 по 2015 гг. находилось на лечении 58 пациентов с обширными ранами и дефектами тканей различной локализации. Подавляющее большинство больных имели обширные раны и дефекты тканей: лица – 7, кисти – 11, предплечья – 6; дефекты длинных трубчатых костей – 18, гениталий – 1, нижней конечности: рубцовая контрактура коленного сустава – 2, стопы – 13. У этих больных было выполнено 58 микрохирургических пересадок лоскутов. Из них: свободная пересадка пальца стопы в позицию 1 пальца кисти – 3, пересадка васкуляризованного костного трансплантата – 18, лучевой лоскут – 3, 2-й плюснефаланговый сустав+тыльный лоскут стопы – 5, лоскут из прямой мышцы живота – 9, лопаточный лоскут-10, торакодорзальный+лопаточный лоскут – 2, торакодорзальный лоскут+2 ребра – 2, торакодорзальный лоскут – 6. Во всех случаях мы получили хорошие и отличные результаты. Нам удалось не только качественно восстановить мягкотканый футляр, контур и цвет кожных покровов, но и восстановить функцию, в том числе и специализированную, в области реконструкции.

Реконструктивная хирургия взрослых ушных раковин.

Рябинин А.Г., Юнусов А.С., Рыбалкин С.В., Молчанова Е.Б., Ларина Л.А. Рябинин В.А.
Научно-клинический центр оториноларингологии, Московский государственный медикостоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Проблема хирургического лечения больных с врожденными пороками уха привлекает пристальное внимание оториноларингологов и пластических хирургов, так как, по-прежнему является актуальной в связи с резким увеличением числа лиц с нарушением слуха, а также в связи с повышением числа тератогенных заболеваний вообще, и больных с пороками развития уха в частности. Это связано с тем, что число родившихся с поражением органа слуха не уменьшается, а увеличивается, так как экологические условия жизни значительно ухудшились. На основании скринингового обследования патология органа слуха, связанная с врожденными пороками уха, выявляется от 1% до 6% от всего населения страны. Одним из интересных проявлений врожденной аномалии уха является вросшая ушная раковина, однако такие изменения ее встречаются крайне редко. В связи с имеющимися отклонениями качества жизни у пациентов с наличием врожденной вросшей ушной раковины очень важным представляется вопрос поиска современных методов реконструктивной хирургии

патологически измененного органа слуха. В задачу исследования при врожденной ушной раковине входила разработка методик использования новых разновидностей хирургического вмешательства, повышающих косметический эффект. Для решения поставленных в работе задач были изучены особенности патологии синдрома I-II жаберных дуг у 175 детей и подростков (мальчиков 90 и 85 девочек) в возрасте от 4 до 15 лет с различной степенью врожденного порока развития уха. Из них у 5 детей были обнаружены врожденные ушные раковины. Как правило, это были дети с синдромом 1-2 жаберной дуги, гипогенезией (синдром Конигсмарка), у 3 из них поражение сочеталось с атрезией наружного слухового прохода. Что характерно, что у небольшого числа детей наружный слуховой проход был не изменен, но если была врожденная атрезия его, то в реконструктивной хирургии уха применялся следующий вариант: аурикуломеатотимпаноластика с никелидом титана с укладкой на наковальню. Хирургическое лечение начиналось с выделения верхнего полюса ушной раковины из кармана, в котором он находился, формировали наружный слуховой и неотимпанальной полости среднего уха височной кости. Для прикрытия раневой поверхности верхнего полюса ушной раковины и наружного слухового прохода в заушной области выкраивали кожный лоскут на двух сосудистых ножках с сохранением его перфоративной капиллярной сети, лоскут укладывали по спирали по стенкам вновь сформированного наружного слухового прохода. Так как при данной операции отмечается недостаток кожи боковой поверхности головы, производилась ее мобилизация на 1,5 см и наводными швами перемещали ее для закрытия раневой поверхности и формирования заушной переходной складки. Применение данного метода позволило выполнения двух задач – это проведение слухоулучшающей операции и устранение дефекта верхнего полюса врожденной ушной раковины. Таким образом, использование данного метода реконструктивной реабилитационной хирургии врожденной ушной раковины при наличии атрезии наружного слухового прохода, позволяет решить две главные задачи по устранению врожденного косметического дефекта дать пациенту значительный прирост слуховой функции, что естественно повышает его качество жизни.

Клиническое обоснование хирургической коррекции лагофтальма.

Сайда А.С., Шургая Ц.М., Неробеев А.И.
Центральный научно-исследовательский институт
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии,
Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Ввиду крайне сложного механизма смыкания глазной щели, кинезиологии и хирургической анатомии мышц,

участвующих в этом процессе, а также других структур периорбитальной области, устранение лагофтальма нерешенной проблемой современной хирургии. О данном факте свидетельствует множество работ, количество существующих методов лечения и состояние пациентов после проведения хирургического лечения данными методами.

Цель данной работы – повышение качества результатов хирургической коррекции лагофтальма.

Работа основана на клиническом обследовании и лечении 52 пациентов с лагофтальмом различной этиологии. Для выбора одного или сразу нескольких методов коррекции было основано на наличии того или иного симптома, присутствующих при лагофтальме. Использование объективных клинических и лабораторных методов позволило нам выявить следующие симптомы лагофтальма: 1) гипотрофия круговой мышцы глаза, 2) ретракция верхнего века, 3) эктропион нижнего века, 4) рястяжение и опущение медиальной кантальной связки, 5) рястяжение и опущение латеральной кантальной связки, 6) изменение величины медиального кантуса, 7) изменение величины латерального кантуса, 8) нарушение тургора мягких тканей приорбитальной области, 9) нарушение дренажа слезы, 10) дислокация нижней слезной точки, 11) увеличение размера глазной щели по вертикальной оси, 12) увеличение размера глазной щели по горизонтальной оси и др. Учитывая такое большое количество симптомов, а также возраст и предпочтения пациентов мы выбирали сочетание тех хирургических методов, которые максимально устраняли большее количество вышеизложенных симптомов. Ключевым методом, используемым у большинства пациентов, являлась имитация (при ее отсутствии) круговой мышцы глаза за счет пликация и армирования тканей периорбитальной области с использованием нитей на основе политетрафторэтилена. Снижение гиперфункции леватора достигалось путем диссекции леватора и имплантации ушного аутохряща, тем самым восполнялся объем и вес верхнего века. Для улучшения дренажа слезы использовалось несколько методов одновременно: транстарзальная пликация передне-наружного края тарзальной пластинки нижнего века, аутоауто трансплантация комка Биша, кантопексия и транспозиция углов глаза. Следует отметить, что в 50% случаев применялась модификация метода Кунт-Шимановского с целью уменьшения горизонтального размера глазной щели. Клинически проявление лагофтальма можно рассматривать как симптомокомплекс, включающий более 15 симптомов; и его устранение требует выявления наличия того или иного симптома в каждом конкретном случае. Использование одновременно сразу нескольких методов позволяет максимально скорректировать данную патологию, добиться хороших функциональных и эстетических результатов, а также сократить сроки реабилитации пациентов.

Опыт зарубежных стажировок: Индия. Пластическая хирургия мирового уровня в стране противоположностей.

Саутин М.Е., Голубев И.О.

**Европейская клиника спортивной травма-
тологии и ортопедии, Центральный научно-
исследовательский институт травматологии и
ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва**

В наше время ни для кого не секрет, что развитие современной хирургии невозможно без тесного взаимодействия между специалистами не только в пределах лечебного учреждения, города, страны, но и на международном уровне. Тем более актуальными в наше время стали международные стажировки с посещением ключевых клиник, занимающихся реконструктивно-пластической хирургией. Одной из таких клиник является госпиталь Ганга (Ganga Hospital), расположенный в городе Коимбатор (Coimbatore) в Индии.

Целью настоящего исследования стало изучение опыта работы индийских пластических хирургов в сфере лечения пациентов с дефектами мягких тканей, полученными в результате травм. Изучение методов работы проводилось в течение 6 месяцев, и состояло в непосредственном участии в первичном обследовании поступающих пациентов, заполнении необходимой документации и дальнейшем хирургическом лечении. За время совместной работы удалось принять участие в более чем в 1500 хирургических вмешательствах, проведенных у пациентов с различной степенью повреждения мягких тканей и травмами опорно-двигательного аппарата. В лечении данных пациентов часто применялись микрохирургические методы, в том числе шов сосудов и нервов. В условиях жаркого климата местные жители достаточно небрежно относятся к средствам защиты, необходимым при езде на мототранспорте. Отсутствие шлемов, а часто и обуви приводит к массивным повреждениям мягких тканей – открытым переломам, дефектам мягких тканей с разрывом магистральных сосудов и нервов. Нередко встречаются травматические ампутации конечностей. Все это требует безотлагательного лечения с применением микрохирургической техники. То же можно сказать и о производственных травмах. Низкий уровень охраны труда, большое количество низкоквалифицированных работников, часто мигрантов из соседних стран – в совокупности дает огромный уровень производственного травматизма. В данных условиях тщательность организации оказания первой медицинской помощи и четкое понимание этапности вмешательств – залог прогнозируемого результата хирургического лечения. Пациент в кратчайшие сроки доставляется в операционный блок, где выполняется осмотр, обезболивание с проведением проводниковой анестезии, рентгенологическое обследование. После

оценки состояния план дальнейшего лечения разъясняется пациенту и сопровождающим лицам. Любой объем хирургических вмешательств может быть выполнен в экстренном порядке. При массивном мягкотканном повреждении – на первом этапе чаще всего выполняется дебридмент мягких тканей. Проведение его в максимальном объеме является основополагающим для перспективности последующего лечения. При этом основное внимание уделяется оценке жизнеспособности тканей. Наличие тромбоза вен – один из верных признаков, указывающих на дальнейшую несостоятельность кровоснабжения лоскута. Наблюдение за пациентом до нескольких суток может проводиться в условиях реанимационного отделения. На общий срок госпитализации влияет как тяжесть повреждений, так и характер жизни пациентов. Большое количество больных приезжает из отдаленных регионов страны. В условиях антисанитарии и недостатка амбулаторного звена оказания медицинской помощи, пациент находится на стационарном лечении, по меньшей мере, до момента заживления ран. При выписке он получает план дальнейших контрольных осмотров. Однако в силу отсутствия грамотности, для большого количества пациентов оказывается невозможным прочтение полученных рекомендаций, а отсутствие телефона и интернета затрудняет удаленную коммуникацию. Тем не менее путем введения бесплатных контрольных осмотров, основываясь на сознательности больного и авторитете врача, удается добиться высокой явки, что позволяет оценить отдаленные результаты оперативного лечения. С учетом объемов и количества вмешательств, выполняемых в клинике, она является одной из ведущих в мире по направлению реконструктивно-пластической и микрохирургии, центром для обучения стажеров со всего мира. Старшие врачи – постоянные участники международных конгрессов. Научная работа на базе госпиталя является обязательной и осуществляется непрерывно. В ней принимают участие все стажеры клиники и, зачастую, научные разработки, проведенные за время стажировки, становятся основой для последующего получения научных степеней и званий.

Применение радиоволновой техники в оториноларингологии.

Свиштушкин В.М., Э.В. Синьков Э.В.

**Первый Московский государственный медицин-
ский университет им. И.М. Сеченова**

Электрохирургия – метод, основанный на применении высокочастотного электрического тока в отношении биологических тканей для разрезания, коагуляции, диссекции и фульгурации. Основное преимущество данного метода в возможности выполнения точного разреза биологических тканей с минимальной кровопотерей. Элек-

трохирургические аппараты часто используются во время проведения самых разнообразных хирургических вмешательств, как в стационарах больниц, так и в амбулаторной практике.

При выполнении хирургических вмешательств с использованием электрохирургических приборов происходит нагревание биологических тканей. Хотя электрохирургические медицинские приборы могут быть использованы для прижигания тканей термин «электрохирургия» используется для обозначения принципиально иной методики, чем электрокаутеризация. Во время проведения электрокаутеризации происходит непосредственное нагревание наконечника прибора постоянным электрическим током. Первоначально электрохирургические аппараты использовались для монополярной коагуляции во время проведения хирургических вмешательств, тогда как «электроскальпель» использовался исключительно для удаления злокачественных новообразований. Значительное выделение боковой теплоты данных инструментов помогало предотвратить распространение опухолевых клеток, поэтому резко выраженное разрушение тканей вдоль границы разреза было в данном случае только преимуществом.

Механизм взаимодействия радиоволны с биологической тканью принципиально иной и заключается в том, что радиоволна высокой энергии, исходя из генератора через активный электрод, направляется к пассивному электроду (называемому «антенной»), встречает сопротивление клеток и мгновенно их разогревает. В результате чего внутриклеточная жидкость вскипает и разрывает клеточную мембрану. При вскипании образуются мелкие пузырьки пара, которые раздвигают ткани перед радиоволной. Отметим характерную особенность радиоволны, которая, уже при приближении к поверхности ткани, начинает свое воздействие практически бесконтактно. Большое значение для верного понимания механизма воздействия радиоволнового инструмента имеет тот факт, что во время операции активный электрод остается холодным, что выгодно отличает его от лазерного луча и электрохирургического скальпеля, поскольку не вызывает заметного ожога окружающих тканей и способствует быстрому заживлению раны и меньшим рубцеванием.

В современных радиоволновых хирургических приборах имеется возможность генерирования 4 видов волн:

«CUT» (Разрез) (3,8-4,0 МГц). В этом режиме аппарат генерирует полностью выпрямленную и фильтрованную форму радиоволны, которая представляет собой непрерывный поток высокочастотных колебаний, производящий тончайший, идеально ровный разрез. Такая волна обеспечивает наименьший поперечный нагрев и наименьшее разрушение ткани. 90% радиоволновой энергии расходуется на разрез и 10% на коагуляцию.

В режиме «CUT» (Разрез) выполняются чистые микроскопически ровные разрезы с незначительной коагуляцией: косметические разрезы кожи, взятие биопсии,

вскрытие абсцессов, удаление кератом, формирование кожных лоскутов, устранение косметических дефектов и другие манипуляции на коже и мягких тканях, не требующих усиленного гемостаза.

«CUT/COAG» (3,8-4,0 МГц). Полностью выпрямленная форма волны представляет собой радиоволну слабой пульсации, производящую разрез с легкой поверхностной коагуляцией (без обугливания), так называемой «коагуляционной пленкой» на разрезах тканей. Такая коагуляция эффективно останавливает кровотечение и запаивает нервные волокна, что позволяет выполнять «сухие разрезы» и снижает болезненность в послеоперационном периоде. 50% радиоволновой энергии расходуется на разрез и 50% на коагуляцию.

В режиме «CUT/COAG» рассечение ткани происходит одновременно с поверхностной коагуляцией. В этом режиме выполняется большинство хирургических манипуляций на всех подкожных тканях, слизистых оболочках и внутренних органах. Удаляют новообразования: фиброзные полипы, папилломы, бородавки, базальноклеточные карциномы, невусы, фистулы, эпителиомы, кисты и прочее.

«COAG» (КОАГУЛЯЦИЯ) «НЕМО» (ГЕМОСТАЗ) (3,8-4,0 МГц). Частично выпрямленная форма волны представляет собой пульсирующий поток высокочастотных колебаний. 90% радиоволновой энергии расходуется на коагуляцию и 10% на разрез. Радиоволновая коагуляция отличается от электрокоагуляции отсутствием обугливания тканей и не образует ожоговый струп.

Волна искрового промежутка, которая обозначается, как «фульгурация» (от латинского «Fulgur» – молния) и используется в различных электрохирургических приборах для остановки кровотечений.

Все эти режимы могут применяться последовательно в ходе одного вмешательства или использоваться, как самостоятельный метод хирургии.

Из положительных качеств радиоволновых приборов следует отметить простоту манипуляций, легкую обучаемость любого хирурга, сокращение времени вмешательства, отсутствие необходимости в специальном оборудовании операционной, высокую безопасность использования, как для больного, так и для медицинского персонала.

В нашей клинике в течение последних нескольких лет используются аппаратура «Сургитрон» фирмы «Эллман». Накоплен большой опыт хирургического лечения ряда заболеваний ЛОР-органов с использованием радиоволнового метода. В частности, активно используется радиоволна при хирургическом лечении больных с различными хроническими заболеваниями полости носа (биполярная коаутеризация нижних носовых раковин), подслизистая увулопалатопластика при лечении храпа и САС, микрохирургические операции на голосовых складках, лакунотомия при лечении хронического тонзиллита, при проведении FESS и во многих других случаях, когда требуется выполнить точный и бескровный разрез биологических тканей.

Радиоволновая техника применяется при проведении операций у больных дакриоциститом.

Преимущества радиоволновой аппаратуры при проведении дакриоцисториностомии бесспорны. Во время проведения хирургического вмешательства мы получаем сухое операционное поле. В послеоперационном периоде меньше рубцевание тканей, и как следствие лучший функциональный результат от проведенного вмешательства.

Нами проведен ряд экспериментальных и клинических исследований доказывающих высокую эффективность использования радиоволны при проведении миринготомии по поводу экссудативного отита. В частности, у таких больных необходимо эвакуировать патологическое содержимое и восстановить вентиляционную и дренажную функции слуховой трубы. При лечении данной патологии в практике широко используется шунтирование барабанной полости. В литературе описаны осложнения после применения данного вида операции, связанные в основном с длительным нахождением инородного тела (шунта) в барабанной перепонке и барабанной полости. В свою очередь радиоволновая миринготомия проста в своем исполнении и позволяет обойтись без тимпаностомической трубки. В то же время сроки закрытия тимпаностомы позволяют устранить причины дисфункции слуховой трубы. В нашей клинике было доказано, что восстановленные слои барабанной перепонки после радиоволновой миринготомии не отличаются от таковых после лазерного воздействия и приближаются к строению неизменной перепонки в отличие от значительных изменений после традиционного шунтирования.

Радиоволновая техника нами активно используется при хирургическом лечении новообразований верхних отделов дыхательных путей, таких как папилломы, ангиомы, кровотокающие полипы. Вмешательство проводится под местной аппликационной или инфильтрационной анестезией. Операция выполняется одномоментно и практически бескровно. Чаще мы используем режим разреза и коагуляции. Послеоперационный период протекает без выраженных реактивных явлений со стороны окружающих тканей.

Лечение больных с рецидивирующими носовыми кровотечениями в ряде случаев требует проведения коагуляции сосудов. В 90% случаев источник носовых кровотечений находится в передних отделах перегородки носа. Радиоволновое воздействие в различных режимах можно использовать при продолжающемся носовом кровотечении либо после его прекращения. При умеренных кровотечениях применяем электрод в виде шарика в режиме «коагуляции». При обильных носовых кровотечениях используем режим фульгурации и биполярную коагуляцию.

Нашла свое распространение радиоволновая тонзилэктомия. Разрез по краю передней небной дужки игольчатым электродом позволяет уменьшить кровоточивость и улучшить обзор капсулы небной миндали-

ны. Мы используем специальную петлю, подсоединённую к радиохирургическому аппарату для отсечения небной миндалины у нижнего полюса, что позволяет коагулировать сосуды и уменьшить риск интраоперационных и послеоперационных кровотечений. Положительными моментами такой операции является незначительный послеоперационный реактивный отек в глотке, раннее очищение раны от фибринозного налета.

Нами с успехом используется радиоволна при хирургическом лечении пациентов с гипертрофическим фарингитом. Для редукции гранул и боковых валиков глотки применяем игольчатый или шариковый электроды в режиме коагуляции. Операция проводится под местной аппликационной анестезией.

Таким образом, метод радиоволновой хирургии нашел широкое распространение в оториноларингологической практике при проведении операций по поводу разнообразной патологии органов верхних отделов дыхательных путей и уха, доказав свою эффективность, простоту выполнения, безопасность, что обеспечивает широкие перспективы его дальнейшего распространения.

Реконструктивная ларингопластика при хронических паралитических и сочетанных стенозах гортани.

Свиштушкин В.М., Старостина С.В., Дедова М.Г., Селезнева Л.В., Будейкина Л.С.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Рубцово-паралитический стеноз гортани занимает второе место (29,9%) в структуре хронических заболеваний голосового аппарата: в 75-95% причиной стенозирования гортани и трахеи является интубация, поражение блуждающего нерва, операционная травма возвратных нервов при тиреоидэктомии возникает в 5,9-28,3% случаев [Плужников М.С. и соавт., 2009; Кирасирова Е.А. и соавт., 2013]. Существует множество способов пластики дефектов передней стенки гортани пациента на заключительном этапе реабилитации: пластика как биологическими ауто- и аллотрансплантатами, так и искусственными материалами (никелид титана, марлекс, силикон и др.). Эффекты взаимодействия излучения хирургических лазеров с различными длинами волн с биологическими объектами изучены достаточно хорошо. Возможность изменения формы последних открывает перспективы моделирования аутохряща с помощью высокоэнергетического Ег лазера [Баграташвили В.Н., Соболев Э.Н., Овчинников Ю.М. и соавт., 2001].

В УКБ №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова на базе отоларингологических отделений №1, 2 в период с 2013 по 2015 гг. проведено лечение 20 больных с диагнозом: Хронический посттравматический стеноз гортани. У 17

пациентов стеноз развился в результате двустороннего паралича голосовых складок – после проведения струмэктомии, у трех – после травм различного генеза. Всем пациентам в рамках предоперационного обследования выполнялось стробоскопическое и фиброларингоскопическое исследования, спирометрия, КТ гортани и трахеи, рентгенография органов грудной клетки, по необходимости консультация торакального хирурга. Первым этапом выполнялась трахеостомия, вторым – отсроченная (через 1-1,5 месяца) ларинготрахеопластика с рассечением 1-2 полуколец трахеи, реддрессацией дуги перстневидного хряща, экстраларингеальной латерофиксацией голосовой складки и ариеноидотомией [Пат. № 2284773 РФ]. В сформированную ларинготрахеостому устанавливался Т-образный силиконовый эндопротез, предварительно смоделированный в соответствии с анатомо-конституциональными особенностями пациента [Пат. № 2432969 РФ]. Период стентирования гортани и трахеи составил в среднем 6 месяцев. Заключительным этапом хирургического лечения являлось ушивание ларинготрахеального дефекта по Бокштейну после контрольного периода наблюдения в стационаре с герметично заклеенной ларинготрахеостомой. В течение 10-14 дней оценивались: ширина голосовой щели при видеоларинготрахеоскопии; частота дыхательных движений, показатели гемодинамики в покое и после нагрузочной пробы. У 18 пациентов выполнено одномоментное ушивание ларинготрахеального дефекта, у одного больного (после ДТП), учитывая временную дисфункцию вестибулярного отдела гортани, закрытие проведено в два этапа. В трех случаях, в связи с дефицитом окружающих мягких тканей, для закрытия ларинготрахеофиссуры использовался кожный лоскут с области кивательной мышцы на питающей ножке. Ушивание дефекта осуществлялось тремя слоями: внутренний – кожный – Z-образными швами, средний – мышечный, наружный – кожный. По завершению операции у всех пациентов сохранялось свободное дыхание через естественные пути, показатели оксигенации крови были нормальных значений. В раннем послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, противоотечная, гемостатическая терапия. В отдаленном послеоперационном периоде – через 1,5-2 месяца – на фоне дыхательной и ортофонической тренировки отмечено восстановление социально приемлемой фонаторной функции.

При обширных ларинготрахеальных дефектах ушивание двойным кожным методом не лишено недостатков: нехватка собственных тканей организма, неспособность принимать форму полых органов шеи, патологическая флотация вновь образованной передней стенки [Lee U.J., 2002; McCool F.D., 2006]. Применение способа лазерного моделирования реберного аутохряща открывает перспективы проведения заключительного этапа хирургической реабилитации больных с сочетанными стенозами гортани и трахеи с использованием каркасных тканей.

Анапластология в лицевом протезировании. Обобщение 10-летнего опыта.

Сельский Н. Е., Коротик И. О.

ЗАО «Косметологическая лечебница», Уфа

Актуальность. Дефекты лицевой области (наружный нос, орбита, ухо, а также их сочетанные дефекты) различной этиологии являются обезображивающими, снижающими качество жизни больных, доставляют большие моральные страдания. Эта группа больных замкнута, необщительна, имеют склонность к суициду. Помимо исключительно косметических дефектов, имеются функциональные. Реконструкция дефектов подобного рода представляет собой особые трудности, в виду сложности анатомии восстанавливаемой части лица и непредсказуемости результата при пластических операциях. Нередко попытки хирургического лечения заканчиваются неудачей (прорезывание пластического опорного материала, контракция регенерата) в виду чего, сложный трехмерный рельеф теряет свою форму. Зачастую восстановительные методики многоэтапные, травматичны для больного. Экзопротезирование в значительной мере по сравнению с хирургической реконструкцией решает проблему эстетической и функциональной реабилитации больного с дефектами лица. Фиксация экзопротеза составляет отдельную проблему. Для решения данного вопроса были предложены способы фиксации экзопротеза на очковой оправе, на клею, создаются хирургическим путем дополнительные ретенционные пункты. Известные способы фиксации не лишены значительных недостатков. Длительное использование клея ведет к мацерации кожи, возникновению аллергических реакций. Фиксация протеза на очковой оправе вынуждает практически постоянно носить очки, и она не надежна. После успешного внедрения дентальных имплантатов в повседневную практику с 1965 г. Р. I. Branemark, A. Tjellstrom в 1975 г. были разработаны новые виды имплантатов в 1975 г. – экстраоральные. Хорошую эстетику протеза удалось добиться с внедрением в медицинскую практику силикона. Выделилось новое направление в реконструктивной медицине – анапластология. Анапластология – позволяющая восстанавливать отсутствующую часть человеческого тела с помощью искусственных материалов.

Цель исследования. Улучшение результатов устранения сложных лицевых дефектов экзопротезами с опорой на различные виды экстраоральных имплантатов.

Материалы и методы. С 2005 года под нашим наблюдением находится 41 человек. Из них диагнозом тотальный дефект наружного уха различной этиологии 20 человек и 21 человек с анофтальмом, 1 тотальный дефект наружного носа, комбинированный дефект ушной раковины, орбиты и щечной области. Для фиксации лицевых протезов было инсталлировано 42 экстраоральных имплантата винтового типа, 20 закрытых магнитных имплантатов,

8 пластиночных имплантатов. 5 случаев двусторонней микротии. В отдаленный постоперационный период (от 4 до 24 недель) было изготовлено 61 индивидуальных протезов с опорой на имплантаты. Наш опыт определил, что срок эксплуатации протеза в виду износа силикона составляет 2 года, 50% больных протезы изготовлены повторно 40 пациентов (97%), получившие индивидуальный лицевой протез, отмечают хороший эстетический результат, надежную фиксацию протеза. 1 человек (3%) в виду ярко выраженной сочетанной деформации лица остался недоволен результатами реабилитации. После проведения пластической реконструкции пораженной части лица протез будет изготовлен повторно с учетом изменившегося рельефа. 30% больных с открытыми имплантатами (6 человек) жалуются на затруднительную гигиену кожи вокруг имплантатов. Пациенты с закрытыми имплантатами подобного рода проблем не отмечают. Индивидуальный лицевой протез с опорой на экстраоральные имплантаты имеют ряд преимуществ перед хирургическим лечением и экзопротезированием, такие как: 1) Предсказуемость результата. 2) Малая травматичность. 3) Одна или две операции 4) Надежная фиксация протеза без дополнительных вспомогательных средств (очковая оправа, головная лента). Благодаря внедрению в практику специального силикона и дополнительной палитре пигментных красок стало возможно изготовление высокоэстетического протеза по цвету, который на ощупь практически не отличается от непораженных уха, орбиты, носа.

Вывод. Таким образом, применение экстраоральных имплантатов для фиксации лицевых протезов и применение силикона как протезного материала – перспективный шаг в социальной адаптации больных с лицевыми дефектами различной этиологии. Опыт нашего отделения показывает, что на сегодняшний день необходимо отказаться от традиционных реконструктивных операции при тотальном дефекте наружного уха, носа ввиду невозможности создания сложного трехмерного рельефа и многоэтапности восстановительных операций.

Применения аллотрансплантатов для закрытия перфорации слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при проведении синус-лифтинга.

Сельский Н.Е., Кожемякина Е.С.
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Технология дентальной имплантации прочно заняла свое место в современной стоматологической практике в качестве надежного метода в комплексной реабилитации пациентов с полным и частичным отсутствием зубов. Одним из основных факторов, препятствующих установке имплантов на верхней челюсти, является не-

достаточный объем костной ткани в боковых отделах альвеолярного отростка верхней челюсти (Jensen O.T., 2006). Общеизвестным является факт, что перфорации слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи (мембраны Шнайдера) являются самым частым интраоперационным осложнением при выполнении синус-лифтинга. При этом может произойти не только полная потеря остеогенного материала и имплантов, но и развитие хронического перфоративного верхнечелюстного синусита. Подобные осложнения значительно удлиняют период реабилитации пациентов.

Цель нашего исследования: разработать меры по оптимизации закрытия дефекта слизистой дна ВЧС при ятрогенных перфорациях во время выполнения операции синус-лифтинга.

Клиническая часть. В период с 2008 по 2015 гг. было проведено 198 операций открытого синус-лифтинга с последующей дентальной имплантацией у 129 пациентов. У 39 пациентов имела место ятрогенная перфорация слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Для закрытия перфораций использовали два вида мембранного аллотрансплантата: твердая оболочка головного мозга (ТМО) и фиброзная капсула почки (ФКП). Фиксация мембранного аллотрансплантата не выполнялась ввиду хорошей адгезии со слизистой оболочкой верхнечелюстной пазухи. Трансплантат аккуратно заправляли при помощи гладилки под края костной раны, за счет чего достигалась защитная отсепаровка слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Образовавшуюся полость после отслойки и утолщения слизистой оболочки заполняли измельченным костным аллотрансплантатом или аллогенным костным блоком либо их комбинации. В случае, если высота костной ткани альвеолярного отростка менее 4 мм, то для заполнения полости использовали комбинацию ауто- и аллогенного материала или только аутологичный материал ввиду его высокой стимулирующей костной потенции. Костный блок фиксировали к альвеолярному отростку титановыми минивинтами. В сформированное костное ложе вводили имплантат, в который закручивали внутреннюю заглушку. Слизисто-надкостничный лоскут в преддверии полости рта укладывали на место и рану наглухо ушивали. Спустя 120 дней после оперативного вмешательства производили открытие имплантатов и установку формирователей десны. Для оценки результатов клинического применения мембранных аллотрансплантатов был выбран метод магнитно-резонансная томография в режиме T2 (Toshiba).

Результаты и обсуждение. В отличие от аллотрансплантата ФКП, установка которого представляет техническую сложность ввиду его малой толщины (менее 500 мкм), ТМО можно использовать на этапе отсепаровки слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи для ее защиты. Магнитно-резонансная томография, проведенная у 39 пациентов, позволила проследить мембранный аллотрансплантат ТМО в области его установки в сроки до 2 месяцев. Мембранный аллотрансплантат ФКП невоз-

можно визуализировать методом магнитно-резонансной томографии из-за малой толщины биоматериала.

Выводы. Применение мембранных аллотрансплантатов является эффективным методом профилактики и закрытия перфораций слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при выполнении операции открытого синус-лифтинга. Возможно применение метода магнитно-резонансной томографии в режиме T2 для визуализации аллотрансплантата ТМО в раннем послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждение: 1. Закрытие перфорации слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи мембранным аллотрансплантатом способствует ее регенерации. 2. При пластике перфорации слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи аллотрансплантатом возможно проведение синус-лифтинга костными материалами. 3. Применение мембранных аллотрансплантатов является эффективным методом профилактики и закрытия перфораций слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при выполнении операции синус-лифтинга. 4. Возможно применение метода магнитно-резонансной томографии в режиме T2 для визуализации аллотрансплантата ТМО в раннем послеоперационном периоде.

Хирургическая и ортопедическая реабилитация пациентов после резекции нижней челюсти с использованием аллогенных костных трансплантатов и дентальных имплантатов. Обобщение 20-летнего опыта.

Сельский Н.Е., Трохалин А.В
ЗАО «Косметологическая лечебница», Уфа

Введение. Остеобластокластома по данным авторов составляет 24% всех опухолей костей лицевого скелета. Лечение данной патологии – хирургическое и подразумевает резекцию челюсти в пределах здоровых тканей. Полноценная реабилитация пациентов с протяженными дефектами нижней челюсти (далее НЧ) заключается в восстановлении анатомической целостности и непрерывности кости, а также в восстановлении жевательной функции. В большинстве случаев при замещении дефектов костной ткани НЧ используют аутокостные трансплантаты на микрососудистых анастомозах. Но методика инвазивна и требует дополнительного оперативного вмешательства для взятия костного трансплантата из другой анатомической области. Ортопедическую реабилитацию с использованием дентальных имплантатов (далее ДИ) большинство авторов проводит отсрочено.

Целью исследования является обоснование применения аллогенных костных трансплантатов (далее АКТ) при реконструкции НЧ. А также разработка методики, позволяющей минимизировать срок функциональной ортопедической реабилитации пациентов после резекции НЧ по поводу доброкачественных новообразований.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов с диагнозом остеобластокластома НЧ в возрасте от 7 до 50 лет. Двадцати больным произведена резекция НЧ в пределах здоровых тканей с захватом ветви и суставной головки, с последующей реконструкцией ортотопическим АКТ и артропластикой, пяти больным выполнена сегментарная резекция НЧ. Стык между АКТ и НЧ после фиксации минивинтами окутывался аллогенной мембраной. Мыщелковый отросток НЧ окутывался аллодермой. Срок наблюдения пациентов составил от 4 до 20 лет. Во время повторных хирургических вмешательств в сроки от 2 месяцев до 17 лет брался биопсийный материал для морфологического исследования (далее МИ). Результаты: всем пациентам после резекции была проведена реконструкция НЧ АКТ, у детей с гиперэффетом, у взрослых пациентов в соответствии с размерами другой половины собственной НЧ. В среднем через 6 месяцев у взрослых и 13 лет у детей – проведена установка ДИ Astra Tech и через 6 месяцев – ортопедическая реабилитация с использованием несъемных конструкций. Во время формирования ложа ДИ – наблюдалось интра-орсальное кровотечение в области АКТ. МИ показали: через 2-3 месяца после имплантации по краю АКТ в виде углублений определяются лакуны, формирующиеся при резорбции костного матрикса многоядерными остеокластами. В лакуны врастала хорошо васкуляризованная фиброретикулярная ткань с малодифференцированными фибробластоподобными клетками и отдельными новообразованными костными балками, окаймленными цепочкой удлинённых остеобластов. По краю резорбционных лакун выявлялись участки остеоида и незрелой новообразованной грубоволокнистой (ретикулофиброзной) костной ткани, которая в дальнейшем подвергалась ремодуляции в компактную костную ткань. Фиброретикулярная ткань с сосудами врастала и внутрь костных каналов АКТ, где также выявлялись признаки аппозиционного остеогенеза. Через 5-17 лет после операции в биоптатах наряду с незамещившимися зонами АКТ определялись значительные по площади участки пластинчатой кости с костными каналами, в которых обнаруживались функционирующие сосуды. Особенности операции: у первого пациента во время реконструктивной операции одномоментно был установлен ДИ в АКТ, первичная фиксация более 50 Н/см². Спустя 6 месяцев установлен формирователь десны, периотестометрия – 5 подтверждает его полную интеграцию. На этом этапе установлено еще 5 ДИ. У второго больного АКТ нагноился. Проведена ревизия, безрезультатно. АКТ удален. Через 6 месяцев вновь проведена реконструкция НЧ АКТ. У третьего пациента спустя 12 лет после реконструкции НЧ в АКТ развился зачаток 4,8, однако на этом развитие остановилось. У четвертого пациента была выполнена остеопластика аутоотрансплантатом из гребня подвздошной кости в другом учреждении, однако трансплантат полностью резорбировался, поэтому нами выполнена повторная реконструкция НЧ АКТ.

Выводы. Описанные случаи показывают высокую эффективность использования АКТ при реконструкции НЧ, что подтверждается рентгенологическими снимками, морфологическим исследованием и клиническим результатом. У взрослых пациентов метод позволяет через 6 месяцев установить ДИ и еще через 6 месяцев – восстановить желательную эффективность. Разработанная методика реконструкции НЧ с одномоментной установкой ДИ в АКТ показывает высокую эффективность и рекомендована с целью сокращения сроков ортопедической реабилитации.

Реконструктивно-восстановительное лечение пациенток с отсутствующей молочной железой.

Сергиенко Е.Н., Волынская И.А., Сергиенко И.М.
Областная клиническая больница, Тверь

Цели и задачи. Разработать алгоритм реконструктивно-восстановительного лечения пациенток с различными причинами отсутствия одной молочной железы.

Материалы и методы. Операции по устранению постмастэктомных деформаций и синдроме Поланда выполняем с 2001 года. С 2012 по 2015 гг. 34 пациенткам в возрасте от 18 до 55 лет проведены оперативные вмешательства по восстановлению одной молочной железы. Все больные разделены на две группы: первая (18 человек) – больные, перенесшие радикальную мастэктомию; вторая (17 наблюдений) – пациентки с синдромом Поланда. У трех исследуемых проведена мастэктомия с сохранением околососкового кружка молочной железы. Обе группы разделены на две подгруппы. Больным первой подгруппы проведена одномоментная реконструкция молочной железы эндопротезами, пациенткам второй подгруппы в два этапа (дерматензия с последующим замещением на эндопротез). При отсутствии околососкового кружка молочной железы проводили его формирование при помощи свободной кожной пластики (четырем пациенткам) или татуажа (три наблюдения). Дополнительное моделирование молочной железы проводили путем липофилинга. Выбор объема вмешательства зависел от пожелания пациенток и технических возможностей. Критериями оценки результатов операции были: удовлетворенность пациентки, удовлетворенность хирурга, отсутствие или наличие послеоперационных осложнений, общий эстетический результат.

Полученные результаты. У всех больных достигнут стабильный эстетический результат. Отмечено легкое течение послеоперационного периода у всех пациенток. В трех наблюдениях (8,82%) выявлено образование фиброзно-капсульной контрактуры, что потребовало проведение повторной операции через один год. Через шесть месяцев после вмешательства у 7 человек проведена мастопексия с контрлатеральной стороны.

Выводы. Разработанный нами алгоритм применения разнообразных методик реконструкции позволяет получить удовлетворительный эстетический результат у пациенток с синдромом Поланда и перенесших мастэктомию.

Одномоментное хирургическое лечение пациенток с птозом передней брюшной стенки и различными хирургическими патологиями.

Сергиенко Е.Н., Хохлов А.Н., Шульман Я.Г., Никулина Л.В., Сергиенко И.М.
Областная клиническая больница, Тверь

Цель и задачи. Изучить результаты хирургического лечения птоза поверхностных мягких тканей передней брюшной стенки с одномоментным устранением хирургических заболеваний.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов оперативного лечения 30 пациенток с последствиями избыточного питания различной степени. Возраст пациенток от 25 до 64 лет, женщин – 21, мужчин – девять. Индекс массы тела до 35 у 12 человек, от 36 до 40 в семи наблюдениях, от 41 до 68 у 11 пациенток. Все исследуемые имели сопутствующую хирургическую патологию. У трех человек – желчнокаменная болезнь, у девяти пациенток – вентральная грыжа, в 12 наблюдениях – пупочная грыжа, у пяти женщин – миома матки. Всем пациенткам проводили предоперационное обследование. Операцию проводили под общей анестезией (с десфлюраном). Во всех наблюдениях, горизонтальным доступом проводили отслойку кожного жирового лоскута. Вторым этапом подключалась операционная бригада хирургов или гинекологов, которые проводили ревизию грыжевого содержимого, холецистэктомию или экстирпацию матки. 17 больным потребовалось создание дубликатуры и размещение сетчатого имплантата. У 11 пациенток на апоневроз, у шести человек под мышцы. После окончания хирургического вмешательства мы приступали к завершению абдоминопластики. Все операции заканчивали установкой активных дренажей.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде у всех пациенток отмечено отсутствие осложнений в виде сером. У трех человек незначительные участки от 0,5 до 3 см – липонекроз. Эстетический результат оценивали удовлетворенностью пациенток. Рост хирургических осложнений в сравнении с раздельным проведением вмешательств не отмечен.

Выводы. Выполнение абдоминопластики в сочетании с другими хирургическими операциями сокращает сроки лечения, улучшает качество жизни пациенток. Проведение симультанных операций не влияет на процент осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде и позволяет добиться стойких удовлетворительных эстетических результатов.

Возможности выполнения двухэтапной абдоминопластики.

**Сидоренков Д.А., Гладышева В.В.,
Кадырова Ф.З.**

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Введение. Абдоминопластика – одна из наиболее сложных для пациента и хирурга пластических операций, включающая в себя не только эстетический компонент, но и реконструкцию передней брюшной стенки. При выраженном слое подкожно-жировой клетчатки на передней брюшной стенке результат абдоминопластики без липосакции не удовлетворяет как пациента, так и хирурга. Одновременное выполнение абдоминопластики и липосакции резко увеличивает риск развития некроза кожи. В настоящее время известно не менее 100 методик выполнения абдоминопластики, но поиск оптимальных методик и их сочетаний продолжается.

Цели. Определение показаний и клинических критериев, объективных данных для проведения двухэтапной абдоминопластики для снижения количества осложнений после одномоментной липосакции и абдоминопластики и достижения лучшего эстетического результата.

Материалы и методы. В клиниках кафедры пластической хирургии ФПОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова выполнено более 1000 абдоминопластик в различных вариациях, однако желаемый эстетический результат был достигнут не всегда. В период с 2009 года по настоящее время было выполнено более 40 двухэтапных абдоминопластик.

Результаты. Одновременное проведение липосакции эпигастральной области и абдоминопластики резко увеличивает риск развития краевого некроза перемещенного лоскута, в связи с чем мы отказались от подобной методики. По нашему мнению, существуют клинические ситуации, при которых наилучший эстетический результат удается достигнуть путем выполнения двухэтапной коррекции передней брюшной стенки: липосакции эпигастральной области первым этапом и абдоминопластики – вторым. Временная разница между операциями не менее 3-5 месяцев. Показанием для проведения двухэтапной абдоминопластики является объективное превалирование толщины кожной складки в надпупочной области над толщиной кожной складки в подпупочной области. Для оценки данного показателя мы используем коэффициент, получаемый при сравнении толщины подкожно-жировой клетчатки в надпупочной и подпупочной областях, которые образуются при условном проведении через пупок горизонтальной линии, делящей переднюю брюшную стенку на вышеуказанные области. При осмотре пациента в профиль, в случае, когда отношение толщины кожной складки надпупочной области к толщине кожной складки в подпупочной больше или равно 1 операцией выбора является двухэтапная абдоминопластика.

Суть данной методики заключается в проведении липосакции за 3-6 месяцев до абдоминопластики, что позволяет истончить перемещаемый впоследствии лоскут (надпупочной области живота), а за время между операциями восстанавливается кровообращение в подкожно-жировой клетчатке и коже передней брюшной стенки. Риск развития ранних послеоперационных осложнений значительно снижется. После проведения второго этапа операции – непосредственно абдоминопластики достигается лучший эстетический результат благодаря перемещению более тонкого слоя мягких тканей передней брюшной стенки. Мы называем данную методику двухэтапной абдоминопластикой, поскольку выполнение первого этапа – липосакции, перемещаемого впоследствии лоскута (надпупочной области живота), без выполнения второго этапа – непосредственно абдоминопластики – бессмысленно и эстетически неприемлемо. Таким образом, в клинических ситуациях, когда у пациентов отмечается превалирование толщины кожной складки в надпупочной области над толщиной кожной складки в подпупочной области, выполнение двухэтапной абдоминопластики является предпочтительной и значительно улучшает эстетический результат коррекции живота.

Анализ методики подворота латеральных ножек крыльных хрящей.

**Сидоренков Д.А., Липский К.Б., Аганесов Г.А.
Стрелкова Н.К.**

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Научно-образовательный клинический центр Пластической хирургии, Москва

Латеральные ножки (далее ЛН) крыльных хрящей являются важными структурами носа, как с функциональной, так и с эстетической точки зрения. Размер, форма и положение ЛН влияют на внешний вид кончика носа, вследствие этого они практически всегда задействованы в ходе ринопластики. Цефалическая резекция ЛН самая популярная техника, используемая с целью редукции, сужения, ротации и изменения проекции кончика носа в сочетании с шовными методиками и вмешательствами в области каудального отдела перегородки. Однако данная методика у пациентов с гипоплазией латеральных хрящей и/или с толстой кожей крыла носа, а иногда и без видимых на то причин, зачастую является ошибкой с функциональными и эстетическими последствиями. К ним относятся: ретракция крыла носа, чрезмерное сужение, асимметрия кончика носа, формирование визуальных неровностей в области купола. Причина кроется в рубцевании мягких тканей, а также в неспособности ослабленных ЛН сопротивляться отрицательному давлению полости носа. Согласно этим причинам, резекция ЛН упоминается как наиболее частая причина коллапса на-

ружного носового клапана (далее ННК). Согласно опыту кафедры дисфункция ННК в аспекте вторичной ринопластики встречается в 37% наблюдений.

Цель и задачи исследования. По данным литературы, доказано преимущество метода подворота ЛН в увеличении степени ротации и стабильности кончика носа, в сохранении и/или восстановлении функции ННК. А также в сохранении жизнеспособного хряща, в том числе в качестве пластического материала для использования при ревизионных вмешательствах, что побудило нас к проведению исследования эффективности данной методики на основе анализа клинического материала с оценкой ближайших и отдаленных результатов.

Материалы и методы. Данное исследование представляет ретроспективный анализ 320 клинических наблюдений применения данной методики в комплексе с другими приемами риносептопластики за трехлетний период. Среди пациентов 244 женщины и 76 мужчин, средний возраст составил 26 лет со сроками наблюдения в послеоперационном периоде 3-16 месяцев. Интраоперационно слабость и лабильность ЛН отмечалась в 53% случаев, преимущественно у женщин. У 13% пациентов методика проводилась с целью коррекции дисфункции ННК. 16 случаев вторичной ринопластики по причине нарушения носового дыхания и послеоперационных деформаций у пациентов, оперированных ранее в других лечебных учреждениях, когда при ревизии выявленный размер и состояние ЛН позволяли ее применение, в сочетании с использованием хрящевых трансплантатов и без. Субъективная оценка включала клиническое обследование и анализ пред- и послеоперационных фотографий, степень удовлетворенности результатом пациента, объективная оценка осуществлялась в оценке сохранения носового дыхания, стабильности структур, отсутствии необходимости ревизионных вмешательств. Все операции выполнялись из открытого доступа после тщательной гидропрепаровки. ЛН выделялись в одном слое. Проводилась маркировка границы цефалической порции хряща и зоны препаровки внутренней слизистой на расстоянии не менее 6 мм от каудального края латеральных ножек. После этого цефалический край ЛН надсекался скальпелем №15 по отмеченной границе и подворачивался внутрь, для удобства лоскут фиксировали тонкими иглами 30G, после этого накладывали 3 матрачных шва нитью PDS 5-0.

Результаты. Во всех случаях отмечались стабильность структур кончика носа и сохранение дыхания в области ННК, удовлетворенность пациентов результатами операции. Подвернутые взаимопругие части хряща, способствуют укреплению крыла носа, стабилизации структуры при сохранении пластического материала. К преимуществам метода следует отнести прежнюю возможность регуляции степени ротации и проекции кончика носа, формирование оптимального крыльно-колумеллярного угла, сохранение естественного контура крыльев носа, повышение прочности и устойчивости структур кончика

носа. Предотвращается ретракция крыльев, что исключает дальнейшие ревизионные вмешательства по причине дисфункции ННК.

Выводы. Цефалическая резекция ЛН – хирургический прием с большой вероятностью развития функциональных и эстетических нарушений, но наиболее часто применимый в хирургии кончика носа. Метод подворота ЛН может быть применим для улучшения функционального и эстетического результата ринопластики и предотвращения послеоперационных осложнений.

Реконструкция перегородки носа аллогенным реберным трансплантатом при ятрогенных повреждениях.

Сидоренков Д.А., Липский К.Б., Аганесов Г.А., Володин А.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Научно-образовательный клинический центр Пластической хирургии, Москва

Для восстановления функции носового дыхания, как при врожденных искривлениях перегородки, так и при ее травматическом повреждении, единственным выходом является хирургическое лечение. И хотя в данный момент существуют различные методики выполнения данной операции, одной из наиболее распространенных как в нашей стране, так и за рубежом является подслизистая резекция, разработанная независимо друг от друга О.Т.Фреер (1902 г.) и G.Killian (1904 г.) Безусловно, с тех времен данная методика была модифицирована различными авторами и в настоящее время является гораздо более безопасной операцией, однако мы наблюдаем большее количество пациентов с послеоперационными осложнениями, так как данная операция все равно сопряжена с риском нарушить опороспособность перегородки, что приводит к функциональным и эстетическим нарушениям. Кроме того, по данным научной литературы, количество пациентов с ятрогенными повреждениями перегородки увеличивается и с ростом операций по эстетическим показаниям.

Цель исследования. Изучение возможности реконструкции перегородки носа при вторичной риносептопластике аллогенным реберным трансплантатом.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2014 гг. мы использовали аллогенный трансплантат для реконструкции перегородки носа при вторичной риносептопластике у 22 пациентов. Во всех случаях отмечали утрату опороспособности перегородки носа, обусловленную обширными дефектами хряща перегородки. У всех пациентов имелись жалобы на эстетический дискомфорт, обусловленный приобретенной формой наружного носа, так же у 14 из них отмечались жалобы на затруднение носового дыхания. У 12 пациенток в анамнезе были эстетические

операции, у 10 подслизистая резекция в связи с функциональными жалобами. Срок послеоперационного наблюдения составил от 3 до 24 месяцев. Главной проблемой в данных случаях является дефицит хряща пригодного для реконструкции функционально состоятельной перегородки. Описано несколько способов решения данной проблемы: собственный ушной или реберный хрящ пациента, аллогенные хрящи. Так же не прекращаются попытки создания различных искусственных имплантов. Мы использовали аллогенный реберный трансплантат, прошедший специальную обработку. Это позволило в данных случаях отказаться от забора ушного или реберного аутоотрансплантатов, что было положительно воспринято пациентами, а так же облегчило им послеоперационный период. Избыточное количество качественного материала позволило нам смоделировать и реконструировать по разработанной нами методике функционально состоятельные перегородки во всех указанных выше клинических случаях.

Результаты. У всех пациенток отмечался удовлетворительный эстетический и функциональный результат. За время наблюдения не было случаев отторжения, а так же резорбции используемого нами пластического материала, что подтвердило результат нашей работы. Одна пациентка повторно обратилась к нам для коррекции в связи с возникшей асимметрией, данная ситуация была обусловлена полученной в послеоперационном периоде травмой. Интраоперационно так же было подтверждено отсутствие сколь либо значимой резорбции установленного ранее трансплантата.

Выводы. Аллогенный реберный трансплантат может эффективно использоваться для реконструкции перегородки носа и является хорошей альтернативой забору собственных хрящей пациента. Примененный нами метод является эффективным и оправданным при выполнении вторичной риносептопластики.

Восстановления опороспособности носовой перегородки при вторичной ринопластике.

**Сидоренков Д.А., Липский К.Б., Аганесов Г.А.,
Пиманчев П.В., Стрелкова Н.К.**

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Научно-образовательный клинический центр Пластической хирургии, Москва

Введение. Такие деформации как: седловидная патология проекции кончика носа, девиация кончика и спинки носа, а также нарушение носового дыхания, являются наиболее частыми причинами повторного обращения пациентов после первичного хирургического вмешательства. Подобные состояния являются следствием потери опороспособности носовой перегородки.

Материалы и методы. За 201-2015 гг. на базе кафедры пластической хирургии ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова выполнена 81 вторичная риносептопластика пациентам с различными деформациями, возникшими из-за утраты опороспособности хрящевой части перегородки носа, что было связано с предыдущим хирургическим вмешательством в других лечебных учреждениях. Среди пациентов 64 женщины, 17 мужчин, средний возраст больных составил 26 лет. У пациентов наблюдались комбинированные деформации, из общего числа седловидная деформация отмечалась в 20% случаев, девиация спинки носа в 26%, кончика в 33% случаев, потеря проекции кончика носа в 35% случаев, осложнение в виде нарушения носового дыхания в той или иной степени наблюдалось в 86% случаев. Для восстановления анатомической целостности перегородки при вторичной операции мы использовали метод экстракорпоральной септопластики. Данная методика позволяет не только полностью визуализировать все отделы перегородки носа, наличие в ее структуре дефектов и деформаций, но и определиться с дальнейшей тактикой операции. Хрящ собственной носовой перегородки в нашей практике является пластическим материалом выбора. Однако его количество в донорской области, как правило, ограничено или отсутствует у пациентов после первичной операции. В этом случае, а также при деформациях собственного хряща, не поддающихся коррекции, для реконструкции перегородочного хряща мы используем хрящевые аутоотрансплантаты: ушной и реберный хрящи, а также аллогенный реберный трансплантат. При достаточных ригидности и объеме, при отсутствии выраженных рубцовых изменений и наличия массивного кожно-апоневротического чехла носа используем собственный ушной хрящ пациента. С помощью реберного хряща можно укрепить, а главное, воссоздать носовую перегородку, при полном ее отсутствии в виде L-strut. В качестве пластического материала нами использовались собственный перегородочный (48%), ушной (23%) и консервированный реберный хрящи (25%). Все операции выполнялись из открытого доступа. По способу реконструкции перегородочного хряща использовали методики: L-strut (40%), реконструкция (ремоделирование) и укрепление перегородки 38%, в том числе при создании дубликатуры перегородочного хряща (22%). Проводилась жесткая фиксация реконструированной носовой перегородки к носовому отростку верхней челюсти в нижнем отделе и к треугольным хрящам и носовым костям в верхнем отделе.

Результаты. Результат хирургического лечения оценивали согласно динамическим осмотрам через полгода и через год после операции, наличие или отсутствие жалоб, удовлетворенности пациента результатом операции. В двух случаях отмечались послеоперационные гематомы слизистой перегородки носа и в одном случае нагноение области операции после использования консервированного реберного аутоотрансплантата. В остальных случаях результат операции был расценен как положительный.

Во всех случаях нам удалось избежать такого грозного осложнения как перфорация носовой перегородки. При выполнении вторичной ринопластики открытый доступ и экстракорпоральная септопластика обладают следующими преимуществами: широкая визуализация анатомических структур носа, что позволяет прецизионно осуществлять доступ к глубоким структурам перегородки, избегая повреждений слизистой, снижая риск образования перфораций носовой перегородки; возможность прецизионного выделения перегородочного хряща в полном объеме, что дает возможность оценить его сохранность, конфигурацию и опороспособность в полном объеме, и, следовательно, выбрать подходящую методику реконструкции и/или ремоделирования с возможностью привлечения хрящевых ауто- или аллотрансплантатов для получения оптимального результата; надежная фиксация перегородки к носовому отростку верхней челюсти в нижнем отделе и к носовым костям и верхним латеральным хрящам в верхнем отделе, чем мы добиваемся стабильности носовой перегородки и предотвращаем ее возможное смещение в дальнейшем.

Выводы. Для восстановления опороспособности носовой перегородки при вторичной ринопластике сочетание открытого доступа и метода экстракорпоральной септопластики являются залогом успешных функционального и эстетического результатов.

Опыт эстетической хирургической контурная пластика тела у пациентов после потери массы тела.

**Сидоренков Д.А., Лобачёв К. С.,
Кадырова Ф.З., Гладышева В.В.**
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

После значительной потери массы тела у пациентов наблюдается деформация контуров тела за счет нависания избытков мягких тканей или локальных жировых отложений, не поддающихся коррекции диетой и физическими нагрузками.

На кафедре пластической хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова за период 1998-20015 гг. выполнена коррекция различных анатомических областей у 300 пациентов после потери массы тела и стабилизации веса в течение более 1 года. Мы выделили несколько степеней потери массы тела 1 степень – до 10-20 кг, 2 степень от 20-35 кг, 3 степень от 35-45 кг, 4 степень более 45 кг. Из 300 прооперированных нами пациентов данной группы – 196 с потерей массы тела 1 степени, 53 пациентки 2 степени, 34 пациентов с 3 степенью потери веса, 17 пациентов с 4 степенью потери массы тела. Из 300 пациентов, обратившихся к нам, – 69 пациентов потеряли вес после гастронутрирующих операций, степень потери массы тела у них составляет 2-4 степень, 105 пациентов после установки

внутрижелудочного баллона. Другие 126 пациента потеряли вес в результате диет, приемов препаратов и физических нагрузок. Период стабилизации веса тела у пациентов после значительной потери массы составил от 1 до 3 лет. Из 196 пациентов, с 1 степенью потери массы тела, для коррекции контура тела, в 116 случаях выполнили абдоминопластику. При этом у 32 из них двухэтапную, с предварительной липосакцией. У 99 пациентов абдоминопластику сочетали с липосакцией различных областей. 10 пациентам выполнили дерматолипэктомии передней брюшной стенки, 14 подтяжку бедер, 14 брахиопластику и 7 бодилифтинг, все эти операции сочетали с липосакцией различных областей. 19 пациентам выполнили только липосакции. Из 53 пациентов со второй степенью потери массы тела, мы выполнили в 25 наблюдениях абдоминопластику, при этом 14 пациенткам сочетали с липосакцией области бедер, 7 пациентам двухэтапную коррекцию области живота – липосакцию, а затем абдоминопластику, еще 8 подтяжку бедер и 7 брахиопластику. Из 34 пациентов с 3 степенью потери массы тела 7 пациентам мы выполнили подтяжку бедер, брахиопластику и бодилифтинг, 5 пациентам брахиопластику, подтяжку бедер и абдоминопластику. 15 пациентам липосакцию области грудных желез, с целью коррекции локальных жировых отложений и двухэтапную коррекцию области передней брюшной стенки живота, включающую липосакцию и абдоминопластику. Одному из этих пациентов для коррекции области груди мы выполнили вторым этапом иссечение избытков кожи. Также 6 пациентам мы выполнили торсопластику. Одному пациенту с 4 степенью потери массы тела мы выполнили только липосакцию в области передней брюшной стенки с целью улучшения контура и уменьшения массы тела. Вес пациента изначально до лечения составлял 160 кг, на фоне диет он похудел на 10 кг, после установки внутрижелудочного еще 20-30 кг (дважды). После удаления внутрижелудочного баллона вновь набрал 15 кг и на момент операции вес его составлял 125 кг. Количество аспирата во время липосакции – 17 литров. Во всех наших наблюдениях мы получили хороший эстетический результат. Среди осложнений мы наблюдали у 1 пациентки расхождение швов после брахиопластики, еще у 2 после подтяжки бедер, в 12 наблюдениях после абдоминопластики. В 25 наблюдениях также мы наблюдали образование серомы после абдоминопластики и в 12 наблюдениях после липосакции, которые ликвидировали повторным чрезкожным пунктированием. Таким образом, деформации контуров тела после различных степеней потери массы тела могут быть скорректированы с помощью отдельных хирургических методик – липосакция или дерматолипэктомией с пластикой фасциальных структур или без пластики, также одномоментным или отсроченным комбинированием или сочетанием этих методик в одной или в нескольких анатомических областях. Методики эстетической хирургической контурной пластики являются идеальным дополнением в лечении пациентов с ожирением с целью коррекции контуров

тела у пациентов после значительной потери массы тела и стабилизации веса, улучшая качество жизни и социальную адаптацию пациентов.

Опыт применения метода липофилинга в контурной пластике нижних конечностей.

**Сидоренков Д.А., Труфанов Д.И.,
Чумпитас М.П.С.**

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Липофилинг, как хирургический метод коррекции деформаций тела, берет начало в XIX веке, когда впервые была предпринята попытка пересадки липомы с целью аугментации молочных желез. Пересадка свободных жировых графтов начинает набирать популярность с момента активного применения метода вакуумной липосакции Houz в 1983 году. К концу 80-х годов Coleman разрабатывает и описывает методику липофилинга, которая дошла практически неизменной до наших дней. Сотрудники кафедры пластической хирургии ПГМГМУ им. Сеченова имеют опыт выполнения более 100 операций контурной пластики нижних конечностей с применением методики липофилинга. В том числе 50 операций в сочетании с увеличивающей круро- и глютеопластикой с использованием имплантов. В данных случаях для придания желаемых объемов области нижних конечностей подбирались соответствующие импланты, а липофилинг использовался для коррекции деформаций в местах в которые установка имплантов невозможна, либо для придания дополнительного объема в зоне установленного импланта. Также было проведено 25 операций в сочетании с уменьшающей пластикой с использованием различных методик липосакции. Например, методом липоаспирации уменьшался слой подкожно-жировой клетчатки в области лодыжек, в то время как в области икроножной мышцы объем мягких тканей увеличивался методом липофилинга. В ряде случаев для коррекции деформаций нижних конечностей липофилинг применялся изолированно от других методов. Операции проводились по схеме предложенной Coleman. Использовалась либо аспирация с помощью вакуумного отсоса, либо с помощью шприцев, в зависимости от объема необходимого пластического материала. Для очищения жирового липоаспирата применялись методы декантации либо центрифугирования. В ряде случаев пересаживаемый материал обрабатывался предварительно подготовленной плазмой крови пациента, обогащенной тромбоцитами, так называемой PRP. Липографты вводились в слой подкожно-жировой клетчатки с использованием тупоконечных канюль. Следует отметить, что никакой значительной разницы результатов в зависимости от метода обработки липоаспирата перед пересадкой, в отдаленном послеоперационном периоде

отмечено не было. Сохранение объемов реципиентных областей тела в послеоперационном периоде варьировалось в пределах от 50-60%, а с увеличением соотношения пересаживаемого материала к объему реципиентной зоны, выживаемость графтов снижалась, что приводило к уменьшению объемов корректируемой зоны в отдаленном послеоперационном периоде.

Таким образом, липофилинг, как средство контурной пластики нижних конечностей, может быть использован как в сочетании с другими методиками увеличивающей и уменьшающей контурной пластики, так и изолированно. Однако наилучшие эстетические результаты в отдаленном послеоперационном периоде достигаются сочетанным применением этих методик, в которых липофилинг используется как дополнительное средство для более точной корректировки финальных результатов пластики.

Дифференцированный подход к наружной терапии стероидчувствительных дерматозов.

Силина Л.В., Письменная Е.В., Колбина М.С.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Проблема рационального и патогенетически обусловленного использования наружных лекарственных форм в терапии стероидзависимых зудящих и папулезных дерматозов является весьма сложной проблемой практикующих врачей-дерматологов. Это объясняется безальтернативной необходимостью использования в адекватной терапии указанной патологии наружных кортикостероидных препаратов, наносимых как на лицо, так и на большие поверхности тела. Именно поэтому перспектива избирательного использования различных мазей весьма нелегка для пациентов. Появление крема Комфодерм М2 позволяет решать эту задачу. Крем содержит метилпреднизолон ацепонат и мочевины. Метилпреднизолон ацепонат подавляет воспаление и аллергические кожные реакции (гиперемия, отек, мокнутие), уменьшает зуд, жжение в очагах поражения. Мочевина, в свою очередь, обладает увлажняющим действием, поддерживает естественный уровень гидратации кожи и снижает трансэпидермальную потерю воды, создает условия для повышения резорбции других действующих веществ и усиливает тем самым их действие. Кроме того, мочевина длительно сохраняет свои абсорбирующие и антисептические свойства и, тем самым, способствует снижению риска инфицирования. В настоящем исследовании принимало участие 54 пациента, страдающих наиболее распространенными дерматозами с локализацией патологического процесса на лице и теле: атопический дерматит (n=14), аллергический контактный дерматит (n=15), хроническая экзема (n=25). Пациенты были разделены на две группы: группа А – получала Комфодерм М2 – избирательно в течение пяти дней на кожу

лица, Акридерм или Акридерм ГК при риске инфицирования – на остальные участки тела один раз в сутки, Группа Б – терапию Синафланом дважды в сутки. Также все пациенты принимали общее лечение по соответствующим медицинским стандартам. Оценка изменений дерматологического статуса проводилась с помощью интегрального дерматологического индекса EASI (Eczema Area and Severity Index). В результате проведенного нами лечения различными наружными фармакопрепаратами индекс EASI значительно снизился. В группе А его величина составила до начала терапии $6,9 \pm 3,38$; после проведения лечения – $0,77 \pm 1,34$, $p < 0,001$. В группе Б величина индекса составила до начала лечения – $9,3 \pm 5,26$; после окончания терапии – $1,23 \pm 2,24$, $p < 0,001$. Симптомы ксероза в группе А как по клиническим показателям, так и по значениям, полученным при проведении корнеометрии, уменьшались в большей степени, чем в группе Б. Следует отметить, что интенсивность зуда кожи также снижалась быстрее в группе А. При оценке длительности ремиссии по окончании лечения следует отметить, что в группе А ее продолжительность была выражена сильнее, чем в группе Б (при оценке показателей зуда кожи и ксероза).

Таким образом, дифференцированное использование различных наружных лекарственных форм в комплексной терапии стероидчувствительных дерматозов патогенетически обосновано и эффективнее в плане получения положительных результатов терапии.

Хирургическое лечение при травматическом и паралитическом лагофтальме.

Сироткина И.А., Бухарина Е.С.

Центр неотложных состояний и травм органа зрения, Областная клиническая больница № 3, Челябинск

Актуальность. Механические травмы, ожоговые повреждения, инфицированные раны век и параорбитальной области, парез лицевого нерва приводят к деформациям век. Нижнее веко смещается к нижнему глазничному краю, а верхнее веко подтягивается к брови, развивается лагофтальм. Отсутствие адекватной защиты глазного яблока приводит к сухости глазной поверхности, развитию кератита или язвы роговицы.

Цель. Проанализировать влияние хирургического лечения, направленного на уменьшение величины глазной щели при лагофтальме, на сохранение зрительных функций.

Материалы и методы. За период с 2003 по 2013 гг. в офтальмологическом отделении ГБУЗ ОКБ №3 г. Челябинска хирургическое лечение выполнено 43 пациентам с лагофтальмом: после механических травм век – 23 (53,5%), тяжелых ожогов век и параорбитальной области – 5 (11,6%), при паралитическом лагофтальме – 15 (34,9%). Всего: мужчин 34 (79,1%), женщин – 7 (16,3%), детей – 2 (4,7%). Возраст паци-

ентов 14–68 лет. Средний возраст $33,2 \pm 9,4$. Всем пациентам проведено стандартное офтальмологическое обследование, фоторегистрация изображений средней зоны лица.

Результаты и обсуждение. При травматических дефектах век проведено хирургическое лечение у 28 (65,1%) из 43 пациентов: пластика перемещенным полнослойным кожным лоскутом – 15 (53,6%) пациентам, полнослойным свободным лоскутом – 17 (60,7%), расщепленным свободным кожным лоскутом – 2 (7,1%). У всех пациентов к седьмым суткам трансплантат приобрел розовую окраску. Отторжения трансплантата не наблюдали. При паралитическом лагофтальме у 15 (34,9%) из 43 пациентов выполнено два вида операций. В первой группе пациентов (10) сформирована дубликатура наружных отделов хрящевой век и выполнена наружная тарзорафия аллосухожильными нитями. Во второй группе пациентов (5) проведена комбинированная операция: рецессия леватора верхнего века, каркасная пластика нижнего века, постоянная наружная тарзорафия. В этой группе адекватное уменьшение величины глазной щели достигнуто за счет ослабления верхнего века, укорочения нижнего века. Всем пациентам выполнена временная тарзорафия на 3–6 месяцев. После расширения век выявлено повышение зрительных функций вследствие просветления роговицы у 27 (62,8%) из 43 пациентов, рубцевания язвы роговицы – 10 (23,3%), уменьшения площади бельма роговицы – 3 (6,9%). Зрительные функции не изменились у 3 (6,9%) пациентов. В послеоперационном периоде проведена антибактериальная и десенсибилизирующая терапия, облучение реконструированной поверхности низкочастотным гелий-неоновым лазером у 43 (100%) пациентов. Через 2–4 недели после операции выполнен курс противорубцовой терапии: фонофорез с гидрокортизоновой мазью 1%, электрофорез с лидазой 64 Ед., обкалывание рубцов коллалезином, дипроспаном, введение в рубец суспензии кеналога трехкратно с интервалом в 10 дней – 30 (69,8%) пациентам.

Выводы. Своевременно выполненное хирургическое лечение с целью уменьшения величины глазной щели при лагофтальме и комплекс консервативных лечебных мероприятий, направленный на оптимизацию рубцового процесса в послеоперационном периоде, позволили сохранить и/или повысить зрительные функции – 93,1% пациентам.

Пластика переднего отдела носа свободным васкуляризированным лучевым трансплантатом.

Соколыщик М.М., Павлюк-Павлюченко Л.Л., Петрович Р.Ю.

Лечебно-реабилитационный центр, Москва

Реконструкция кончика носа в связи с его травматической ампутацией – нечастая операция в практике пластического

хирурга. Исторически с целью пластики передних отделов носа используются местные ткани – кожно-фасциальные лоскуты, перемещенные с щечных или височных областей. Нами разработана техника восстановления кончика носа путем аутотрансплантации полнослойного васкуляризованного лучевого лоскута.

В период с 2001 по 2015 годы в нашей клинике наблюдались три пациента с последствиями носовой травмы. У двух пациентов в анамнезе укушенная рана (укус собаки) носа с утратой его передних отделов, у одного ампутация кончика носа произошла в связи с отсечением его лопастью вентилятора на производстве.

Лучевой кожно-фасциальный трансплантат формировался в области нижней трети предплечья по волярной поверхности фигурно по выкройке дефекта носа. Размеры кожной части варьировали от 2,0x2,5 см до 3 см в диаметре. Лучевые сосуды – артерия и вены мобилизовались вдоль передней поверхности предплечья вплоть до локтевой ямки. Далее подчелюстным доступом по латеральной поверхности шеи осуществлялся доступ к лингвальной артерии и наружной яремной вене. После подготовки реципиентного места – хирургической обработки краев и ложа кончика носа, лучевой лоскут переносился и формировался фиксации отдельными узловыми швами по краям раны, сосуды лучевого трансплантата проводились в заранее подготовленный подкожный тоннель в области щеки на шею с расположением сосудистой ножки поверх нижней челюсти. Длины сосудистой ножки лучевого лоскута (от 17 до 20 см) всегда была достаточно для анастомозирования с сосудами шеи без натяжения, анастомозирование проводилось под оптическим увеличением до 4 крат, нитью пролен 8-0. Доступы в области щеки и шеи ушивались косметическим швом.

Во всех случаях наблюдалось полноценное приживание трансплантата. В области щеки в течение 3-6 месяцев отмечалась переходящая деформация с постепенным восстановлением рельефа поверхности. Через год после операции пациенты демонстрировали удовлетворительные эстетические результаты. Данная техника реконструкции передних отделов носа может использоваться пластическими хирургами с целью реабилитации пациентов после травматической ампутации и наличием посттравматического рубцового дефекта. Такой вид пластической техники требует наличия микрохирургического оснащения, опыта наложения микрососудистого шва, знания топографо-анатомических соотношений тканей и сосудов предплечья и шеи.

Вероятность риска ишемии кожи и рубца у женщин с артериальной гипертензией после пластической операции на лице.

Сорокина А.Е., Голубков Н.А.

Центр косметологии и пластической хирургии,
Уральский государственный медицинский
университет, Екатеринбург

Патофизиологические механизмы развития АГ ведут к нарушению микроциркуляции в структурах органов – мишеней: сосудах головного мозга, почек, сердца, ремоделированию сосудистой стенки с развитием эндотелиальной дисфункции (Белоусов Ю. Б. 1997 г.). Во время проведения пластических операций производится отслоение и натяжение кожного лоскута, что сопровождается повреждением подкожных сосудистых сплетений. При этом может развиваться нежелательное послеоперационное осложнение в виде ишемии лоскута и некроза его дистальных концов (Кузьмин В.В. 2013 г.). Для прогнозирования рисков осложнений используют шкалу Joseph A. Cargini, так как на сегодняшний день она является наиболее подтвержденной системой индивидуальной оценки (Баринов В.Е. 2013г.).

Цель исследования – разработка и оценка информативности шкалы риска ишемических осложнений после пластических операций на лице.

Материалы исследования: данные клинико-анамнестических, инструментальных, морфологических исследований 108 женщин в возрасте от 46 до 60 лет, в том числе 56 человек с артериальной гипертензией 1-2 ст. (ПАГ) из группы изучения и 52 практически здоровых женщин (ПЗП) из группы контроля с признаками возрастной инволюции кожи лица, обратившихся в клинику для проведения пластической операции. Для разработки прогностической шкалы было проведено комплексное обследование пациенток, включающее анамнез, общее клиническое исследование, данные ультразвукового доплерографического исследования (УЗДГ) сосудов головы и шеи, ЭКГ, что нашло отражение в разработанной авторами бальной шкалы прогнозирования рисков осложнений после оперативных вмешательств. Морфологическое исследование проведено на коже, иссеченной во время операции из околоушной области.

Результаты. На основании разработанной шкалы и в зависимости от количества набранных баллов были сформированы группы пациенток с низким, средним и высоким уровнем рисков осложнений. В группе низкого риска, набравших от 0 до 5 баллов было 46 человек. Из них 37 пациенток без АГ, 9 человек с АГ 1 ст., и не было пациенток с АГ 2 ст. В группе со средним уровнем риска осложнений было 37 пациенток набравших от 6 до 8 баллов. Из них 15 человек из группы контроля, что составило 28,8% , 17 пациенток с АГ 1 ст., что составило 47,4%, и 5 пациенток с АГ 2 ст., что составило 25,0% группы с АГ 2 ст. В группе высокого риска было 25 пациенток, набравших в совокупности от 9 до 12 баллов: 10 пациенток с АГ 1 ст. (27,6 %) и 15 пациенток с АГ 2 ст. (75,0 %). Пациенток из группы ПЗП не было. Пациентки с АГ 2 ст. имеют почти всегда высокий или средний риск осложнений. Пациентки с АГ 1 ст. в 75% случаев имеют высокий и средний риск. У пациенток из группы ПЗП 28,8% имеют средний риск. Самый высокий риск у пациенток с АГ 2 ст. – 85%. Выводы. На основании клинико-морфологической оценки была разработана бальная шкала прогноза ри-

ска развития ишемических осложнений после омолаживающих лифтинговых операций. Критическим уровнем, значительно увеличивающим риск развития ишемических осложнений на фоне артериальной гипертензии, стала величина в 9 и более баллов.

Коррекция фотостарения тыла кистей рук.

Староватова П.А., Губанова Е.И., Вавилова А.А.
Московский государственный университет пищевых производств, Институт совершенствования врачей, Клиника превентивной медицины «Валлекс М», Москва

Солнечное лентиго, актинический кератоз, неравномерная пигментация и дряблость кожи являются наиболее распространенными признаками фотостарения. Несовпадение между ухоженным лицом и неэстетичностью рук с элементами фотоповреждения, вызывают обеспокоенность социально активных женщин после 40 лет, что мотивирует их на обращение за косметологической помощью.

Косметологической практике наряду с осветляющими и солнцезащитными средствами с UVA- и UVB-фильтрами используются химические пилинги, фотоомоложение, неаблятивные лазерные шлифовки, фракционный лазерный фототермолиз.

Для устранения солнечного лентиго пациентам рекомендованы наружные средства, содержащие гидрохинон, третиноин, ретиноиды, азелаиновую кислоту. Применение наружных осветляющих препаратов частично решает проблему солнечного лентиго, но в сочетании с другими процедурами в условиях клиники их эффективность возрастает.

При коррекции фотостарения большинство врачей-косметологов отдают предпочтение химическим пилингам, что связано с простотой исполнения и доступной ценой для пациента. Выбор пилинга осуществляется исходя из повреждения кожи. Поверхностный пилинг используют при дефектах эпидермиса (лентиго), срединный эффективен при изменениях в дерме (кератоз, поствоспалительная гиперпигментация). Глубокий пилинг в области кистей рук не проводится.

С целью коррекции фотостарения тыла кистей в косметологии применяются лазеры, в основе которых лежит принцип селективного фототермолиза. Хорошо зарекомендовали себя александритовый лазер с длиной волны 755 нм и неодимовый лазер с длиной волны 510 нм. Для удаления пигментных пятен, как правило, требуется 2 процедуры с интервалом один месяц.

Одним из эффективных, но относительно дорогостоящих методов является фракционный фототермолиз. Хромофором для этого лазера является вода, то его действие максимально реализуется в нижних слоях

эпидермиса и в дерме, при этом роговой слой, содержащий мало воды, практически не повреждается. В процессе воздействия фракционным эрбиевым лазером в коже образуются зоны фототермолиза (фотокоагуляции) разной плотности и глубины (микротермальные лечебные зоны – МЛЗ). Окружающие МЛЗ области поврежденной ткани становятся источником активного выброса медиаторов стресса, запускающих реакции, направленные на протеолиз поврежденного участка и активную стимуляцию репаративных процессов. В результате происходит обновление структурных элементов в зоне МЛЗ, соответственно, ремоделирование тканей.

В последние годы с целью оптимизации результатов терапии фотостарения, дерматологами разрабатываются различные протоколы использования наружных ретиноидов перед шлифовкой.

В постпилинговом уходе используются наружные увлажняющие и регенерирующие средства, обеспечивающие профилактику инфекционных осложнений, защищающие кожу от ультрафиолетового излучения.

Дерматологами клиники Валлекс М и кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Института совершенствования врачей ФГБОУ ВПО МГУПП разработан и используется протокол комплексной поэтапной косметологической коррекции фотостарения кожи рук.

1 этап – подготовительный (сентябрь-октябрь). В течение 1-2 месяцев использование наружных средств с ретинолом (Retinol 0.3, SkinCeutical, Франция) 2-3 раза в неделю, на пигментные пятна – через день.

2 этап – шлифовка кожи (ноябрь-февраль). Пилинг 15% трихлоруксусной кислотой (3 процедуры с интервалом в 3 недели) или фракционный фототермолиз (2 процедуры с интервалом 4 недели) с более агрессивным локальным воздействием на очаги пигментации.

3 этап – реабилитационный. В пост- и межпроцедурный период использование увлажняющих, восстанавливающих эпидермальный барьер средств (пантенол, бипантен, сыворотки с гиалуроновой кислотой и антиоксидантами), продолжение использования отбеливающих средств.

4 этап – превентивный (май-сентябрь). Обязательное применение фотопротекторов и средств, содержащих блокаторы меланогенеза, активных сывороток с высокой концентрацией витаминов Е и С.

Наш 7-летний опыт применения комплексного поэтапного подхода с использованием наружных средств с ретиноидами и антиоксидантами щадящих шлифовок, фотопротекции, показал высокий уровень compliance пациентов, достижение стойких результатов осветления и омоложения кожи тыла кистей. Качественный превентивный уход за кожей, разработанный с учетом возрастных особенностей пациента, позволяет замедлить темпы старения, предотвратить прогрессирование фотоповреждения.

Возможности визуализации жировых аутоотрансплантатов при ультразвуковом исследовании после коррекции объемных дефектов и деформаций в области молочных желез.

Старцева О. И., Мельников Д.В., Захаренко А.С., Кириллова К.А., Пищикова Е. Д.
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Введение. Жировая ткань проявила себя идеальным филлером для коррекции объемных дефектов и деформаций в области молочных желез. И тем не менее такие вопросы, как непредсказуемость приживления жировых аутоотрансплантатов и отсутствие их единой системы оценки после пересадки, по-прежнему остаются на повестке дня. В данном обзоре мы попытались систематизировать результаты данных ультразвукового исследования пересаженной жировой ткани в сроки от 2 недель до 12 месяцев. Материалы и методы. Аутоотрансплантация жировой ткани применена нами у 44 пациентов в период с 2013 по 2014 годы. У 13 пациентов наличие деформации было связано с ранее перенесенной мастэктомией по поводу онкологического заболевания и реконструкции молочной железы комплексом собственных тканей. У 6 пациенток имели место деформации мягких тканей в области молочных желез после введения ПЛАГ. В 23 наблюдениях коррекция контуров выполнялась в связи с деформацией молочных желез после ранее выполненного эндопротезирования. У двух пациенток наличие деформации было связано с ранее выполненной редукцией молочной железы. Всем пациенткам была выполнена аутоотрансплантация жировой ткани с использованием стандартной техники по Coleman. Для контроля результата пересадки аутожира выполняли ультразвуковое исследование подкожной жировой клетчатки в области молочных желез в сроки: до операции; через 2 недели; 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции. Оценивали толщину подкожно жировой клетчатки в области молочной железы в четырех точках на 2 см латеральнее, медиальнее, вверх и вниз от сосково-ареолярного комплекса.

Результаты. Во всех случаях коррекции контурной деформации мягких тканей в области молочных желез с использованием аутоотрансплантации жировой ткани нами был достигнут положительный эффект с высоким уровнем удовлетворенности лечением. По данным ультразвукового исследования наблюдается тенденция к резорбции жировых аутоотрансплантатов: ко второй недели после пересадки жировых аутоотрансплантатов отмечается максимальная их толщина за счет сохраняемого отека мягких тканей; к 1 месяцу после операции толщина подкожно-жировой клетчатки уменьшается на 10% в связи с уменьшением отека; через 3 месяца после операции отмечается уменьшение объема жировых аутоотрансплантатов на 20%, что уже связано непосредственно с резорбцией; в срок от 6 до 12

месяцев наблюдается стабилизация толщины подкожно-жировой клетчатки в реципиентной области. Однако у всех пациенток при ультразвуковом исследовании были выявлены типичные начальные проявления липонекроза в области жировых аутоотрансплантатов на 3-4 неделе после пересадки в виде мелких (0,3-0,6 см) анэхогенных включений с гиперэхогенной капсулой, толщина которой была различна. В результате динамического наблюдения в большинстве наблюдений жидкостные полости уменьшались в количестве через 1-3 месяца, у 18 (41%) пациенток полностью исчезли. Картина сосудистого рисунка ткани железы также возвращалась к норме. У 16 (37%) пациенток помимо мелких анэхогенных включений в жировом аутоотрансплантате выявлены очаги липонекроза в виде более крупных жидкостных образований диаметром до 1,5-2,5 см. На фоне проводимой противовоспалительной терапии участки неоднородности уменьшались в размерах. В 10 (22%) наблюдениях через 6 месяцев в зонах липонекроза отмечено выпадение солей кальция в виде кальцинатов различной величины. У 10 (22%) женщин развитие липонекроза привело к формированию участков ткани с выраженной неоднородностью, без четких контуров и капсулы, дающих за собой акустические тени, с локальным усилением сосудистого рисунка в окружающих тканях, что по данным УЗИ имело сходные признаки с раком молочной железы. Однако быстрое формирование очагов в послеоперационном периоде в процессе постоянного наблюдения с помощью УЗИ позволило исключить неогенез.

Выводы. Трансплантация аутожировой ткани является эффективным методом в коррекции объемных дефектов и деформаций в области молочных желез. Положительный эффект приживления жировой аутоклетчатки прослеживается по данным УЗИ толщины ПЖК. Однако наличие липонекрозов различного характера и дальнейшей их трансформации в тканях является косвенным признаком частичной резорбции пересаженных жировых аутоотрансплантатов. На сегодняшний день отсутствует единая система оценки приживаемости жировых аутоотрансплантатов. Поэтому в дальнейшем необходимо проведение более детального анализа пересаженной жировой аутоклетчатки и долговременных наблюдений.

Слабость передней брюшной стенки после реконструкции молочной железы лоскутами передней брюшной стенки у пациентов с повышенным индексом массы тела.

Старцева О.И., Мельников Д.В., Иванов С.И., Даштоян Г.Э.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Введение: одной из наиболее часто встречающихся проблем при реконструкции молочных желез является

необходимость восстановления объема мягких тканей вследствие наличия дефектов как врожденного, так и приобретенного характера. Реваскуляризируемые тканевые комплексы передней брюшной стенки, являясь собственными тканями пациента, исключают наличие осложнений, связанных с использованием искусственных материалов, обеспечивая рецепиентную зону большим объемом пластического материала, позволяющего воссоздать молочную железу близкую по форме и размерам к контрлатеральной. Тем не менее данный метод так же имеет определенные недостатки и риски послеоперационных осложнений, связанные с потерей аутотрансплантата и дефектами донорской области в виде слабости, пролапса передней стенки живота и формированием истинных грыж. По данным литературы, обращает на себя внимание тесная взаимосвязь слабости передней брюшной стенки и повышенного индекса массы тела и, как следствие, увеличенного внутрибрюшного давления, у пациенток после реконструкции молочной железы лоскутами передней брюшной стенки. Многочисленные исследования (США, Европа, Япония) выявили устойчивую связь между повышенным индексом массы тела (ИМТ) и возрастом послеоперационных осложнений после реконструкции молочных желез. При этом одной из ключевых причин развития слабости передней брюшной стенки, вследствие растяжения и истончения апоневроза, авторами выделяется повышение внутрибрюшного давления.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе отделения пластической и реконструктивной хирургии ПМГМУ им. Сеченова в период с 2013 по 2014 годы. Ретроспективно мы систематизировали наблюдения у 40 пациенток с индексом массы тела более 25, перенесших реконструкцию молочных желез с использованием лоскутов передней брюшной стенки в сроки от 6 до 12 месяцев. 21 пациентке была выполнена реконструкция молочной железы с использованием DIEAP-лоскута. У 19 пациенток методом реконструкции был выбран TRAM-лоскут, из них в 13 наблюдениях лоскут был использован на контрлатеральной ножке, в 6 случаях на ипсилатеральной. При этом в 3 случаях реконструкции TRAM-лоскутом у пациенток с индексом массы тела более 30 слабость передней брюшной стенки была диагностирована интраоперационно, в связи с чем интраоперационно, с целью профилактики послеоперационных осложнений был использован полипропиленовый сетчатый эндопротез для укрепления донорской области. На этапе предоперационной подготовки проводилась оценка соматического состояния пациентов, измерение индекса массы тела, сбор анамнеза на наличие грыж, слабости передней стенки живота, диастаза прямых мышц брюшной стенки. Результаты: слабость передней брюшной стенки в послеоперационном периоде была выявлена в 6 наблюдениях (15% случаев) при помощи визуальной оценки, как оперирующих хирургов, так и пациентов, а так же путем исключения наличия истинных грыж при помощи

УЗ-исследования и признаков истончения и растяжения апоневроза передней брюшной стенки. В 1 случае был использован TRAM-лоскут на контрлатеральной ножке, в остальных – DIEAP-лоскут. Во всех 6 наблюдениях пациентки страдали избыточным весом с ИМТ>30, при этом у пациентов с ИМТ<30 данных осложнений в донорской области выявлено не было. В случаях установки сетчатого эндопротеза явлений развития слабости апоневроза так же установлено не было. Во всех случаях реконструкции молочных желез был достигнут положительный эстетический результат с высоким уровнем удовлетворенности, как со стороны пациентов, так и со стороны оперирующих хирургов.

Выводы: реконструкция молочных желез лоскутами передней брюшной стенки является методом выбора при необходимости восполнения значительных объемов мягких тканей. В свою очередь, тщательная предоперационная подготовка с дифференциацией таких показателей, как индекс массы тела, величина внутрибрюшного давления может стать ключевым моментом при планировании операции. В целях профилактики развития слабости передней стенки живота у пациенток с повышенным индексом массы тела нам представляется обязательное использование сетчатого эндопротеза с целью укрепления апоневроза передней брюшной стенки.

Диагностика осложнений после увеличивающей маммопластики и их хирургическая верификация.

Старцева О.И., Митиш Е.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Несмотря на большие достижения современной пластической эстетической хирургии, совершенствования хирургических техник, проблема послеоперационных осложнений остается до настоящего времени актуальной. Как и все другие хирургические операции, увеличивающая маммопластика может сопровождаться некоторым риском осложнений, таких как: капсулярная контрактура, разрыв имплантата с образованием силикогранулем, дислокация и протрузия имплантата, серома, гематома и др. Степень соответствия хирургических находок и результатов инструментальных методов исследования до операции очень важна для качественного выполнения повторных операций.

Целью исследования является изучение диагностических возможностей лучевых методов в выявлении осложнений после увеличивающей маммопластики с помощью имплантатов и их хирургическая верификация. Нами комплексно обследовано 61 пациентка с подозрением на осложнение после увеличивающей маммопластики. Их возраст составлял от 20 до 58 лет. Показаниями для выполнения маммопластики были: гипоплазия молочных

желез у 12 пациенток, птоз – у 17, недовольство размерами молочных желез – у 26 и мастэктомия – у 6 пациенток. Проводился тщательный сбор анамнеза, клинический осмотр, диагностика состояния имплантатов при помощи ультразвукового исследования (УЗИ), магнитно-резонансной маммографии (МР-маммография) и компьютерной томографии (МСКТ-маммография). Ранние послеоперационные осложнения выявлены у 14 пациенток, у остальных 47 пациенток осложнения появились спустя 3-6 лет после операции. Протрузия имплантата диагностирована клинически у 4 пациенток, что не потребовало дополнительных исследований до оперативного вмешательства.

Результаты оперативного вмешательства и УЗИ исследования совпали при наличии серомы у 6 из 7 пациенток (у одной пациентки вместо разрыва имплантата обнаружена серома). Гематомы были выявлены у всех 3 пациенток. Капсулярные контрактуры 1-2 степени по классификации J.L. Вакег были выявлены у всех 8 пациенток. При фиброзно-капсулярных контрактурах 3-4 степени диагноз подтвердился у 5 из 14 пациенток. При дислокации имплантата у 3 пациенток из 8 результаты были сомнительными. При разрывах имплантатов результаты совпали у 10 из 17 пациенток. Проведение МР-маммографии дало полное совпадение диагнозов благодаря возможности получения панорамного изображения, за исключением 3 случаев интракапсулярного разрыва. Проведение МСКТ-маммографии без внутривенного контрастирования позволило обнаружить разрывы имплантатов во всех наблюдениях как интракапсулярные (у 8 пациенток), так и внекапсулярные (у 9 пациенток).

В заключение можно сказать, что УЗИ целесообразно применять в качестве первого метода визуализации для диагностики первичных осложнений; для динамического наблюдения за состоянием молочной железы в послеоперационный период; для проведения малоинвазивных вмешательств под контролем ультразвука. В остальных случаях необходимо провести МР-маммографию. МСКТ-маммографию необходимо применять в качестве дополнительного метода у пациенток из группы высокого риска, а также в случаях, когда к проведению МРТ имеются противопоказания.

Некоторые особенности методики подъема углов рта.

Степанкин С.Н., Степанкина Е.С., Бармин Е.В.
Российский кардиологический научно-производственный комплекс им. акад. Б.В. Петровского, Москва

Методика подъема угла рта предусматривает врачебные манипуляции с использованием определенных техник, медицинских препаратов и инструментов. Для комплексного решения проблемы опущенных углов рта следует по-

ставить перед собой следующие задачи: 1. Ослабление доминанты мышц-депрессоров, что влечет за собой повышение тонуса мышц-леваторов с использованием препаратов токсина ботулизма в стандартном разведении по 2-3 Ед. на одно введение. 2. Уменьшение локальных жировых отложений, окружающих угол рта. Для уменьшения объема щеки, «складки марионетки» используем разработанную нами методику локального растворения жира. Проведенные нами исследования показали высокую эффективность локального разрушения адипоцитов с хорошим косметологическим результатом. Фиброзная ткань, которая впоследствии развивается в месте проведения интралипотерапии, позволяет достичь эффекта лифтинга, что позволяет использовать эту методику для подъема угла рта. 3. Методика мобилизации кожи вокруг угла рта. Для улучшения результатов подъема угла рта мы используем мобилизацию кожи вокруг угла рта. Зона мобилизации захватывает боковую часть верхней губы, щеку и боковую часть нижней губы. Данная методика направлена на отделение кожи, которая впоследствии «прирастает» к подлежащим тканям приподнятого различными способами угла рта. 4. Введение опоры под угол рта с использованием филлеров; Этот вид контурной пластики мы также рекомендуем сочетать с мобилизацией кожи вокруг рта. При этом обязательно мобилизуют кожу складки марионетки, что может привести к нежелательному расположению геля в тканях под действием мимических движений. 5. Нитевая арматурная методика; Методика армирования угла рта золотыми нитями. Данная методика возникла после появления на косметологическом рынке золотых нитей, прикрепленных к игле по типу «Удочки». Используют иглу длиной 4 см. Непосредственно изнутри угла рта золотые нити проводят радиально. В течение года нити приобретают вид «пружинки» и надежно фиксируют угол рта в необходимом положении. Так же мы рекомендуем сформировать двумя нитями окаймляющие угол рта круги. 6. Установка нитей – нитевая лифтинговая методика. Способ «Коромысло». Данный способ предусматривает использование рассасывающихся якорных нитей. При узкой ротовой щели нить проводят по типу «коромысла» из одного угла рта к другому в толще мышц через верхние отделы верхней губы под основанием носа. Способ «Трапеция». При широкой ротовой щели нить следует располагать по вектору трапеции, причем, чем шире ротовая щель, тем более вертикально располагают боковые стороны трапеции. Способ «V»-образного лифтинга. При этом нити располагают по векторам скуловой мышцы. Центральную часть нити направляют вдоль носогубной складки, латеральную часть нити направляют к верхней точке прикрепления ушной раковины. Нити располагают в мышечно-апоневротическом слое, причем вкол иглы производят непосредственно изнутри угла рта. Мы рассмотрели возможные варианты подъема угла рта. Методики могут использоваться изолированно, но для достижения оптимального эстетического результата достаточной продолжительности необходимо применение комбинированных методов.

Таким образом, методы подъема угла рта отличаются разнообразием по зонам и механизмам воздействия. Пациента следует предупредить, что вектор уголков рта в значительной мере зависит от характера и эмоциональных проявлений и без усилий самого пациента эту проблему косметическими средствами исправить невозможно.

Место липофилинга в арсенале пластического хирурга.

**Столярж А.Б., Корзникова А.А.,
Берлева О.О.**

**3 Центральный военный клинический госпиталь
им. А.А. Вишневого, Красногорск**

Липофилинг – методика коррекции возрастных изменений лица и контуров тела, суть которой заключается в трансплантации (пересадке) собственной жировой ткани пациента из донорской зоны в реципиентную. В нашей клинике данная методика используется более 6 лет, выполнено всего около 680 операций по стандартной методике, выделение жизнеспособных адипоцитов осуществляется простым отсасыванием аспирата в шприцах, донорская зона чаще всего эпигастральная, реципиентная – средняя и нижняя треть лица. Липофилинг используется как самостоятельная методика, так и входит в комплекс мер по омоложению возрастного лица, что позволяет достичь более полного эстетического результата. В качестве самостоятельной операции липофилинг возможен как в группе пациентов с минимальными возрастными изменениями для придания дополнительного объема в зонах с изначальной нехваткой такового, а также для придания избыточного объема по желанию пациента, так и в группе возрастных пациентов. Показаниями к самостоятельной операции считаем: -образования глубоких носогубных складок в процессе старения; -возрастные изменения костных и мышечных тканей средней и нижней трети лица; -отсутствие достаточного количества жировых тканей в нижней средней трети лица (худое лицо); -ярко выраженный недостаток губ; -наличие асимметрии лица; -посттравматическая деформация контуров лица. В комплексной коррекции возрастных изменений лица (фэйс-лифт+блефаропластика+лифтинг лба) липофилинг решает проблему объемных изменений области носогубного треугольника, скуловых областей, подбородка, губ, реже (в нашем случае) носослезной борозды. Зачастую мы используем липофилинг в сочетании с блефаропластикой у пациентов, которые психологически неготовы к выполнению травматичного комплексного лифтинга и/или не имеют времени для длительной реабилитации. Сочетание глаза+скулы+носогубный треугольник, безусловно, не решают проблемы контура овала лица, но позволяют временно удовлетворить достаточно обширную группу пациентов. Также данное сочетание можно рассматривать как 1 этап (пробный) и через некоторое время предлагать данным пациентам уже фэйс-лифт, но в

более сокращенном по времени операции варианте, либо 2 этапом использовать малоинвазивные нитевые и аппаратные методики по коррекции возрастных изменений лица. Еще одной группой для выполнения липофилинга стали пациенты, которые в прошлом перенесли комплексное хирургическое омоложение 5-10 лет назад и в настоящий момент не перенесут большую повторную операцию, а возможность периодической малоинвазивной поддерживающей коррекции позволяет длительно сохранять хороший эстетический результат без значительного риска для здоровья. Надо четко понимать, что результат данной методики зависит от многих факторов: корректной техники выполнения липофилинга, адекватности оценки емкости реципиентного ложа (нельзя вводить избыточный объем) и правильного поведения пациента в послеоперационном периоде. Но так или иначе, по нашим наблюдениям приживление жирового трансплантата наблюдается от 25 до 50% от первоначального объема, результат сохраняется до 2-3,5 лет. Безусловная привлекательность метода в его экономичности и простоте техники выполнения. Мы можем забрать за одну процедуру объем жира достаточный для коррекции нескольких зон лица (скулы, носогубные и носослезные борозды, подбородок и губы), что позволяет корригировать сразу значительные зоны липодистрофий без дополнительных затрат на дорогостоящие материалы, в сравнении с методом введения филлеров стабилизированной гиалуроновой кислоты. Но коррекция аутожиром является более «грубой» и не позволяет тонко проработать, например, контур губ и более поверхностные заломы на уровне дермы, методом выбора в таких случаях являются филлеры. Таким образом, липофилинг позволяет решить широкий круг эстетических проблем при правильной постановке показаний к его выполнению.

Аугментация с одномоментной мастопексией, выбор метода, ошибки, результаты, осложнения.

**Столярж А.Б., Тетерин Д.К., Куленков А.И.,
Горбунов Ю.И.**

**3 Центральный военный клинический госпиталь
им. А.А. Вишневого, Красногорск**

Последние несколько десятилетий эстетическая хирургия молочных желез переживает значительный рост популярности. Весомая часть всех вмешательств направлены на восстановление контура и объема молочной железы в связи с ее птозом и инволюцией. Решение этой проблемы неоднозначно. С одной стороны, необходимо уменьшить площадь кожи, с другой, восстановить объем груди. Как правило, применение этих методов обособленно, не решает эту задачу в полной мере, и лишь одномоментная комбинация эндопротезирования молочных желез и мастопексии позволяет получить хороший результат. Однако, несмотря на развитие и усовершенствования методик

вмешательств и материалов имплантатов, многое зависит от опыта хирурга на этапе планирования операции. Объем иссекаемой кожи находится в обратной зависимости от объема имплантата. Таким образом, увеличивая объем молочной железы, мы с успехом можем уменьшить площадь редукции кожного «чехла», тем самым, изменив технику мастопексии, уменьшить количество послеоперационных рубцов. В нашей клинике, последние 10 лет, комбинированная маммопластика (аугментация и мастопексия) выполнялась у 346 пациенток, что составило 31,45% от всех операций на молочной железе с использованием имплантатов (более 1100 пациенток). Из них 240 (69,36%) пациенткам выполнялась периареолярная мастопексия в сочетании с аугментационной маммопластикой, 106 (30,64%) пациенткам – классическая мастопексия, также в комбинации. Мы провели анализ нашей работы за 10 лет, выделив критерии выбора метода аугментации с одномоментной мастопексией. Так абсолютными показаниями классической мастопексии в сочетании с эндопротезированием стали случаи значительного гравитационногоптоза с высокой степенью инволюции железистой ткани, когда требуется редукция значительной площади кожи молочной железы. В свою очередь периареолярная мастопексия показала нам вариант выбора при пограничных состоянияхптоза молочной железы, когда не удаётся полностью вывести профиль груди только с помощью эндопротезирования и или методики по Тебец. Однако по нашим наблюдениям применение периареолярной мастопексии приводит к уплощению контура молочной железы, даже в сочетании с высокопрофильными имплантатами в подавляющем большинстве случаев, который сохраняется от 3 до 6 месяцев после операции. Процент всех осложнений составил 8,1% (22 пациентки). Все осложнения были связаны с расхождением послеоперационных швов (8 пациенток – 1,73%), образованием широкого атрофического рубца (10 пациенток – 2,89%) или формированием капсулярных контрактур. (12 пациенток – 3,47%).

Таким образом, выбор аугментационной маммопластики с тем или иным вариантом мастопексии (Лежур, Питанги и другие) должен быть, на наш взгляд, основан на сочетании важных факторов: желаний пациентки и возможностей хирурга.

Применение кровоснабжаемого фрагмента надкостницы в лечении ложных суставов длинных трубчатых костей.

Стрельченко А.Ф., Пильников А.А., Исаев О.П., Столярж А.Б.

3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого, Красногорск

Актуальность проблемы лечения ложных суставов обусловлена довольно большим процентом рецидивов в

лечении данной патологии. Так, по данным различных авторов, благоприятные результаты оперативных вмешательств при «закрытых» псевдоартрозах достигают 75-80%, при ложных суставах после открытых, в том числе огнестрельных переломов, только 60-70%. В центре реконструктивной и пластической хирургии 3 ЦВКГ им.А.А.Вишневого с целью лечения ложных суставов верхней конечности применяется транспозиция кровоснабжаемого фрагмента надкостницы лучевой кости. Данный метод лечения применен у 17 пациентов с псевдоартрозами плечевой кости (7 случаев) и псевдоартрозами костей кисти (10 случаев). Анамнез заболевания составлял от года до трех лет. Оперативное вмешательство при лечении ложных суставов мы выполняем по следующей схеме: освежение костных концов в месте перелома, плотное соединение отломков в правильном положении, костная аутопластика и транспозиция фрагмента надкостницы к месту перелома на сосудистой ножке. В результате проведенного лечения у всех 17 пациентов произошла консолидация переломов, причем продолжительность последней оказалась сопоставима со сроками сращения неосложненных закрытых переломов соответствующих трубчатых костей. Мы добились положительного результата у всех пациентов, что свидетельствует о надежности метода.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что применение кровоснабжаемого фрагмента надкостницы в лечении ложных суставов трубчатых костей является весьма перспективным и эффективным способом, позволяющим улучшить результаты и сократить сроки лечения, а так же снизить частоту осложнений.

Восстановительно-реконструктивные операции при лечении огнестрельных ранений кисти.

Стрельченко А.Ф., Столярж А.Б., Пильников А.А., Исаев О.П.

3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого, Красногорск

Частота огнестрельных ранений кисти в локальных военных конфликтах достигает 30%. Огнестрельные ранения кисти характеризуются тяжелыми многокомпонентными повреждениями анатомических отделов и структур данного сегмента. При тяжелых разрушениях анатомических образований кисти хороший функциональный и эстетический результаты могут быть достигнуты при применении во время первичной и последующих хирургических обработках элементов первично-восстановительных вмешательств, зачастую с использованием микрохирургической техники. В перечне первичных оперативных вмешательств, на наш взгляд, обязательно должна быть декомпрессия кисти,

путем рассечения ладонной карпальной связки. На настоящий момент не вызывает сомнений необходимость бережного отношения даже к значительно пострадавшим структурам кисти, в необходимости их максимального сохранения при хирургической обработке. Сохраненные таким образом ткани с успехом используются нами при последующих восстановительно-реконструктивных операциях. При дефектах тканей с обнажением и повреждением функционально важных структур (сосудисто-нервных пучков, костей, сухожилий) нами широко применяются транспозиции и трансплантации комплексов тканей на микроструктурных анастомозах. Подобные виды пластики одновременно устраняют даже значительные по площади дефекты, улучшают микроциркуляцию в зоне повреждения. Важнейшим направлением своей работы считаем устранение последствий огнестрельных ранений кисти в виде ампутационных дефектов. С этой целью нами широко используются реконструктивно-восстановительные операции. Хотя преимущества свободной пересадки пальцев или фрагментов стопы на кисть с целью замещения утраченных в настоящее время не вызывают сомнений, наряду с ними применяются и традиционные способы реконструкции хватательной функции кисти (транспозиция пальцев, остеотомии с последующим удлинением культей, фалангизации).

Таким образом, несмотря на всю сложность проблемы, в настоящее время имеются реальные возможности для восстановления основных функциональных возможностей кисти.

Коррекция запустевшего века с гипертрофией претарзальной порции круговой мышцы глаза.

Суламанидзе М.А., Суламанидзе К.М., Суламанидзе Г.М.

Клиники пластической и эстетической хирургии TotalCharm, Москва, Тбилиси

Данное сообщение рассказывает о способе коррекции запустевшего века, который основан на создании треугольного лоскута порции круговой мышцы глаза под ресничным краем нижнего века и его переносе ниже на область границы веко-щека.

Ключевые слова: блефаропластика, кантопексия, коррекция н/века, запустевшее веко, *arcus marginalis*.

Введение. Выраженное «запустение» по всему периметру костного края глазницы в области основания н/века, т. е. дефицит мягких тканей по проекции *arcus marginalis*, легко выдает визуальные признаки старения, и этот фактор беспокоит пациентов. Причинами такой деформации могут быть: инволютивные изменения окологлазничной области, птоз мягких тканей средней зоны лица, чрезмерное удаление жировых грыж в процессе операции нижней блефаропластики.

Подобный дефицит объема у основания нижних век особо бросается в глаза в тех случаях, когда над ней, т. е. под краем век, отмечается выраженная выпуклость в виде мягкотканого валика. Данная выпуклость может иметь врожденную этиологию или быть результатом классической нижней блефаропластики, когда на фоне излишне удаленных грыж, оставляется избыток кожно-мышечного лоскута нижнего края раны. Получение такой деформации можно прогнозировать и после трансконъюнктивальной блефаропластики, когда при излишне или даже умеренно удаленных грыжах остается избыточное количество кожи и порции круговой мышцы глаза под ресничным краем нижнего века.

Для лечения указанных деформаций предложены ряд способов хирургической коррекции, среди которых простое иссечение кожно-мышечного валика под ресничным краем, подтяжка мягких тканей средней зоны лица, заполнение дефицита объема нижнего века методом переноса мышечно-фасциального лоскута на ножке с верхнего века, а также нивелирование неровностей этой области методом заполнения филлерами или аутолипофилингом [1,2,3,4]. В своей практике до 2009 года мы применяли указанные методы лечения, но нередко они не были показаны или давали недостаточно приемлемый эффект. В то же время мы всегда с сожалением иссекали и выбрасывали кожно-мышечный кусочек края века при классической нижней блефаропластике.

Материал и методы. Все эти факторы подвигли нас разработать методику сохранения и применения данного лоскута для заполнения «запустевшего» н/века.

Техника операции. Наносили маркировку, согласно которой иссекали только дермальный лоскут. Проводили разрезы по краям полученной раны и формировали мышечный лоскут в виде удлиненного треугольника с питающей ножкой в латеральном углу н/века. Затем углубляли разрез по ходу нижнего края раны, выполняли мобилизацию кожно-мышечного лоскута до *arcus marginalis* и векоподъемником сдвигали его вниз. Созданный мышечный лоскут переносили на раневую поверхность нижнего века, укладывали на септу и распределяли между претарзальной порцией круговой мышцы и краем орбиты (*arcus marginalis*), т. е. над верхним краем орбитальной порции мышцы. Здесь его подшивали несколькими узловыми швами пролен 6/0. Таким образом, лоскут возмещал собою дефицит пресептальной порции. После окончательного гемостаза, укладывали переднюю ламеллу на свое место, и на рану накладывали непрерывный внутрикожный шов.

Описанную методику мы применили всего в 11 случаях, из них, как отдельную операцию 6 раз, а в остальных – в комбинации с другими вмешательствами.

Результаты и обсуждение. Данная методика применялась в случаях, когда ранее была выполнена трансконъюнктивальная или классическая нижняя блефаропластика и под ресничным краем отмечался выраженный кожно-мышечный валик. Нередко встречались и пациенты, у

которых такой валик отмечался как врожденное анатомическое образование. В отличие от классических методов, которые в подобных случаях применялись нами ранее, предложенный способ давал лучшие результаты.

Выводы. Несколько удлиненное операционное время, характерное для данного метода, может оказаться сдерживающим фактором для его популяризации. Кроме того, некоторым хирургам покажется незначительным объем и длина лоскута и ожидаемый при его пересадке эффект, но, судя по опыту, это больше теоретическое рассуждение, чем реальность. В любом случае органосохраняющая операция всегда полезнее, чем резекционная!

Малоинвазивная ринопластика. Показания, методы, результаты.

**Суламанидзе М.А, Суламанидзе К.М,
Суламанидзе, Г.А. Каджая А.**

Клиника пластической и эстетической хирургии
ТОТАЛ ШАРМ, Тбилиси, Москва

Введение. Все чаще пациенты обращаются за помощью к хирургу с небольшими дефектами носа, такими как не очень длинный нос, нос с маловыраженной горбинкой, с опущенным концевым отделом и коллюмелой, с округлым или несколько широким кончиком, неровными контурами кончика, крыльев, надкончиковой зоны, которые могут быть врожденными, или имеют травматическое происхождение, или же возникли в результате не совсем удачной ринопластики. Иногда они жалуются на наличие глубокой переносицы, выпуклых или широко расставленных крыльев.

Материал и методы. Благодаря использованию малоинвазивных приемов и методов, таких как инъекционное введение филеров, дипроспана, нитевая подтяжка Аптос, подобные дефекты носа устраняются подкожно без разрезов. В последние 9 лет нами выполнено 228 малоинвазивных операций и манипуляций ринопластики. Среди них: первичных – 127, после выполненных ранее операций ринопластики – 101. По характеру вмешательств: устранение контурных деформаций только с помощью филеров – 36, устранение контурных деформаций только с помощью инъекций дипроспана – 28, устранение деформаций только с помощью методов нитевой подтяжки – 89, устранение деформаций носа комбинированными малоинвазивными методами – 75.

Результаты. С помощью данных технологий нам удалось: приподнять кончик носа, разровнять надкончиковую зону и спинку настолько, что горбинка визуально практически незаметна; приподнять коллюмелу, увеличить носо-губной угол; уменьшить просвет ноздрей, устранить их асимметрию; сузить основание крыльев; устранить асимметрию крыльев, ноздрей; увеличить или уменьшить проекцию кончика, коллюмелы, спинки носа; заполнить углубление в области корня носа таким образом, что

горбинка визуально практически незаметна; заполнить углубления (врожденные или приобретенные) по всей поверхности носа и тем самым улучшить эстетику носа; уменьшить объем подкожных фиброзных и жировых разрастаний (врожденных или приобретенных) концевого отдела, надкончиковой зоны, крыльев, спинки и боковых скатов (хрящевой части).

Выводы. Предложенные методы малоинвазивных вмешательств по изменению формы носа дают возможность добиться долгого хорошего результата. Если правильно, по показаниям, подобрать пациентов, эти методы могут стать серьезным подспорьем в работе эстетического хирурга, занимающегося ринопластикой. Значимость этих манипуляций заключается в том, что они представляют собой одну из немногих альтернатив традиционной эстетической хирургии носа, которые можно выполнять быстро (от 10 до 30 мин.), в амбулаторных условиях, под инфильтрационной анестезией, с коротким периодом реабилитации (2-5 дней).

Микролипографтинг при вторичных деформациях носа.

Султанова Н.Н.

Азербайджанский медицинский университет,
Баку, Азербайджан

Одним из залогов успеха вторичной ринопластики является удовлетворительное состояние кожных покровов носа. Однако нередко после многочисленных вмешательств в области носа возникают рубцовые деформации кожи.

Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения пациентов с вторичной деформацией носа на фоне рубцовых изменений кожи.

Материал и методы. С 2010 по 2015 гг. в клинике челюстно-лицевой хирургии АМУ находились на лечении 24 пациента (15 женщин и 9 мужчин, в возрасте от 19 до 45 лет) с вторичной деформацией носа на фоне рубцовых изменений кожи. У 17 пациентов вторичная деформация носа наблюдалась на фоне незначительных рубцовых изменений кожи носа, а у 7 – на фоне выраженных. Лечение этих пациентов выполнялось в 2 этапа: 1 этап микролипографтинг кожи носа, 2 этап риносептопластика. Интервал между этапами определялся в каждом случае индивидуально. Микролипографтинг проводился по методике Coleman с модификацией. Аспирацию жира проводили тупой канюлей диаметром 2 мм и шприцом 10 мл, без введения анестетика. Центрифугирование проводилось в аппарате Medisplite при режиме 3000 об. 3 мин. До проведения микролипографтинга фибротические тяжи между кожей и подлежащими тканями рассекались при помощи острой иглы. Полученная адипозная масса, после добавления лекарственных средств, вводилась при помощи микроканюль подкожно и субпериостально в область носа. Коли-

чество процедур и объем вводимого жира определялись состоянием кожи носа. Для коррекции незначительных рубцовых изменений кожи носа микролипографтинг проводился в объеме от 0,5-1 мл и повторялся от 1 до 3 раз. А при выраженных рубцовых изменениях кожи носа микролипографтинг выполнялся от 3 до 6 раз, в объеме от 1-5 мл. Риносептопластика включала следующие этапы: открытый доступ; бережная отсепаровка кожного лоскута; забор хрящевого трансплантата из перегородки, уха или ребра; воссоздание внутреннего носового клапана, при использовании техники «spreader flap» или «spreader graft»; моделирование нижних латеральных хрящей; использование колумеллярной стропилки и трансплантатов вдоль края крыльев носа; введение «турецкого лакомства» или измельченных хрящей в височно-фасциальном футляре вдоль спинки и кончика носа.

Результаты. Послеоперационное наблюдение проводилось после 2 и 4 недель, 3, 6, и 12 месяцев. В 16 случаях, при вторичной деформации носа на фоне незначительных рубцовых изменений кожи, был получен хороший эстетический и функциональный результат. У 8 пациентов с вторичной деформацией носа на фоне выраженной рубцовой деформации кожи было отмечено улучшение состояния кожи носа. Заключение. Микролипографтинг при вторичных деформациях носа является малоинвазивной и эффективной процедурой для коррекции незначительных рубцовых изменений кожи носа.

Способ фиксации васкуляризованного костного трансплантата на костях запястья.

Топыркин В.Г., Богов А.А., Ханнанова И.Г.
Республиканская клиническая больница, Казань

Введение. Наиболее перспективным и оправдывающим себя не одно десятилетие является метод костной пластики трансплантатами, связанными в различных вариациях с источником кровоснабжения. Трансплантаты на сосудистой ножке могут быть просто костными, а могут включать кость, мышцу, фасцию и кожу. Актуальность. Васкуляризованная костная пластика является методом выбора для лечения определенных типов патологии запястья и традиционно применяется при несрастающихся переломах и ложных суставах ладьевидной кости. Репаративные процессы при васкуляризованной костной пластике идут одновременно как со стороны реципиентного ложа, так и со стороны кровоснабжаемого костного ауто трансплантата. Несмотря на техническую сложность операции, в настоящее время в клинической практике васкуляризованная костная пластика признается наиболее часто применяемой и эффективной методикой в лечении патологии костей запястья.

Целью исследования является разработка способа фиксации костного трансплантата. Из существующих спосо-

бов наиболее используемые фиксация спицами, иглами, различными скобами, винтами, лигатурами. Но все они не лишены недостатков (повреждение сосудистой ножки трансплантата, прошивание мягких тканей). С учетом этих обстоятельств мы разработали и успешно апробировали в клинической практике, а также получили Патент РФ на изобретение № 2489109 от 10.08.2013 на «Способ фиксации васкуляризованного костного трансплантата на костях запястья». Сущность способа фиксации васкуляризованного костного трансплантата костей кисти включает перемещение трансплантата в реципиентную зону и закрепление с помощью клея «сульфакрилат». Поверх донорского трансплантата, укладывают сетку «викрил» так, чтобы края сетки со всех сторон равномерно выступали за периметр трансплантата. Наносят клей «сульфакрилат» на выступающие края сетки, которыми производят приклеивание трансплантата к реципиентной кости вокруг зоны трансплантата. Применение сетки «викрил», края которой со всех сторон выступают за периметр трансплантата, позволяет устранить прямое воздействие клея на трансплантат и сосудистую ножку, при этом она плотно удерживает трансплантат в реципиентном ложе, не травмируя сосудистую ножку. Являясь биологически рассасывающимися материалами, сетка «викрил» и клей «сульфакрилат» не требуют удаления. Выводы. Способ фиксации васкуляризованного костного трансплантата на костях запястья является оптимальным методом выбора, позволяющим обеспечить прочную фиксацию, значительно снижается процент осложнений, в послеоперационном периоде, сохраняя минимальную подвижность трансплантата.

Анатомоструктурные недостатки – несоответствие микрохирургических ауто трансплантатов, используемых для реконструкции челюстей.

**Трофимов Е.И., Кравченко Д.В.,
Акимов Р.Н., Пичугина Н.В.**
Российский научный центр хирургии им. акад.
Б.В. Петровского, Москва

Основным результатом реабилитации пациента с различными костными дефектами нижней и верхней челюстей является проведение несъемного протезирования – установка несъемных зубных протезов на заранее установленные имплантаты, что обеспечивает восстановление функции речи и процессов жевания. Для большинства пациентов имеет огромное значение именно социальная реабилитация. Основными задачами метода являются, реконструкция отсутствующего участка кости, восполнение объема нижней или верхней челюсти, восстановление контура лица и опорной функции челюстей. Однако не менее важной проблемой остается восстановление (или приобретение) функций жевания и речеобразования.

Цель. Изучить объемные и плотностные показатели кости основных микрохирургических аутоотрансплантатов, применяемых при устранении дефектов нижней челюсти, в период до и после установки имплантатов.

Материалы и методы. В отделении восстановительной микрохирургии и челюстно-лицевой хирургии РНЦХ им. ак. Б.В. Петровского проходят лечение пациенты с различными дефектами нижней челюсти. Методом восстановления объема утраченной кости и структуры нижней челюсти является пересадка ревааскуляризированных микрохирургических аутоотрансплантатов, таких как гребень подвздошной кости и фрагмент малоберцовой кости. Мы обнаружили, что к моменту имплантации зубных имплантатов в период от 6 месяцев до 1 года после выполнения основного этапа операции (микрохирургической пересадки аутоотрансплантата) наблюдается ряд проблем. У пациентов с пересаженным аутоотрансплантатом гребня подвздошной кости возникает атрофия, уменьшение объема и плотности кости, в то время, как фрагмент малоберцовой кости обладает недостаточным объемом. В обоих случаях выявилась проблема атрофии или полного отсутствия фиксированной десны в зоне пересаженного аутоотрансплантата. Эти факторы в дальнейшем приводили к ухудшению или невозможности установки имплантатов либо протезирования, образованию пролежней на десне, а также негативно влияли на эксплуатацию зубных имплантатов и ортопедических конструкций, что не позволяло проводить полноценную реабилитацию пациентов. Заключение. При установке имплантатов необходимо учитывать плотностные и объемные показатели пересаженных микрохирургических аутоотрансплантатов для достижения дальнейшей стабильности зубных протезов. Также необходимо использовать методы пластического формирования десны над пересаженным аутоотрансплантатом.

Современная методика глоточного шва при пластике гортаноглотки после ларингэктомии.

Трофимов Е.И., Сивкович О.О., Акопян К.В., Акимова Е.В.

Научно-клинический центр оториноларингологии, Москва

Цель и задачи. За последние годы отмечен достоверный рост заболеваемости злокачественными опухолями гортани и гортаноглотки. В тоже время диагностика опухолей этой локализации на ранних стадиях остается неудовлетворительной, 70-80% больных раком гортани и гортаноглотки обращаются за лечением при III-IV стадиях опухолевого процесса, когда у большинства из них возможно только полное удаление гортани. [Пачес А.И, 2013]. Несоостоятельность глоточного шва после ларингэктомии с ушиванием глотки наглухо приводит к образованию сви-

ща, а в дальнейшем к некрозу мягких тканей шеи, в ряде случаев к аррозивному кровотечению из сонных артерий или образованию стойких дефектов глотки. Это резко ухудшает качество жизни больных, исключает возможность питания через рот, требует длительного ношения назогастрального зонда. Хирургическая коррекция образовавшихся глоточных дефектов требует выполнения сложных, нередко неоднократных хирургических вмешательств. [Ольшанский В.О., 2004].

Материалы и методы. В отделение ЛОР-онкология ФГБУ НКЦО под общей анестезией выполняют линейный разрез кожи и подкожной клетчатки по средней линии от проекции подъязычной кости до яремной вырезки. Затем формируют трахеостому, далее переинтубация через трахеостому. Выделяется подъязычная кость, отсекаются ее большие рожки, после чего приступают к мобилизации гортани с обеих сторон. Выделяют, пересекают и прошивают верхние и нижние гортанные сосудисто-нервные пучки. Щитовидную железу отводят книзу. После мобилизации гортань отсекают от трахеи на уровне 4 полукольца, отделяют снизу вверх. От корня языка гортань отсекают на жажиме. После выполнения основного этапа операции ларингэктомии – удаления гортани и введения назогастрального зонда производят реконструкцию и пластику глотки. Выполняют данный этап путем наложения кисетного шва по периметру резецированной глотки. Затем выполняют стягивание слизистой оболочки глотки до полного соприкосновения краев, лигатуру затягивают. В последующем кисетный шов укрывают наложением погружного Z-образного шва, отличающегося тем, что на крае глоточного дефекта накладывают адаптирующим лямбдовидный подслизисто-подслизистый шов, обращенный вершиной к краю слизистой глоточного дефекта, стягивают его края и окончательно ликвидируют фарингостому, накладывают два полукисетных подслизистых шва, затем послойно сшивают передние мышцы шеи и внутрикожный шов на кожу.

Результаты. Разработанная новая методика пластика глотки с наложением адаптирующего шва, результатом которого является отсутствие сквозных пролетов глотки, подслизистое расположение шва, сопоставление краев слизистой оболочки, обеспечивающее плотное примыкание краев разреза. Использование такого шва позволило добиться заживления раны первичным натяжением у 51,8±4,2% оперированных больных, что существенно выше, чем при использовании традиционных хирургических методик. Подкожное нагноение, глоточные свищи и стойкие фарингостома возникали в 10,8±2,6%, 23,0±3,6% и 14,6±3,0% наблюдений соответственно.

Выводы. Использование усовершенствованного способа реконструкции глотки за счет мобилизации шейного и части верхне-грудного отделов пищевода, а также корня языка позволило добиться заживления раны первичным натяжением у 70,0±8,3% больных, восстановить нормальное питание через рот у 88,6±5,4% больных, которым ранее накладывали фарингостому.

Профилактика избыточного натяжения при ушивании операционной раны.

**Трофимов Е.И., Степанкина Е.С.,
Степанкин С.Н., Акимов Р.Н.**
Российский кардиологический
научно-производственный комплекс
им. акад. Б.В. Петровского, Москва

Избыточное натяжение краев послеоперационной раны является одной из основных причин образования грубых рубцов. Попытки математического анализа уменьшения натяжения, к сожалению, не дают гарантированного положительного результата. В отделении микрохирургии с 2014 года используется метод определения микрокровотока в краях операционной раны в зависимости от их натяжения. Используем лазерную доплеровскую флоуметрию аппаратом «Лазма». Оцениваем исходное состояние микроциркуляции в коже в зоне операционного разреза. После рассечения тканей и обеспечения операционного доступа, измеряем уровень микроциркуляции в краях раны в средней части на расстоянии 1,5-2 см от края раны. После этого, используя электронную динамометрию, оцениваем изменение кровотока в зависимости от силы натяжения. Наши эксперименты показали, что ухудшение микрокровотока в тканях в 1,6 раза является критическим и приводит к заживлению вторичным натяжением с формированием грубых рубцов. В случаях, когда натяжение краев раны приводит к снижению показателей микрокровотока в 1,6 раза, используем мобилизацию краев операционной раны под контролем флоуметрии, либо пластику местными тканями. Исследование проведено у 106 пациентов с различной хирургической патологией. Метод учета микроциркуляции позволил достоверно избежать избыточного натяжения краев послеоперационной раны. В случаях сильного натяжения, при снижении микроциркуляции в 1,6 раза от изначального кровотока, мы столкнулись со вторичным заживлением операционной раны, потребовавшим, в ряде случаев повторной хирургической коррекции.

Самовосприятие и половая функция после реконструктивных операций с использованием лоскута Марциуса.

**Тупикина Н.В., Касян Г.Р., Гвоздев М.Ю.,
Пушкарь Д.Ю.**
Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель: оценить безопасность и восприятие пациентом своего состояния после комплексной реконструкции

женской уретры с использованием фиброзно-жирового лоскута Марциуса.

Методы: 42 женщины (средний возраст 45,8 лет) были прооперированы с использованием лоскута Марциуса. Двадцать шесть пациенток из 42 прооперированных (62%) были доступны для телефонного опроса, в ходе которого была проведена оценка восприятия пациенткой косметического дефекта, наличия симптомов боли или онемения в месте забора лоскута.

Результаты. В результате операции были отмечены следующие осложнения: кровотечение из лоскута – в 19% случаев (8/42), гематома у 4,8% (2/42), лимфорея из разреза половых губ в 14,3% (6/42) и вследствие раневой инфекции половых губ в 4,8% случаев (2/42). Оценка самовосприятия была выполнена у 62% пациенток (26/42) в ходе телефонного интервью (в среднем срок наблюдения составил 44,3 месяцев). Только 17% (5/29) пациенток предъявляло жалобы на косметические проблемы. Двух пациенток (7%) беспокоило наличие периодически возникающей легкой боли, а 14% (4/29) женщин отметило снижение чувствительности и появление онемения в области половых губ.

Выводы. Использование лоскута Марциуса является безопасным и не приводит к возникновению серьезных осложнений во время реконструкции женского мочеиспускательного канала. Тем не менее информированное согласие в отношении возможного снижения чувствительности и онемения в области забора лоскута должно быть получено.

Тиоловые группы как маркер фотостарения волос.

**Федоркова М.В., Брандт Н.Н., Чикишев А.Ю.,
Смолина Н.В., Гусев С.А., Липатова В.А.,
Ботчей В.М., Михальчик Е.В.**

Научно-исследовательский институт физико-химической медицины, Физический факультет и Международный учебно-научный лазерный центр Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Старение волос под действием факторов окружающей среды чаще всего связывают с воздействием ультрафиолетового (УФ) излучения. УФ-свет является компонентом солнечного света, а также может иметь техногенную природу (сварка, солярии, бактерицидные лампы). Основными мишенями УФ-излучения в кератинах волоса являются ароматические аминокислоты (тирозин, триптофан) и цистин. Цистин участвует в образовании межбелковых и внутрибелковых дисульфидных связей, и в результате его разрушения в стержне волоса возрастает количество белков, рас-

творимых в водной среде [1]. При облучении волос УФ-светом в лабораторных условиях ранее было обнаружено повышение содержания растворимого белка и тиолов (SH-групп), как в седых, так и в пигментированных волосах. Воздействие УФ-света вызывает также увеличение количества белка, вымываемого из волоса в водной среде, что может быть результатом повреждения кутикулы и/или разрушения кератинового кортекса. Остается неизвестным, насколько глубоко проникает УФ-излучение в кортекс волоса.

Целью работы явилась оценка изменения содержания тиолов под воздействием УФ-излучения по толщине волоса.

Методы исследования. Объектом исследования служили седые волосы диаметром ~50 мкм из теменной зоны здорового добровольца. Облучение волос проводили с помощью ртутной лампы Medisor в течение 6 часов. В зоне облучения интенсивность линии лампы на длине волны 254 нм составляет ~25 мВт/см². В образцах волос до и после облучения оценивали количество растворимого белка, содержания в нем тиолов и флуоресценцию триптофана [1]. Часть волос использовали для получения полутонких срезов с окраской по методу Романовского-Гимзы, конфокальной микроспектроскопии комбинационного рассеяния (КР) и визуализации кутикулы с помощью электронной сканирующей микроскопии (ЭСМ). Измерения КР спектров проводили на конфокальном КР микроскопе Thermo Scientific Raman DXR, а их обработку осуществляли с использованием алгоритмов, описанных в работах [2, 3].

Результаты. Содержание растворимого белка в стержне волос возрастало в среднем на 20%, а содержание тиолов в растворимых белках – на 70%. Флуоресценция триптофана в белках облученных волос снижалась. ЭСМ обнаружила изменение качества кутикулы, в том числе, ее частичное отслаивание. По данным гистохимического анализа толщина интенсивно прокрашенного слоя составляла $0,8 \pm 0,6$ мкм в контрольных и $1,8 \pm 0,4$ мкм в облученных образцах ($p < 0,05$). Анализ КР-спектров показал, что УФ-излучение вызывало снижение сигнала S-S связей с одновременным ростом сигнала S-H связей, при этом эффекты были сильнее выражены на периферии среза волоса, чем в центре. Рост сигнала S-H связей вблизи медулы (на расстоянии 20-25 мкм от кутикулы) указывает на проникновение УФ-излучения вглубь кортекса.

Заключение. УФ-излучение вызывало повреждение кутикулы и изменение количества и качества растворимых белков в стержне волоса. Маркером фотодергадации белков может служить рост содержания тиолов, отмечающийся практически по всей толщине волоса. Работа выполнена с использованием оборудования, приобретённого за счёт средств Программы развития Московского университета.

Что важнее: форма или объем реконструированной молочной железы? К вопросу первичного восстановления топографических ориентиров утраченного органа с последующей реконструкцией объема (метод «слинг-объем»).

Федосов С.И.

Клиника «РАМИ», Санкт-Петербург

Введение. Мы живем в мире «идеалов», в мире бесконечно растущих требований к внешнему виду и красоте тела. Вероятность получения негативного, с косметической точки зрения, результата после выполнения реконструктивных операций, направленных на восстановление молочной железы, достаточно высока. Поэтому поиски универсального метода восстановления молочных желез, который сочетал бы простоту хирургического приема с долгосрочным эстетическим результатом, продолжаются. Сегодня широко в клинической практике используются два основных метода реконструкции: 1) двухэтапная реконструкция с применением экспандера и перманентного импланта; 2) использование полнослойных комплексных аутоотрансплантатов (лоскутов) из различных донорских зон. Каждый из перечисленных выше методов имеют свои показания и противопоказания к их использованию, «сильные» и «слабые» стороны. В современной научной литературе и на международных симпозиумах, посвящённых проблемам реконструктивной хирургии молочных желез, очень деликатно и с некой «осторожностью» говорится об отсроченных методах первичного восстановления контура органа с последующей реконструкцией объема. Однако наиболее сложной проблемой, с точки зрения получения хорошего косметического результата, является именно воссоздание правильного и гармоничного контура железы, нежели её объема.

Цель работы: разработать и внедрить в клиническую практику новый метод отсроченной реконструкции молочной железы, состоящего из этапа первичного восстановления контуров железы (этап «слинг») и этапа реконструкции объема (этап «объем»).

Материалы и методы. С сентября 2014 по октябрь 2015 гг. на базе отделения реконструктивно-пластической хирургии Многопрофильной клиники «РАМИ» было выполнено 16 операций с использованием метода «слинг-объем». Все пациенты проходили тщательный отбор, и у всех были определены четкие показания к указанному оперативному лечению. Критериями отбора пациентов для выполнения указанного метода реконструкции являлись: 1. Состояние после оперативного лечения в объеме мастэктомия. 2. Отсутствие лучевой терапии в анамнезе. 3. Размер здоровой молочной железы В-D. 4. Желание пациентки выполнить реконструкцию без применения имплантов и полнослойных комплексных аутоотрансплантатов. Всем пациенткам на этапе «слинг» выполнялась

реконструкция контуров молочной железы. Семи пациенткам на указанном этапе проводилась редуцирующая маммопластика здоровой железы. Восстановление объема реконструированной молочной железы осуществлялась посредством трансплантации аутогенной жировой ткани. Десяти пациенткам подготовка реципиентной зоны выполнялась посредством внешней экспансии, шести пациенткам был установлен экспандер. Забор и обработка жировой ткани производилась по методу S. Coleman, трансплантация техникой R. Khougi в модификации. Десяти пациенткам понадобился дополнительный этап реконструкции объема.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях использования метода «слинг-объем» для реконструкции молочной железы был достигнут отличный эстетический результат. Заключение. Как показывает практика, чаще всего в хирургии «приживаются» надёжные, незаурядные и простые в исполнении методы. Применение метода «слинг-объем» в реконструктивной хирургии молочных желез безопасно, практично, эффективно. Указанный метод отвечает всем принципам реконструктивно-пластической хирургии и является операцией выбора при отсроченном восстановлении молочных желез.

Эффективность применения высокотехнологичной методики – радиоволновой хирургии – в окулопластической хирургии.

Филатова И.А.

Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Совершенствование применяемых технологий в диагностике и хирургическом лечении способствует повышению эффективности в реабилитации пациентов. При выполнении реконструктивных операций у пациентов с последствиями травм, врожденной и сенильной патологией, а также с исходами неоднократных оперативных вмешательств основной задачей является достижение щадящего разреза, тщательного гемостаза, минимального повреждения окружающих тканей, снижение отека и послеоперационной воспалительной реакции. Новой современной технологией, по сравнению с электрохирургией и диатермокоагуляцией, является радиоволновая хирургия.

Цель работы – оценка эффективности метода радиоволновой хирургии при реконструктивных операциях на веках и периорбитальных тканях.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов применения метода радиоволновой хирургии в течение 17 лет в отделе травматологии, реконструктивной хирургии и глазного протезирования НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Клиническую группу составили 2275 пациентов с патологией придаточного аппарата глаза, которым

были выполнены следующие виды операций: устранение заворота, выворота, эпикантусов или птоза верхних век, реконструкция век, эвисцерация, дакриоцистиностомия, удаление или вскрытие абсцесса слезного мешка, пластика орбиты, реконструкция конъюнктивальной полости или культи, удаление кисты, инородных тел век, орбиты. Всем пациентам оперативное лечение произведено с использованием прибора для высокочастотной радиоволновой хирургии «Сургитрон™», который работает с частотой 3,8-4,0 МГц и имеет три режима: микроразрез, разрез+коагуляция, коагуляция+деструкция. Срок наблюдения составил от 3 месяцев до 17 лет (m=9,3±2,3). Результаты и обсуждение. При реконструктивных вмешательствах на рубцовых деформациях после травм и ожогов применение прибора «Сургитрон» способствует минимизации кровотечения, что особенно актуально при повторных операциях после серии ранее проведенных пересадок тканей, спаянных с подлежащими тканями рубца, а также при наиболее «кровавых» операциях, таких как дакриоцистиностомия и дакриоцистэктомия. При выполнении разрезов кожи, подсепаковки кожи, разделении глубже лежащих тканей и рубцов в режиме «разрез-коагуляция» с мощностью 15-23 Вт облегчается визуализация всех анатомических структур век, что создает значительный комфорт во время хирургических манипуляций. Одним из преимуществ радиоволновой хирургии является сокращение времени операции. При рассечении рубцов и формировании ложа для свободного аутопериплантата разделение тканей происходит равномерно в одном слое. Выкраиваемые свободные лоскуты (кожи или слизистой) также формируются равномерной толщины за счет работы тонким электродом в одном слое тканей. Данная методика позволяет достичь лучшей адаптации свободного трансплантата ко дну ложа, что в свою очередь способствует адекватному приживлению и хорошему функциональному результату. За счет сокращения времени операции и за счет более щадящего влияния на окружающие ткани (без термического повреждения), во время операции и в раннем послеоперационном периоде у пациентов анализируемой группы меньше был выражен отек мягких тканей век и орбиты. Заживление ран кожи и конъюнктивы происходило без осложнений, после снятия швов отмечали полную адаптацию ран. Кроме того, в ранние и отдаленные сроки после оперативного лечения в анализируемой группе гнойных осложнений не выявлено. Это достигается в том числе и бактерицидным воздействием радиоволновой частоты. Данная методика особенно актуальна при удалении пиоцеле и вскрытии, санации и дренировании абсцессов (век, слезного мешка). Методика радиоволновой хирургии выгодно отличается от электрохирургии, при которой используется низкая частота, что вызывает более выраженные изменения близлежащих тканей за счет распространения теплового и механического действия волны, а в отличие от лазерных приборов, он портативен (имеет малый вес и объем) и значительно дешевле.

Заключение. При использовании методики радиоволновой хирургии в пластической и реконструктивной офтальмохирургии выявлены следующие преимущества: тщательный гемостаз; антисептическое воздействие; уменьшение отека тканей во время и после операции; атравматичное иссечение тканей; сокращение времени операции; быстрое заживление послеоперационной раны; формирование косметического рубчика.

Биомеханические свойства кожи век в норме в различных возрастных группах.

Филатова И.А., Иомдина Е.Н., Некрасов И.О.
Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

В последние десятилетия биомеханические принципы функционирования глаза изучаются всё более активно. Однако биомеханические свойства кожного покрова век до сих пор практически не известны. Для восстановления века нередко используют свободные лоскуты с бедра и живота, а также лоскуты кожи периорбитальных областей (лба, виска, щеки, волосистой части головы). Однако эти ткани малопригодны для пластики век из-за чрезмерной толщины и жесткости. Их пересадка приводит к частичному некрозу, сокращению лоскута с вторичной деформацией, отличию по цвету тканей. Для повышения эффективности реконструктивно-пластической хирургии необходим более адекватный подбор трансплантационных материалов, основанный на соответствии их биомеханических характеристик. Однако биомеханических исследований такого рода до сих пор практически не проводилось.

Цель: сравнительное изучение упруго-прочностных свойств кожи век и тканей, используемых в качестве свободных трансплантатов (избыток кожи верхнего века, кожи задней поверхности ушной раковины и внутренней поверхности плеча), используемых для реконструктивно-пластического хирургического лечения.

Материалы и методы. Исследованы 40 здоровых добровольцев в возрасте от 20 до 70 лет. У каждого из них были измерены биомеханические параметры кожи в нескольких точках верхнего и нижнего века, а также в нескольких точках предполагаемых участках взятия свободных трансплантатов (кожа задней поверхности ушной раковины и внутренней поверхности плеча), используемые для реконструктивно-пластического хирургического лечения, всего проведено 240 измерений. Для биомеханического тестирования использовали новое устройство – измеритель механического импеданса тонкого слоя биологической ткани, который определяет реальную (Re) и мнимую (Im) величины механического импеданса, соответствующие упругости (выражается через сдвиговый модуль упругости – G [Па]) и вязкости (выражается через коэффициент динамической вязкости – η [Пас]).

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных выявил отличия в упруго-прочностных параметрах кожи верхнего и нижнего века, а также предполагаемых свободных трансплантатов (избыток кожи верхнего века, кожа заушной области и внутренней поверхности плеча), используемых для реконструктивно-пластического хирургического лечения. Обнаружена четкая закономерность уменьшения показателей упругости и вязкости с увеличением возраста пациента. Подтверждением зависимости биомеханических показателей от возраста пациента является наличие достоверных различий величин G и η в исследованных возрастных группах: 1. Показатели величин сдвигового модуля упругости G [Па] и коэффициента динамической вязкости η [Пас] кожи верхнего века: I группа (20-45 лет): $G=0,26$ [Па], $\eta=0,19$ [Пас], II группа (45-70 лет): $G=0,15$ [Па], $\eta=0,12$ [Пас]. 2. Показатели величин сдвигового модуля упругости G [Па] и коэффициента динамической вязкости η [Пас] кожи нижнего века: I группа (20-45 лет): $G=0,27$ [Па], $\eta=0,20$ [Пас], II группа (45-70 лет): $G=0,12$ [Па], $\eta=0,1$ [Пас]. 3. Показатели величин сдвигового модуля упругости G [Па] и коэффициента динамической вязкости η [Пас] кожи задней поверхности ушной раковины: I группа (20-45 лет): $G=0,6$ [Па], $\eta=0,3$ [Пас], II группа (45-70 лет): $G=0,49$ [Па], $\eta=0,19$ [Пас]. 4. Показатели величин сдвигового модуля упругости G [Па] и коэффициента динамической вязкости η [Пас] кожи внутренней поверхности плеча: I группа (20-45 лет): $G=0,56$ [Па], $\eta=0,25$ [Пас], II группа (45-70 лет): $G=0,45$ [Па], $\eta=0,19$ [Пас].

Заключение. Таким образом, выявлены особенности упруго-прочностных свойств кожи верхнего и нижнего века, а также свободных трансплантатов (кожа задней поверхности ушной раковины и внутренней поверхности плеча), используемых для реконструктивно-пластического хирургического лечения. Сравнительный анализ биомеханических свойств показал их достоверную зависимость от возраста. В целом соответствие ключевых биомеханических параметров реконструируемой и трансплантируемой ткани может служить критерием для выбора наиболее адекватного трансплантата при реконструктивном лечении рубцовых деформаций периорбитальной области, что, в свою очередь, позволит повысить эффективность хирургической реабилитации.

Сравнение косметического эффекта после эвисцерации и энуклеации глазного яблока.

Филатова И.А., Мохаммад И.М.
Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Актуальность. Травма глаза и её последствия являются ведущей причиной удаления глаза, что связано с возрастанием числа повреждений сочетанного характера, открытой и закрытой травмы в результате бытовых, во-

енных и криминогенных ситуаций, травматизм в детском возрасте (Гундорова Р.А., Нероев В.В., Кашников В.В.2009). Развитие тяжелых осложнений после механической травмы приводит к потере зрительных функций, инвалидизации пострадавших, угрозе развития симпатической офтальмии. (Гундорова Р.А.,Архипова Л.Т.,Вериго Е.Н, Катаев М.Г. 2001. Филатова И.А., Вериго Е.Н., Тхелидзе Н.Р., Берая М.З. 2005). Удаление глаза всегда было и остается одним из самых сложных решений как для офтальмохирурга, так и для самого пациента, которое зависит от психоэмоциональных и социальных факторов, стоящих за принятием столь трудного и громко звучащего решения. (Р.А. Гундорова, М.Г. Катаев, М.П. Харлампиди 2009 г). Как бы трудным не было принятие такого решения, оно всегда является обоснованным с целью избавления пациента от боли и мучений и для сохранения парного глаза от возможной угрозы развития симпатической офтальмии. При этом всегда учитываются интересы пациента путем использования щадящих методик удаления глаза для достижения максимально благоприятного исхода, быстрой реабилитации пациентов и полноценной их адаптации в обществе. Вторым, не менее сложным решением для хирурга является выбор методики операции удаления глаза. Т.к. за этим тоже, стоит большое количество факторов, которые должны быть учтены, такие как: характер и давность травмы, количество и качественные характеристики хирургических вмешательств, характер воспалительного процесса, состояние оболочек и структур глазного яблока, состояние орбитальных тканей, угроза развития симпатической офтальмии и другое. (И.А. Филатова, Е.Н. Вериго, И.А Пряхина, Е.П. Садовская 2014 г.).

Цель работы. Сравнить косметический результат после удаления глаза методами энуклеации и эвисцерации.

Материалы и методы. Клиническая группа – 697 пациентов, которым выполнено удаление глаза по следующим методикам: энуклеация с пластикой культи (353 операции); эвисцерация с пластикой культи (344 операции). В качестве орбитальных имплантатов использовали материалы российских производителей – углеродный композит Карботекстим и политетрафторэтилен (ПТФЭ).

Результаты. Выбор метода удаления глаза зависел от клинического состояния травмированного глаза, от срока травмы и наличия сенсбилизации организма к антигенам глаза. Самой щадящей методикой является: эвисцерация с резекцией заднего полюса склеры, невзрачностью и пластикой культи орбитальным имплантатом с интраоперационным протезированием конъюнктивальной полости. Преимущество данной методики заключается в том, что сохраняется склеральная оболочка, мягкие ткани орбиты и имплантат находятся в более физиологичном положении, т.к. сохраняются интактными мышцы и фасциальные связи, удерживающие культию в правильной позиции. Что в свою очередь обеспечивает большую прочность культи, за счет склеральной капсулы, и максимальную ее подвижность, что является очень важным

моментом в достижении большей подвижности глазного протеза. В случае уменьшенного и деформированного рубцами глаза (субатрофия III степени, атрофия глаза), наличии активного посттравматического увеита, положительного анализа крови на сенсбилизацию к антигенам увеальной ткани, выполняли энуклеацию. Энуклеация была методом выбора и у пациентов с наличием грубых рубцов в орбите, приводящих к сращению глазного яблока с деформированными стенками орбиты. В остальных случаях выполняли эвисцерацию. Согласно проведенному сравнению лучшие функциональные и косметические результаты получены после эвисцерации с пластикой культи. По параметрам: западение протеза и верхнего века в орбиту после эвисцерации отмечались достоверно реже, чем после энуклеации (на 14-25% и 45-49% соответственно). Подвижность культи и глазного протеза после эвисцерации достоверно больше, чем после энуклеации (на 15-22% и 20-21% соответственно). Смещение культи вниз не отмечалось после эвисцерации. Осложнения в виде обнажения орбитальных имплантатов были выявлены у 5 пациентов (1 – после эвисцерации, 4 – после энуклеации). Причинами обнажения были: ношение протеза с крючком в верхнем своде и инфекционные осложнения. Заключение. Таким образом, удаление глаза методом эвисцерации позволяет достичь наилучших результатов в медицинской, косметической и социальной реабилитации пациентов с последствиями тяжелой травмы органа зрения.

Исходы реконструкции век с пересадкой неадекватных кожных трансплантатов.

Филатова И.А., Некрасов И.О.

Научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Грубые деформации век и периорбитальной области с дефицитом мягких тканей неизбежно приводят к нарушению формы глазной щели и развитию лагофтальма. При данной патологии с органосохранной, функциональной и косметической целью показана реконструкция век с пересадкой свободных кожных лоскутов. Однако в некоторых случаях при реконструкции век используют лоскуты с различных поверхностей тела, в том числе несоответствующие по структуре и цвету тканям лица.

Целью данной работы явился анализ результатов реконструкции век с пересадкой неадекватных кожных трансплантатов.

Материал и методы. Клиническую группу составили 17 пациентов (14 мужчин, 3 женщины) с грубыми рубцами и деформацией век и периорбитальной области. Причинами этих деформаций явились: автотравма – 4 случая, ожоги – 8, механическая травма (укус коня) – 1, термомеханическая (взрыв прибора на производстве) – 1, ране-

ние петардой – 1, огнестрельное ранение – 1, вследствие лечения гемангиомы – 1. Возраст пациентов варьировал от 5 до 67 лет ($m=31,6$ лет). Во всех случаях имелась грубая деформация век и прилежащих областей, что осложнялось дистрофией роговицы, кератопатией. Лагофтальм у всех пациентов варьировал от 2 до 18 мм (в среднем величина лагофтальма составляла 7,4 мм). До обращения в Институт всем пациентам в различных клиниках выполняли реконструкцию век и периорбитальной области с пересадкой свободных кожных лоскутов на верхнее веко (9), нижнее веко (5), оба века (3). Сопутствующую реконструкцию прилежащих областей (лоб, щека, бровь, область переносицы) пересаженными лоскутами выполняли у 7 пациентов. В данной группе пациентов были использованы трансплантаты с передней поверхности живота (2), с предплечья (1), плеча (8) или бедра (6). Срок после операций, проведенных в других клиниках, на момент осмотра в Институте составил от 3 месяцев до 3 лет.

Результаты. При обследовании в Институте было выявлено, что все лоскуты, пересаженные с конечностей и живота, отличались от кожи век по цвету и имели желтоватый оттенок, более выраженный на лоскуте с бедра. У 4 пациентов при использовании толстых лоскутов с бедра и плеча имел место рост волос. Оба лоскута с живота также имели большое количество пушковых волос, что нарушало косметический эффект. На границе между пересаженными лоскутами и тканью века имелись выраженные широкие рубцы, что приводило к деформации, как лоскута, так и века. У всех пациентов сохранялся лагофтальм от 2 до 18 мм. У двух пациентов из-за лагофтальма произошло снижение зрения до нуля. Одному из них был пересажен на нижнее веко и щеку лоскут с бедра, который за счет выраженного рубцевания привел к ретракции века книзу и увеличению лагофтальма. У 4 пациентов лоскут с плеча, пересаженный на верхнее веко, привел к нарушению подвижности века, изменению формы глазной щели из-за избыточного сокращения лоскута. Кроме того, у 4 пациентов лоскуты с бедра и плеча, взятые дерматомом, в отдаленном периоде имели пергаментный вид. Всем пациентам, кроме одного, потребовалось произвести дополнительные этапы реконструкции: пластика век местными тканями с резекцией рубцов, свободная пересадка кожного лоскута с заушной области, механическая дермабразия кожи век. Единственный пациент, у которого мы воздержались от дополнительного хирургического вмешательства, имел относительный функциональный результат (исправление лагофтальма, близкая к правильной форма глазной щели). В данном случае расщепленный трансплантат был взят с внутренней поверхности плеча, а зоной для пересадки являлась внутренняя поверхность переносицы с переходом на веки. При этом отсутствие косметического эффекта (различие по структуре и цвету лоскута и окружающих тканей) являлось для пациента не критичным.

Заключение. Использование неадекватных кожных трансплантатов нарушает косметический эффект и мо-

жет служить причиной тяжелых функциональных расстройств, начиная от кератопатии вплоть до гибели глаза. Свободные кожные лоскуты с конечностей и с живота, применяемые как средство экстренной помощи, так и для плановой реконструкции век, отличаются от окружающих тканей по цвету, наличию избыточного и нефункционального волосяного покрова; они толсты и ригидны, в связи с чем снижается подвижность век. Заживление часто происходит вторичным натяжением, что сопровождается более выраженным рубцеванием и в результате приводит не только к неудовлетворительному косметическому эффекту, но и к необходимости повторных хирургических вмешательств.

Перспективы коррекции век с применением имплантатов из политетрафторэтилена.

Филатова И.А., Шеметов С.А.

Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Актуальность. Анатомическое и функциональное состояние век влияет на функциональное состояние глаза. Изменения век при последствиях травмы, различных заболеваниях и возрастные нарушения формы и функции век развиваются как следствие происходящих в мягких тканях изменений и нарушают комфортное соотношение в системе «веки-глаз». Это приводит к различным функциональным и косметическим нарушениям, что проявляется как субъективным дискомфортом, так и патологией роговицы из-за слабости век и лагофтальма. Разработка новых подходов к коррекции различных нарушений формы и функции век является актуальной современной задачей.

Цель. Разработка модифицированных оперативных вмешательств на веках для коррекции положения век при слабости нижнего века и ретракции верхнего века.

Материал и методы. Клиническую группу составили 17 пациентов в возрасте от 29 до 71 года. Все пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт и чувство сухости, жжения из-за нарушения положения век. У пациентов отмечали слабость нижнего века (9 пациентов) и ретракцию верхнего века (7 пациентов), одна пациентка имела изменения верхнего и нижнего век. В 13 случаях отмечали кератопатию. Изменения век явились следствием: травмы (3 пациентов), хирургических вмешательств (3 пациента), последствия перенесенного хронического блефароконъюнктивита (2), эндокринной офтальмопатии (4 пациента), паралича лицевого нерва (5) после нейрохирургических вмешательств. Всем пациентам выполнили хирургическое лечение, заключавшееся в укреплении нижнего века и рецессии леватора верхнего века. Во всех случаях в качестве имплантата для укрепления нижнего века и сохранения леватора верхнего века в правильной пози-

ции был использован модифицированный имплантат из политетрафторэтилена. Имплантат выкраивали индивидуальной формы непосредственно во время операции и фиксировали узловыми резорбируемыми швами 5.0-6.0-7.0.

Результаты и обсуждение. Данные вмешательства позволили провести органосохранное лечение и достичь улучшения функционального и косметического статуса у всех 17 пациентов. Лагофтальм и ретракция верхнего века уменьшились, нижнее веко занимало более прочную позицию. С учетом различных причин, но схожих клинических проявлений считаем возможным для пациентов со слабостью нижнего века и ретракцией верхнего века предложить разработанные модифицированные методы хирургической коррекции с использованием моделируемого имплантата из политетрафторэтилена. Рецессия леватора с использованием замещающего (удлиняющего) леватор имплантата является более надежным вмешательством по сравнению с простой рецессией. Укрепление нижнего века с использованием имплантата для создания каркасной функции дает более стойкий результат по сравнению с пластикой местными тканями. Пластины политетрафторэтилена зарекомендовали себя как надежные биосовместимые материалы для пластической офтальмохирургии.

Заключение. Для органосохранного лечения и повышения качества жизни пациентов со слабостью нижнего века и ретракцией верхнего века предложенные методы хирургической коррекции позволяют уменьшить дискомфорт, создать благоприятные условия для кератопротекции и повысить качество жизни пациентов.

Консервативное лечение осложненной хирургической коррекции деформаций век.

Фокина Н.Д.

Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова, Москва

В настоящее время отмечено существенное увеличение числа различных пластических операций на веках. При этом отмечается рост неудовлетворительных исходов и осложнений после проводимой блефаропластики с косметической целью, операций на орбите, рубцовых деформаций после механических травм и ожогов. Это обуславливает актуальность проблемы лечения осложнений, возникающих вследствие пластических операций на веках. Наиболее часто встречается такое осложнение, как эктропион, т.е. выворот нижнего века. При этом состоянии край века не прилежит к главному яблоку, а конъюнктивная поверхность вывернута наружу. Это в свою очередь ведет из-за неправильного положения нижней слезной точки к постоянному слезотечению, эксфолиации, мацерации кожи и способствует еще большему вы-

вороту нижнего века. Вывернутая наружу конъюнктура гиперемирована, гипертрофирована, подвергается высыханию.

Целью исследования явилась разработка и совершенствование методов консервативного лечения нарушений положения век.

Материал и методы исследования. В исследование включено 27 пациентов в возрасте от 40 до 65 лет. Срок наблюдения составил от 5 месяцев до 7 лет. Всем больным помимо стандартного офтальмологического обследования проводился осмотр, биометрические измерения положения век, степени выворота нижнего века, лагофтальма, наличия выраженности и характера рубцовых деформаций век и периорбитальной области, нарушений слезоотведения, фоторегистрация в динамике. Комплекс консервативного лечения включал: специально разработанные приемы массажа с применением природного камня (нефрита и/или оникса) с изменением температурного режима от горячего до холодного, специально разработанной дозированной гимнастики для век, введением фармакологических препаратов, воздействующих на рубцовую ткань (мазь и гель траумель, мазь графита, ферменкол гель и др.).

Результаты. Эффективность лечения оценивали на основе анатомического, функционального и косметического восстановления, удовлетворенности или неудовлетворенности пациента проведенным лечением. Полное анатомическое восстановление получено у 21 (77,7%) пациента, полное функциональное восстановление – у 23 (85,2%) пациентов, полное косметическое восстановление – у 22 (81,5%) пациентов. Частичное анатомическое восстановление получено у 6 (22,3%) пациентов, частичное функциональное восстановление – у 4 (14,8%) пациентов, частичное косметическое восстановление – у 5 (18,5%) пациентов. Положительная динамика в результате проведенного комплекса консервативного лечения отмечена у всех пациентов. Удовлетворенность полученными результатами отмечена у 23 пациентов. Неудовлетворенность 2 пациентов была связана с наличием рубцовой деформации нижнего века и рубцами, переходящими на область щеки, которым была проведена коррекция положения нижнего века, а также у 2 пациентов с последствиями ожогов. Проведенное исследование показало, что комплекс консервативного лечения рубцов эффективен и необходим, как самостоятельный метод лечения, так и как важный этап предоперационной подготовки к коррекции положения век. Выводы. Комплекс консервативного лечения выворота нижнего века после пластических операций, операций на орбите позволил существенно улучшить показатели анатомической, функциональной и косметической реабилитации, в большинстве случаев исключить повторное хирургическое вмешательство для коррекции положения нижних век. Эффект проведенного лечения заключался в восстановлении правильной формы и положения века по отношению к главному яблоку, ликвидации лагофтальма, нормализации слезоотведе-

ния, сглаживанию и размягчению рубцов, восстановлению синхронной подвижности век. Подход к лечению деформации век должен быть строго индивидуальным, определяться степенью выраженности энтропиона и сопутствующим ему патологическим изменениям (слезотечению, лагофтальму, изменениям конъюнктивы). Лечение должно проводиться с учетом аллергологического анамнеза и характера рубцовых изменений тканей век и периорбитальной области (келоидные, гипертрофические или атрофические рубцы, нормотрофические рубцы, но нарушающие функцию век).

Хирургическая тактика при травмах дистальных фаланг пальцев кисти.

**Ходжабагян З.С., Калантырская В.А.,
Пшениснов К.П.**

Клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.В. Соловьева, Ярославль

Цель: изучить структуру травм дистальных фаланг пальцев кисти и тактику хирургического лечения в различных клиниках Ярославской области.

Материалы и методы: был выполнен анализ анкетных данных 540 пациентов, получивших лечение в отделении хирургии кисти, ГАУЗ ЯО КБ СМП им. Н.В. Соловьева и данных, полученных из территориального фонда обязательного медицинского страхования ЯО по лечению травм дистальных фаланг пальцев кисти в Ярославской области за период 2010-2015 годы.

Результаты: проведен предварительный анализ данных 540 историй болезней пациентов, поступивших в отделение хирургии кисти, микрохирургии и реконструктивно-пластической хирургии ГАУЗ ЯО «Клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.В. Соловьева» города Ярославля с повреждениями дистальных фаланг пальцев кисти в период с 2010 по 2015 годы. В группе исследуемых – 76% составляли мужчины, а 24% – женщины. Средний возраст – 40,6 года (от 7 до 78 лет). Анализ данных показал, что самыми частыми были изолированные травмы второго пальца (21%), следующий по частоте получаемых травм был первый палец (19%). Процентные значения изолированных повреждений остальных пальцев были – третий – 14%, четвертый – 9,7%, пятый – 8,4%. В 5% случаев наблюдались сочетанные травмы второго и третьего пальцев. Повреждения всех пяти пальцев были в 1,6% из общего числа. В более чем половине (53%) случаев зафиксированы травмы левой кисти, в 46% – правой, и около 1% составили травмы пальцев обеих кистей. В 90,5% наблюдениях операции проводились под местным обезболиванием. Средняя длительность операции составила 1ч. 15 мин. В среднем длительность госпитализации составила 14 койко-дней. У 31 пациента выполнялось формирование культи (с предварительной обработкой костной части дистальной фаланги). В

51 наблюдении дефект закрыли местными тканями, а в 50 – полнослойным кожным трансплантатом. В 103 случаях был выполнен остеосинтез фаланги. Шов ногтевого матрикса осуществлялся 50 пациентам. Шов пальцевого нерва выполнялся у 10. У 32 восстановлены сухожилия (13 сгибателей, 19 разгибателей). Закрытие дефекта V-Y лоскутом выполнялось у 70, перекрестные лоскуты – у 44, у 27 для закрытия дефектов использовались островковые лоскуты. Для закрытия дефектов были также применены ротационные, подкожно-фасциальные, выдвигаемые лоскуты и разные комбинации вышеперечисленных методов. У четверых пациентов была осуществлена пересадка пальца или части пальца со стопы на кисть. Были 4 наблюдения реплантации (в одном из них – двух пальцев) и 14 – реваскуляризации. В двух случаях проводилась ревизия анастомоза. Согласно данным территориального фонда обязательного медицинского страхования Ярославской области при травмах с дефектами дистальных фаланг пальцев кисти закрытие дефектов разными лоскутами, в том числе и с применением микрохирургической техники, проводилось только в отделении хирургии кисти, микрохирургии и реконструктивно-пластической хирургии больницы им. Н.В. Соловьева. В других больницах области дефекты закрывались местными тканями или формировались культи. В среднем, на лечение этих больных было затрачено около 18 500 руб.

Выводы. Вопрос травм дистальных фаланг остается актуальным до сегодняшнего дня. Большинство пострадавших составляют мужчины трудоспособного возраста. Несмотря на предложенные многочисленные варианты закрытия дефектов дистальных фаланг пальцев кисти, формирование культи до сих пор является основным методом во многих районных больницах. Многие из возможных вариантов закрытия дефектов дистальных фаланг технически не трудны, можно выполнить без участия анестезиолога. Знание основных методов закрытия этих дефектов и владение техническими приемами позволят сократить число формирования культи при дефектах дистальных фаланг пальцев кисти и сохранить не только функциональность, но и внешний вид руки.

Опыт хирургического лечения больных с нодулярным теносиновиомом сухожильных влагалищ.

**Ходорковский М. А., Скорынин О.С.,
Васильев Н.О., Конарева Е.Н., Моренко А.И.,
Овечкин С.В., Паринова Т.Е., Старченков К.Н.,
Ходыкин С.И.**

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронежская областная клиническая больница №1, Воронеж

Нодулярный теносиновит (пигментный виллонодулярный теносиновит, гигантоклеточная опухоль сухожильных

влагалищ) – второе по частоте встречаемости после сухожильного ганглия новообразование мягких тканей кисти. Несмотря на доброкачественный характер новообразования, частота местных рецидивов после хирургического лечения по данным литературы достигает 47%.

Цель данного исследования – проанализировать 10-летний опыт хирургического лечения больных с нодулярным теносиновитом и повысить эффективность профилактики рецидивов.

С 2005 года по настоящее время в отделении микрохирургии Воронежской областной клинической больницы №1 оперированы 67 больных с нодулярным теносиновитом сухожильных влагалищ пальцев кисти. Данную группу составили 39 женщин и 28 мужчин в возрасте от 32 до 57 лет (средний возраст – 43,3 года). 24 пациента были оперированы ранее и обратились по поводу рецидива заболевания. 9 больных с рецидивом перенесли не менее двух неудачных операций. Чаще встречалась локализация опухоли на проксимальной и средней фаланге II-го пальца (22 наблюдения). У 17 пациентов был поражен III-й палец, у 16 – I-й, у 8 – IV-й и у 4 – V-й. В большинстве случаев (29 наблюдений) опухоль была представлена одним главным узлом с более или менее выраженной псевдокапсулой и несколькими сателлитами (тип IIa по классификации М.М. Al-Qattan, 2001). Опухоль в виде одиночного узла в тонкой капсуле (тип Ib) обнаружена у 17 пациентов, в виде одиночного узла в толстой капсуле (тип Ia) – в 5 случаях. У 15 больных опухоль состояла из нескольких узлов в общей псевдокапсуле (тип Ic). У 1 пациента имелся мультицентрический тип поражения (один узел в области средней фаланги III-го пальца и 1 – в области пястно-фалангового сустава – тип IIc). Пациенты с диффузным типом опухоли (IIb) нам не встретились. У 4 больных опухоли достигали значительных размеров и охватывали фалангу циркулярно. В 18 наблюдениях опухолевые массы проникали в просвет сухожильного влагалища в виде отрочков, у 7 больных опухоль прорастала кольцевидные связки, у 2 – сухожилия сгибателей, у 3 – суставную капсулу и у 3 обнаружены участки костной деструкции.

С целью уточняющей диагностики больным выполнялось ультразвуковое исследование в высоком разрешении, которое позволяло визуализировать опухолевые узлы и их положение по отношению к сухожильным влагалищам и суставам, уточнить размеры, экзогенность, наличие зон костной деструкции. В сомнительных случаях производилась магнитно-резонансная томография кисти. 66 больным произведено экстракапсулярное удаление опухолевых узлов под проводниковой анестезией. По показаниям выполнялась первичная реконструкция кольцевидных связок и сухожилий, кюретаж зон костной деструкции. У 1 пациентки при экспресс-биопсии опухоли V-го пальца обнаружены признаки малигнизации, в связи с чем произведена первичная экзартикуляция в пястно-фаланговом суставе. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: гипосестезия пальца – в 2 случа-

ях, ограничение объема движений в пястно-фаланговых и межфаланговых суставах – 3 случая, формирование болезненного рубца – 1 случай. Рецидивы нодулярного теносиновита в течение 5 лет после операции обнаружены у 6 (7,5%) пациентов. Им выполнены повторные операции. Одна пациентка оперирована трижды в течение 4 лет. Пациентам с костной деструкцией предлагался курс лучевой терапии в условиях онкологического диспансера. С целью профилактики рецидивов предлагаются следующие меры: 1. Лечение пациентов с нодулярными теносиновитом сухожильных влагалищ должно осуществляться пластическими хирургами или специалистами по хирургии кисти. 2. Предоперационная диагностика должна включать в себя ультразвуковое исследование, в сомнительных случаях – магнитно-резонансную томографию. 3. Особое внимание следует уделить тщательному удалению сателлитных узлов и отрочков опухоли. 4. При прорастании опухоли сухожилий, кольцевидных связок и суставной капсулы, следует включать пораженные фрагменты этих структур в блок удаляемых тканей с последующей первичной их реконструкцией. 5. При наличии очагов костной деструкции выполняют их кюретаж. В послеоперационном периоде этим пациентам рекомендуют профилактический курс лучевой терапии.

Опыт хирургического лечения больных с синдромом запястного канала.

Ходорковский М.А., Скорынин О.С., Васильев Н.О., Конарева Е.Н., Моренко А.И., Овечкин С.В., Парина Т.Е., Старченков К.Н., Ходыкин С.И.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронежская областная клиническая больница №1, Воронеж

Компрессионно-ишемическая невропатия срединного нерва, вызванная его сдавлением в запястном канале, является широко распространенной и хорошо изученной патологией. Несмотря на это, подавляющее большинство пациентов попадают в поле зрения пластического хирурга уже в поздних стадиях заболевания, с нарушениями моторики кисти и выраженным болевым синдромом.

Цель данного исследования – проанализировать 10-летний опыт хирургического лечения больных с синдромом запястного канала и выяснить причины позднего обращения за хирургической помощью. С 2005 года по настоящее время в отделение микрохирургии Воронежской областной клинической больницы №1 обратился 861 пациент с синдромом запястного канала. Данную группу составили 799 (92,8%) женщин и 62 (7,2%) мужчины в возрасте от 37 до 83 лет (средний возраст – 57,4 года). У 427 (49,6%) больных была поражена кисть доминантной конечности, у 171 (19,9%) – недоминантной, в

263 (30,5%) наблюдениях процесс был двухсторонним. У 77 пациентов клиника синдрома запястного канала возникла после консервативного лечения закрытого перелома дистального метаэпифиза лучевой кости. У 1 больного причиной компрессионной невропатии срединного нерва была синовиальная киста в запястном канале. У остальных пациентов в большинстве случаев в анамнезе присутствовали профессиональные или бытовые факторы риска развития синдрома запястного канала. Длительность заболевания колебалась в пределах от 2 месяцев до 18 лет, в среднем – 4,7 года. 34 (3,9%) пациента обратились с клинической картиной 1-й стадии заболевания (по классификации R. Szabo, 1992). 2-я стадия диагностирована у 244 (28,4%) больных. Абсолютное же большинство больных – 583 (67,7%) обратились с неврологическими дефицитами, соответствующими 3-й стадии компрессионно-ишемической невропатии срединного нерва. Пациентам с 1-й стадией заболевания рекомендовали исключить факторы риска и назначали комплексное консервативное лечение. 26 из 34 пациентов с 1-й стадией заболевания в течение года обратились повторно в связи с неэффективностью консервативного лечения. Больным с 2-й и 3-й стадией синдрома выполняли открытую лигаментотомию карпальной связки. В 38 наблюдениях синдром запястного канала сочетался со стенозирующим лигаментитом и контрактурой Дюпюитрена. В этих случаях хирургическое лечение основного и сопутствующего заболевания осуществлялось одновременно. 13 пациентов оперированы в срочном порядке в связи с наличием выраженного болевого синдрома. Купирование болевого синдрома и полное восстановление трудоспособности после оперативного лечения наблюдалось у 682 (79,2%) больных. У 132 (15,3%) пациентов трудоспособность восстановилась полностью, но отмечалась слабая боль в кисти при тяжелой нагрузке. Умеренная боль при тяжелой нагрузке и минимальное ограничение трудоспособности наблюдались у 24 (2,8%) пациентов. Плохие результаты (сильная боль при нагрузке, значительное ограничение или утрата трудоспособности) получены у 23 (2,7%) пациентов, из которых 21 был повторно оперирован, у 18 достигнуто улучшение. Осложнения отмечены у 46 (5,3%) пациентов: гипертрофические рубцы (16), болезненные невромы в области рубца (12) и рецидив заболевания (18). Осложнения наблюдались на этапах освоения методики. При анализе причин позднего обращения за хирургической помощью выяснилось, что у подавляющего большинства пациентов на амбулаторно-поликлиническом этапе допускалась диагностическая ошибка: парестезии в пальцах рук трактовались неврологами как проявление шейного остеохондроза, признаки которого практически всегда обнаруживаются с помощью КТ, МРТ и стандартной рентгенографии. Дальнейшие манипуляции и процедуры были направлены на шейный отдел позвоночника и продолжались годами, обычно до тех пор, пока пациент тем или иным путем не попадал на электроней-

ромиографию. Даже при подтвержденном синдроме запястного канала, неврологи часто переоценивают возможности консервативного лечения этого заболевания. Таким образом, синдром запястного канала в большинстве случаев является показанием к оперативному лечению. Для раннего выявления подобных пациентов с целью своевременного хирургического вмешательства требуется междисциплинарное взаимодействие и создание единого протокола.

Способ региональной регуляции иммунного ответа.

Шаматкова С.В., Никифорович П.А.
Смоленский государственный медицинский
университет, Смоленск

Целью исследования стала разработка способа лечения операционных ран, направленных на создание оптимальных условий для заживления лапаротомной раны с помощью регионального влияния на иммунный ответ. Работа проводилась на 30 белых крысах линии «Вистар» женского пола массой 200 г. с моделью лапаротомной раны (3 группы). В основных группах, в отличие от контрольной, на завершающем этапе операции после того, как на кожу накладывали узловыи швы, инфильтрировали стенки и дно раны на всю глубину 5% раствором глюконата кальция в объеме 1 мл, из нескольких вколов по обе стороны от шва, отступив 0,5 см от линии шва в первой группе и 0,1% раствором ацетилсалициловой кислоты во второй группе. Концентрация раствора ацетилсалициловой кислоты и раствора глюконата кальция подбирались с учетом pH в тканях лапаротомной раны эмпирически. В третьей группе выполняли однократное промывание раны 1% раствором перекиси водорода. Наблюдение за ушитой кожной раной показало, что у всех животных третьей группы, как правило, выраженный отек сохраняется до 4-5 суток, выделение экссудата – до 1-2 суток, после снятия кожных швов на 7 сутки выражен отек рубцовой ткани, исчезающий лишь к 10 суткам. У животных первой и второй групп, как правило, выделения крови и экссудата не выявляются, отек сохраняется не более 2-3 суток, к 10 суткам отмечена эпителизация. В трех группах к 20-30 суткам послеоперационный рубец слабо контурируется, мягкий, эластичный, легко смещается при пальпации. Результаты гистологических исследований первой группы опытов показали, что регионарное внутритканевое введение 5% раствора глюконата кальция при лечении лапаротомной раны, также как и при использовании 0,1% раствора ацетилсалициловой кислоты во второй группе, ведет к более активному, и менее бурному, течению фаз заживления лапаротомной раны в отличие от гистологических результатов третьей группы. Гистологическая картина зоны патологического очага в разные сроки наблюдения в первой группе

во многом совпадает с результатами исследования во второй группе. То есть, регионарное использование 5% раствора глюконата кальция также как и 0,1% раствора ацетилсалициловой кислоты, в комплексном лечении ран мягких тканей дает выигрыш и во времени, т.е. в значительном сокращении фаз заживления гнойной раны, и в качестве заживления – образовании в месте раневого дефекта более эластичного рубца. При сравнении биомеханических свойств на ранних сроках послеоперационного периода особой разницы между 1-ой и 2-ой группами не выявлено. Проведенные исследования показали, что регионарное введение 5% раствора глюконата кальция и 0,1% раствора ацетилсалициловой кислоты положительно влияет на заживление раны, улучшает результаты лечения путём сокращения сроков заживления и предотвращения развития тяжёлых послеоперационных рубцов, т.е. создает условия для лучшего заживления операционных ран. Полученный эффект возникает в результате кратковременного излишнего закисления в тканях, что способствует активации лимфоцитов, улучшению иммунного статуса в области раны и сокращению фаз заживления. Результаты исследования дали нам возможность разработать способы лечения послеоперационных ран, основанные на целенаправленном закислении мягких тканей, оптимизации условий для заживления и профилактики послеоперационных осложнений (Патент РФ на изобретение №2295347). Таким образом, путем целенаправленной регуляции кислотно-щелочного равновесия в тканях в зоне раневого процесса при участии ионов кальция, можно влиять на фазы репаративного процесса, воздействуя на иммунный ответ через активацию лимфоцитов, и добиться более быстрого заживления раны с формированием нежной рубцовой ткани.

Оптимизация результатов редуционной маммопластики.

Шаробаро В.И., Авдеев А.Е., Баева А.А., Романец О.П., Гречишников М.И.
Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва

Введение. Редуционная маммопластика является не только одной из самых востребованных, но и наиболее травматичных операций в эстетической хирургии, особенно при значительных объемах уменьшения молочных желез. Несмотря на кажущуюся простоту выполнения, ранние и отдаленные осложнения отмечаются в 8-33% наблюдений. Спектр этих осложнений достаточно разнообразен: гематома, серома, нагноение, «собачьи уши»; некроз тканей (сосково-ареолярного комплекса (частичный или полный), молочных желез, жировой клетчатки или кожных лоскутов); неудовлетворительные форма и (или) объем молочных желез, неестественное положение сосково-ареолярных комплексов, птоз нижних ква-

дрантов молочных желез, асимметрия молочных желез, избытки латеральных отделов желез, неудовлетворительные послеоперационные рубцы. Эти осложнения увеличивают время реабилитации, ограничивают трудоспособность и социальную активность пациентов, а некоторые из них требуют оперативной коррекции.

Пациенты и методы. Основываясь на анализе литературы и опыте выполнения 89 редуционных маммопластик за последние 12 лет (2003-2015 гг.), проведен анализ причин, вызывающих осложнения и (или) неудовлетворенность пациентов и определен ряд профилактических мероприятий, направленных на оптимизацию результатов редуционной маммопластики.

Результаты. 1. Дооперационная профилактика осложненной редуционной маммопластики должна быть направлена на: коррекцию сахарного диабета (при его наличии); снижение массы тела (при ожирении 3-4 степени); отказ от курения (активного и (или) пассивного) за 2 недели до операции; проведение периоперационной антибиотикотерапии. 2. Интраоперационная профилактика включает следующие этапы: воздержание от выполнения оперативного вмешательства во время менструации или за 1-2 дня до их начала; эластичное бинтование нижних конечностей (т.к. длительность операции составляет 3-6 часов); пери- и послеоперационное применение антибиотиков широкого спектра действия в течение 5 суток; сокращение времени операции; дренирование послеоперационных ран вакуум-дренажами на срок до 3 суток в зависимости от количества раневого отделяемого (кровотечение и (или) наличие транссудата из-за большой площади раневой поверхности). 3. Послеоперационная профилактика включает: пребывание в клинике не менее 1 суток (определяется травматизмом операции, наркозом, необходимостью контроля за гемостазом и адекватного обезболивания); ранняя послеоперационная активизация пациенток; ношение специального компрессионного белья (не менее 1 месяца); ограничение физической нагрузки (не менее 1-го месяца). Кроме того, для профилактики специфических осложнений редуционной маммопластики особое внимание следует уделять следующим моментам: 1. Предоперационная разметка определяет результат операции и производится в вертикальном положении; при невозможности предоперационной разметки – наносится интраоперационно, но также в вертикальном положении (к примеру, при редуционной маммопластике после мастэктомии с эндопротезированием на другой железе). 2. Основной объективный критерий для выбора методики редуционной маммопластики – выраженность птоза, а не объем редукиции. Адекватная редукиция объема молочных желез возможна практически через любой из разрезов (периареолярный, ± вертикальный, ± горизонтальный). Субъективным критерием является умение и опыт хирурга. 3. Профилактика некроза тканей: адекватная питающая ножка с достаточной для кровоснабжения шириной основания питающей ножки (верхняя, нижняя, верхне-медиально-латеральная, медиальная, латераль-

ная); при сомнительном кровоснабжении лоскута(ов) избегать корригирующей липосакции; при сомнительности в кровоснабжении сосково-ареолярного комплекса (отсутствие кровотоочивости) предпочтительнее использовать его как расщепленный кожный трансплантат. 4. Основной мерой предотвращения послеоперационного птоза молочных желез является адекватная редукция объема желез. 5. Обязательной является послеоперационная профилактика образования грубых келоидных и гипертрофических рубцов.

Заключение. Для оптимизации результатов, предсказуемости результатов и профилактики осложнений редукционной маммопластики необходим учет ряда важных практических моментов, индивидуальный подход, а также опыт хирурга.

Асимметрия молочных желез – одноэтапная коррекция.

Шарбаро В.И., Баева А.А., Романец О.П.
Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва

Введение. Нарушение симметрии груди является тяжелой психологической травмой для женщины, особенно в случаях потери железы вследствие мастэктомии, в то время как хирургическая коррекция асимметрии обеспечивает повышение самооценки, обретение психологического комфорта и, тем самым, улучшение качества жизни. Поэтому актуальность проблемы коррекции асимметрии молочных желез не вызывает сомнений. Нередко выбор оптимальной техники коррекции асимметрии является непростой задачей даже для опытного пластического хирурга, а хороший эстетический результат достижим с помощью комбинации нескольких хирургических методик. В последнее время прослеживается тенденция к увеличению числа одноэтапных коррекций асимметрии молочных желез, однако нет единого стандартизированного подхода к данной проблеме.

Цель и задачи. Улучшение результатов коррекции асимметрии молочных желез путем разработки алгоритмов одноэтапной коррекции в зависимости от исходного типа асимметрии. Пациенты и методы. Проведен проспективный анализ с последующей оценкой результатов лечения пациенток с асимметрией молочных желез. В период с 2010 по 2014 гг. нами было выполнено 264 пластических операций на молочной железе, из которых 97 вмешательств были направлены на коррекцию асимметрии. Возраст пациенток варьировал от 18 до 55 лет. В результате предоперационного обследования и планирования все пациентки были разделены нами на 3 основные группы. Первую группу составили пациентки с гипомастией (36 пациенток – 37,11%), вторую – с нормо- и гипермастией (24 пациентки – 24,74%), в третью группу были включены пациентки с прогнозируемой асимметрией вследствие планируемого радикального

лечения рака молочной железы (37 пациенток – 38,15%). Отдаленные результаты лечения были прослежены у 96 пациенток, причем оценивались как ими самими, так и тремя хирургами. Для этого пациентки были приглашены на контрольные осмотры спустя 6 месяцев после операции. Из 97 пациенток 94 пришли на контрольный осмотр в сроки от 6 месяцев до 2-х лет после операции, 2 пациентки прислали свои фотографии и ответили на анкету опросника, контакт с одной пациенткой был потерян.

Результаты. Выбор хирургической тактики зависел от многих параметров, основополагающими из которых были тип асимметрии, степень ее выраженности и эстетические пожелания пациентки. Для устранения имеющейся патологии использовали следующие типы вмешательств: аугментационная маммопластика, различные виды мастопексии и редукционной маммопластики, а также различные варианты комбинации данных методик. При планировании оперативного вмешательства у пациенток с диагнозом рака молочной железы тактика лечения обсуждалась с онкологом, выполнявшим онкологическую часть операции, а выбор корригирующей операции зависел от выбора метода оперативного лечения основного заболевания с учетом состояния контралатеральной молочной железы. Многообразие клинических форм асимметрии молочных желез, причин нарушения симметрии, а также разнообразие вариантов методик коррекции асимметрии на сегодняшний день требуют систематизированного подхода к выбору наиболее подходящего способа коррекции. Преимущества одноэтапного лечения на сегодняшний день не оставляют сомнений: сокращение сроков лечения, существенное снижение экономической составляющей, обретение психологического комфорта и, как следствие, улучшение качества жизни женщины. Поэтому у всех наших пациенток была выполнена одноэтапная коррекция асимметрии. Из 96 пациенток 91 была полностью удовлетворена результатами одноэтапной коррекции, оценив их как хорошие (94,8%), одна выставила оценку удовлетворительно (1%), но отказалась от какой-либо дополнительной коррекции. Четырем пациенткам потребовались дополнительные операции (4,2%). Двум была выполнена коррекция положения сосково-ареолярных комплексов под местной анестезией, и двум – контурная липосакция с липофилингом. На основании полученных данных нами были разработаны алгоритмы одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез, которые позволили достигнуть хорошего эстетического результата за один этап в 94,8%, минимизировав риск послеоперационных осложнений.

Выводы. Разработанные алгоритмы одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез позволяют достигать хороших эстетических результатов за один этап, способствуя скорейшей социальной реабилитации и улучшению качества жизни многочисленной категории пациенток с асимметрией молочных желез.

Тактика хирургического лечения больных с последствиями ожогов.

Шаробаро В.И., Мороз В.Ю., Гречишников М.И., Романец О.П., Баева А.А.
Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва

Тактика хирургического лечения больных с последствиями ожогов. Шаробаро В.И., Мороз В.Ю., Гречишников М.И., Романец О.П., Баева А.А.

Введение. Ежегодный рост техногенных аварий и локальных военных конфликтов приводит к увеличению количества людей, пострадавших от ожогов. Среди них более трети получают обширные и глубокие повреждения, в большинстве случаев приводящие к полной или частичной потере трудоспособности из-за развития грубых функциональных дефектов. Запоздалая хирургическая помощь таким пациентам может привести в дальнейшем к невозможности нормального функционирования конечностей (вследствие формирования сочетанных кожно-мышечно-суставных контрактур), значительной потери массы тела (из-за развития микростомии и невозможности нормального питания), частичной или полной потери зрения (вследствие развития вторичных повреждений при вывороте или несмыкании век). Лечение и реабилитация данной категории больных должны проводиться, учитывая, с одной стороны – общее состояние пациента, его психоэмоциональный статус, с другой – наличие грубых функциональных дефектов.

Клинические наблюдения и методы. Мы провели анализ результатов лечения более 1200 пациентов с различными послеожоговыми дефектами в Институте хирургии им. А.В. Вишневского в период с 2002 по 2014 гг. Возраст пациентов варьировал от 9 до 81 года. Рубцовые деформации и дефекты тканей являлись следствием различных типов ожогов (пламенем, горячими жидкостями, электро-, химические). В большинстве случаев этиологическим фактором были ожоги пламенем – 712 (57,1%).

Результаты. Общепринятым является представление о том, что необходимо воздерживаться от хирургического лечения рубцовых деформаций дефектов и контрактур до момента полного созревания рубцовой ткани. Однако, по нашему мнению, наличие выраженных функциональных нарушений, таких как: микростомия, выворот верхних и/или нижних век, контрактура шеи, суставов конечностей и кистей тяжелой степени является абсолютным показанием для проведения хирургического лечения в ближайшее время после получения травмы. Так, при отсутствии тяжелых функциональных нарушений, при незрелых рубцах (срок с момента травмы менее 6 месяцев), необходимо назначать консервативное лечение до момента полного стихания воспалительного процесса и созревания рубцов, т.к. продолжающееся созревание рубцовой ткани вызывает вторичную деформацию и в ряде случаев приводит к необходимости повторных корригирующих операций. В сроки после 6 месяцев, при наличии зрелых рубцов, в тех

случаях, когда они находятся в косметически-значимых зонах или вызывают выраженный дискомфорт у пациента, решается вопрос о хирургическом лечении. Для профилактики образования и коррекции гипертрофических и келоидных рубцов в до- и послеоперационном периоде необходимо назначать местные средства (силиконовые гели или пластыри, компрессионная терапия, инъекции гормональных препаратов и пр.), физиотерапевтические процедуры (фонофорез с Ферменколом, магнитотерапия, электрофорез с противовоспалительными и гормональными препаратами), санаторно-курортное лечение.

Заключения. Таким образом, систематизированный подход к восстановительной хирургии позволил выработать тактику лечения больных с последствиями ожоговой травмы, проводить эффективную профилактику рецидивов и уменьшать период реабилитации в 95,1% случаев.

Методы оптимизации лечения и профилактики рубцов.

Шаробаро В.И., Романец О.П., Баева А.А.
Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва

Актуальность. Подсчитано, что каждый год у 100 миллионов человек по всему миру появляются шрамы после травм и хирургических вмешательств, и 15 миллионов из них будут иметь ненормальные шрамы в виде гипертрофических и келоидных рубцов. Распространенность гипертрофических и келоидных рубцов кожи в общей популяции довольно высока и составляет от 4,5 до 16% в разных регионах мира. Несмотря на множество способов лечения келоидов и их комбинаций, частота рецидивов обычно сохраняется на уровне 50-70%.

Цель работы. Улучшение результатов лечения пациентов хирургического профиля путем оптимизации лечения и профилактики рубцов различной этиологии.

Клинические материалы и методы. Нами проведен проспективный анализ лечения 153 пациентов с послеожоговыми и посттравматическими рубцовыми деформациями, а также анализ формирования рубцов у пациентов после эстетических и других видов операций, находившихся на лечении в отделении реконструктивной и пластической хирургии ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России в период с 2011 по 2015 годы. Большая часть пациентов (108 человек, 70,5%) имели послеожоговые рубцовые деформации различных анатомических областей. У 24 пациентов (15,7%) причинами рубцов были различные виды оперативных вмешательств и травм. 21 (13,8%) пациент имел рубцы, формирующиеся после проведенных эстетических операций. Для верификации типа рубца, а также для динамического наблюдения патологического рубцевания тканей нами выполнялось УЗИ рубцов 20 пациентам. Применялось хирургическое и консервативное лечение. Рубцовая ткань удалялась полностью за один этап у 73 пациентов. При этом ткани сшивались без натяже-

ния – 54 человека, и с натяжением – 19 человек. При невозможности удаления рубца в один этап применяли этапное иссечение с интервалом 6-8 месяцев (52 пациента). Нами были отмечены некоторые особенности рубцов различных анатомических областей. Консервативными методами нами было пролечено 14 человек, из них у 6 пациентов были свежие (до 12 месяцев) рубцы и у 8 пациентов рубцы были келоидные. Применяли фонофорез (электрофорез) с ферментными, противовоспалительными препаратами, магнитотерапию, назначали силиконсодержащие гели или силиконовые пластины, компрессионную терапию. Все эти консервативные меры также применялись с целью профилактики вторичных рубцов после их иссечения. Пациентам с келоидными рубцами вводили Бетаметазона натрия фосфат 2,0 в рубцы 3 раза с интервалом 1-2 месяца. Всеми пациентами (8 человек) было отмечено улучшение уже после первой инъекции. Исчезали болезненные ощущения, жжение, зуд, парестезии в области рубцов.

Профилактика патологических рубцов после первичных вмешательств включала в себя: динамическое наблюдение, своевременное снятие швов, избегание инсоляции в течение 6 месяцев, избегание попадания воды и обеспечение бактериальной чистоты послеоперационных швов, использование силиконовых гелей 2 раза в день в течение 2-3 месяцев. Ношение компрессионного белья и эластичных повязок от 1 до 3 месяцев.

Результаты. На основе ранее выполненных морфологических исследований нами были выявлены сроки вмешательств на рубцах и составлен алгоритм действия врача по лечению и профилактики рубцов. Соблюдение данного алгоритма позволило добиться успеха в 92,1% случаев (104 пациента) из 113 находящихся под наблюдением после снятия швов. Неудовлетворительные результаты были отмечены у 9 человек (7,9%). Для борьбы с осложнениями мы с успехом применяли инъекции 3-4 инъекции Бетаметазона натрия фосфата, с интервалом 4-6 недель.

Выводы. Таким образом, систематизированный подход и составление алгоритма лечебной тактики и профилактики рубцов для конкретного пациента при посттравматических, послеожоговых, послеоперационных рубцовых деформациях различной локализации, распространённости, давности существования позволили достичь хороших функциональных и эстетических результатов лечения пациентов и минимизировать риск образования патологических рубцов.

Эффективность применения различных схем лечения при осложненном демодекозе.

Шварц Н. Е., Плотникова К. О.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Демодекоз относится к числу распространенных хронических дерматозов. Возбудителем заболевания является

условно-патогенный клещ рода *Demodex*. Существуют определенные трудности в назначении лечения демодекоза, связанные с недостаточной эффективностью общепринятых средств, что обуславливает поиск новых способов лечения с учетом всех звеньев патогенеза.

Цель исследования. Применение новых схем лечения осложнённых форм демодекоза и оценка их эффективности. Материалы и методы. В исследование были включены 50 больных (38 женщин и 12 мужчин) папуло-пустулёзной формой демодекоза лица в стадии обострения. Возраст пациентов составил от 21 до 45 лет (в среднем 32,5 года), длительность заболевания от 6 мес. до 3 лет. Для реализации первого этапа исследования все пациенты были разделены на 2 группы на основании плана лечения. Схема лечения 1-ой группы предусматривала прием препарата Пилобакт АМ в течение 10 дней и процедуры лазерного карбонового пилинга Innovatione (1р/3 нед N.3). Пилобакт АМ относится к группе противовозвездных препаратов. Для лечения пациентов 2-ой группы были назначены метронидазол 500 мг (по 1 таб. 2 р/с), юнидокс солютаб 200 мг (в первый день лечения 2 капс сразу, со 2 по 10 – по 1 капс 2 р/сут), энзимно-кератолитический пилинг (1 р/10 дн – 6 процедур), в течение 10 дней. На втором этапе исследования была дана оценка клинической эффективности лечения пациентов с демодекозом в 1-ой и 2-ой группах.

Результаты исследования показали, что после полного курса проведенной терапии клиническое и лабораторное выздоровление отмечено у 74% пациентов 1-ой группы, у 64% пациентов 2-ой группы; положительная клиническая динамика отмечалась у 24% пациентов 1-ой группы и 19% пациентов 2-ой группы; отсутствовал эффект от проводимой терапии у 2% пациентов 1-ой группы, у 17% пациентов 2-ой группы исследуемых, отрицательной динамики не наблюдалось. Отмечено, что при использовании лазерного карбонового пилинга у пациентов 1-ой группы реже появлялась эритема и шелушение, а количество процедур, необходимых для достижения положительного эффекта, меньше. Процедура не имеет особых противопоказаний, возрастных ограничений и не требует реабилитационного периода, а также не ограничивает ежедневную активность пациентов и может проводиться в любое время года. Карбоновый лазерный пилинг кожи – это новейшая методика лазерного пилинга с использованием углеродного усилителя. Данный вид воздействия нормализует метаболизм всех структур кожи за счет: - бактерицидного действия на кожу; - сдвигания старого эпидермиса; - стимуляции регенерации клеток дермы; - синтеза коллагеновых и эластических волокон; - сужения пор; - уничтожения патогенной микрофлоры; - нормализации липидного обмена кожи; - улучшения и выравнивания цвета кожи; - лечения пигментных пятен. Использование карбонового лазера основано на том, что луч мягко воздействует на кожу, в результате чего происходит сдвигание рогового слоя эпидермиса, сужение расширенных пор, нормализация липидного обмена кожи, стимуляция пролиферативных процессов дермы.

Воздействие лазера оказывает бактерицидный эффект, уничтожает условно патогенную микрофлору, паразитирующую на поверхности кожи и глубоко в сальных, потовых железах, эффективно устраняет акне и воспалительные процессы в коже. Кратковременный наносекундный фототермолиз, усиленный карбоновым катализатором, стимулирует микроциркуляцию дермального слоя кожи, что приводит к сужению просвета выводных протоков сальных желез. Это явление в синергии с бактерицидным эффектом лазерного воздействия оказывает выраженный противовоспалительный эффект. Впервые в лечении осложненных форм демодекоза был использован и изучен препарат, который успешно применяется для эрадикационной терапии *N. rufoi* при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом он сочетает в себе все компоненты, которые входят в стандарты оказания медицинской помощи больным, страдающим акне и демодекозом. Препарат Пилобакт АМ имеет стабильную дозу апробированных препаратов (омепазол, амоксициллин, кларитромицин) и одобрен Европейской гастроэнтерологической группой по изучению *N. rufoi* в качестве средства первой линии эрадикационной терапии. Эффективность лазерной терапии в сочетании с препаратом Пилобакт АМ, ее удобство использования, длительность эффекта и отсутствие побочных явлений ставит вопрос о включении такой комплексной терапии в общую практику лечения осложнённых форм демодекоза лица.

Наш алгоритм мастопексии в сочетании с увеличением молочных желёз.

Шелег М.Ю., Шульгин Э.А., Пшениснов К.П.
ООО «Центр пластической хирургии», Ярославль

По данным американской статистики, около четверти недовольствованных пациентов после эстетических операций приходится на перенесших эндотезирование молочных желёз с одномоментной мастопексией. Принципиальная разница физических и динамических эффектов двух операций на ткани молочной железы обусловила практику их двухэтапного выполнения. Вместе с тем, пациенты предпочитают одномоментность. При обращении пациентов с постлактационными изменениями молочных желёз, встает вопрос выбора объёма имплантатов и варианта мастопексии. Для себя мы выбрали такой алгоритм, при котором для достижения оптимального результата приоритетом считаем форму, а не размер молочных желёз. Таким образом, всегда отдаем предпочтение среднему объёму имплантатов (до 300 куб. см) с одномоментной подтяжкой молочных желёз. В нашей практике одномоментно с эндотезированием мы используем 3 варианта мастопексии: периареолярная, циркумвертикальная с вертикальным или L-образным рубцом по методике Дэнниса Хаммонда; дермальная мастопексия с рубцом в виде перевернутого

T по методике Маурисио Нава. Имплантат в данном случае играет роль фундамента, на котором строится будущая форма молочных желёз, наполнителя верхнего полюса и, насколько это возможно, воссоздается их упругость, но не объём, с помощью которого заполняется запустевший кожный чехол. Для упрощения выбора тактики при данных изменениях молочных желёз, всех пациенток мы разделили на следующие группы: 1. Постлактационная инволюция молочных желёз, glandулярный птоз, сосково-ареолярный комплекс не ниже СМС, сохранена достаточная толщина кожно-жировой складки и glandулярной ткани (совокупный объём не менее 3,5 см). Тактика: эндотезирование молочных желёз с периареолярной подтяжкой по методике D.Hammond с использованием его авторского сцепляющего циркулярного шва. 2. Постлактационная инволюция молочных желёз, птоз I-II степени, САК на уровне или ниже СМС, объём тканей в области молочных желёз не менее 2 см – эндотезирование молочных желёз с циркумвертикальной подтяжкой по методике D.Hammond также с использованием сцепляющего циркулярного шва. 3. Постлактационная инволюция молочных желёз и/или изменения, связанные с массивной потерей веса, птоз III степени, где САК ниже СМС, соски ориентированы вниз – эндотезирование с подтяжкой по методике M.Nava с выкраиванием нижнего дермального лоскута с функцией поддерживающего балкона с рубцом в виде перевернутой T. 4. Пациентки, ранее перенесшие эндотезирование молочных желёз, но со временем увеличившие свой вес и объём молочных желёз, что привело к формированию деформации по типу «spoon breast» - удаление имплантатов с одномоментной мастопексией по M. Lejour. Имплантаты подбирались с учётом пожеланий пациентки и ее конституциональных особенностей. Конечный объём молочных желёз, по нашему мнению, не должен превышать 3 размера, что считаем наиболее физиологичным.

Выводы. При выборе тактики у пациенток с инволюционными изменениями молочных желёз мы отдаем предпочтение эндотезированию с использованием имплантатов малого и среднего объёма (от 180 до 300 куб.см) с одномоментной мастопексией разных видов в зависимости от степени выраженности птоза, что является оптимальным, на наш взгляд, с точки зрения долгосрочности результата и наименьшего негативного воздействия на верхний плечевой пояс и позвоночник, в отличие от коррекции подобных изменений с помощью имплантатов большого объёма.

Оптимизация эстетических результатов лечения доброкачественных новообразований кожи.

Шмелев И.С.
Omega Clinic, Саратов

Актуальность. Пигментные и безпигментные новообразования встречаются на коже у 90% населения, причем чис-

Подтяжка лица и лицевой нерв.

Шургая Ц.М., Неробеев А.И., Сайда А.С.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

За последние годы отмечается тенденция упрощения операции фейслифтинга, склонность к нитевым подтяжкам и мини-фейслифтингу, однако самая современная и наиболее эффективная методика подразумевает вмешательство не только на поверхностных слоях лица, но и на глубоких, работа в 4 слоях тканей, их взаимоперемещение и формирование лица в 3D. Такая методика дает удовлетворительные результаты с длительным эффектом и проводится при постоянном контакте с лицевым нервом. Целью работы является сравнение результатов глубокого и упрощенного фейслифтинга и демонстрация моментов фейслифтинга в 3D, при выполнении которых необходим контакт с n. facialis.

Работа основана на клиническом обследовании и проведении фейслифтинга у 2000 пациентов, начиная с 1989 года, у 549 из которых фейслифтинг был проведен повторно. У большего числа пациентов, особенно за последние 10 лет, выполнялась четырехслойная подтяжка лица. Первым этапом производилась мобилизация кожно-жирового лоскута. На данном этапе, при работе в конкретном слое, риск повреждения лицевого отсутствует. Затем производился подъем SMAS на всем протяжении ниже скуловой дуги, практически до платизмы, единым блоком. На данном этапе операции контакт с лицевым нервом наблюдается: 1) при подъеме SMAS на уровне связки Макгрегора; 2) при работе на уровне выхода нерва из околоушной слюнной железы. Следующим этапом производилось удаление комка Биша, который находится в проекции щечных ветвей лицевого нерва. На данном этапе при манипуляциях происходит контакт не только с щечными ветвями лицевого нерва, но и с протоком околоушной слюнной железы. Дальнейшая техника операции включала формирование трехмерного объема лица (3D) с перераспределением и лифтингом тканей, а также с предупреждением таких неблагоприятных последствий как образование слюнного свища и формирование «впалых щек». Послойное ушивание тканей в области удаления комка Биша также требует постоянного контакта с лицевым нервом. Еще одним важным моментом при фейслифтинге, с точки зрения контакта с лицевым нервом, можно отметить мобилизацию SMAS слоя в нижней трети лица (SMAS-платизма), а также наружный край орбиты, где I и II ветви лицевого нерва расположены более поверхностно. При проведении фейслифтинга практически на каждом этапе оперативного вмешательства необходим контакт с n. facialis.

Именно такая современная методика позволяет получить эффективный и стойкий результат, который требует современного пациента и уровень пластической хирургии.

Возможности применения технологии аутологичного модифицирования нетканого титанового материала со сквозной пористостью в дентальной имплантологии.

Щербовских А. Е.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

По существующим технологиям биологически активные покрытия на имплантатах получают электрохимическими методами, методами плазменного, магнетронного, лазерного напыления биоактивного материала. Высокоэнергетические воздействия, характерные для данных методов, приводят к частичной деструкции материалов и снижению их эффективности. Для нанесения покрытий используется сложное дорогостоящее оборудование, эксплуатация которого требует высококвалифицированного персонала, специально оборудованных помещений и т.д., что приводит к удорожанию готовой продукции [Леонова Л.А., 2010]. Следовательно, одной из наиболее перспективных технологий по включению в состав имплантата остеоиндуктора или остеокондуктора является технология холодного прессования, позволяющая сохранить свойства биоактивного материала, в том числе аутологичного костного наполнителя.

Цель исследования – сравнительная оценка показателей стабильности дентальных имплантатов на основе нетканого титанового материала со сквозной пористостью, установленных по традиционной технологии и с применением технологии аутологичного модифицирования.

Материалы и методы. Для реализации поставленных задач исследования нами было прооперировано 19 пациентов с частичным или полным отсутствием зубов на нижней челюсти. Возраст пациентов составил от 18 до 62 лет, из них 10 женщин и 9 мужчин. В ходе исследования нами было установлено 55 имплантатов в области нижней челюсти. Полученную в ходе препарирования костного ложа аутологичную костную стружку собирали в дозатор и ресуспендировали ее в физиологическом растворе, после чего аутологичный материал помещали в пресс-форму для холодного прессования. В ходе технологии холодного прессования была получена внутрикостная втулка на основе нетканого титанового материала со сквозной пористостью модифицированная аутологичной костной тканью. (Патент РФ на изобретение №2544804). Для оценки первичной и вторичной стабильности на этапах остеointegrации нами был использован прибор Periotest M Siemens.

Результаты исследования и их обсуждение. Первичная стабильность в основной группе учитывалась нами до момента увеличения общей стабильности и наблюдалась на 21-е сутки, достигая своего миниму-

ма. При этом за 100% взята стабильность на 1-е сутки после операции. На 2-е сутки стабильность составила 96,3%, на 7-е сутки – 91,2%, на 14-е сутки – 86,1%, на 21-е сутки – 81,3%, 30-е сутки – 99,4%, на 60-е сутки – 105,2%, на 90-е сутки – 112,7%. Стабильность в контрольной группе учитывалась нами до момента увеличения общей стабильности и наблюдалась на 21-е сутки, достигая своего минимума. При этом за 100% взята стабильность на 1-е сутки после операции. На 2-е сутки стабильность составила 98,1%, на 7-е сутки – 93,87%, на 14-е сутки – 90,10%, на 21-е сутки – 87,3%. на 30-е сутки – 95,2%, на 60-е сутки – 97,1%, на 90-е сутки – 98,9%. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что потеря первичной стабильности более выражена в группе дентальных имплантатов, модифицированных аутологичной костной тканью, по отношению с немодифицированными пористыми дентальными имплантатами на основе нетканого титанового материала со сквозной пористостью. Данный факт, по нашему мнению, связан с выраженной резорбцией костной ткани, как воспринимающего костного ложа, так и внутрипорового пространства дентального имплантата. Однако рост вторичной стабильности в основной группе имеет более быструю динамику в процентном соотношении по сравнению с контрольной группой, что связано по нашему мнению с наличием аутологичной костной ткани во внутрипоровом пространстве способствующей оптимизации остеоинтеграции.

Выводы. В процессе исследования изучена сравнительная оценка показателей стабильности дентальных имплантатов на основе нетканого титанового материала со сквозной пористостью, установленных по традиционной технологии и с применением технологии аутологичного модифицирования. Доказана возможность использования аутологичного модифицирования нетканого титанового материала со сквозной пористостью для оптимизации показателей стабильности дентальных имплантатов. Полученные данные свидетельствуют о том, что аутологичная костная ткань, включённая в состав пористого материала дентального имплантата, оптимизирует процессы его остеоинтеграции. Результаты исследования позволяют шире использовать технологию аутологичного модифицирования дентальных имплантатов на основе нетканого титанового материала со сквозной пористостью в клинической практике.

Ненатяжная аутопластика пахового канала.

Юдин В.А., Юдин И.В., Лымарь Ю.Ю., Костина Н.С.

Рязанский государственный медицинский университет, Областная клиническая больница, Городская клиническая больница №5, Рязань

Несмотря на очевидный приоритет методике Лихтенштейна в закрытии пахового канала при грыжах, метод, предложенный индийским хирургом М.Десарда, по праву может быть отнесен к варианту ненатяжной аутогерниопластики. В то же время основное слабое место, при всех методах закрытия пахового канала, остается охват семенного канатика. Улучшить это положение удалось применением разработанной нами технологии (патент на изобретение №2456926). Достигается это следующим образом: выполняется грыжесечение, далее из нижнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы выкраивается полоска на ножке от дуги охвата семенного канатика волокнами мышц внутренней косой и поперечной до середины нижнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы длиной равной периметру охвата семенного канатика над семенным канатиком. В месте точки отсчета апоневроз наружной косой мышцы пересекается перпендикулярно на 1 см и далее в продольном направлении, вдоль волокон до места соприкосновения с дугой охвата семенного канатика мышечными волокнами. Иглой Дешампа сверху вниз, над структурой семенного канатика, через мышечный массив производится тоннель для захвата лоскута апоневроза и проведения его через образованный тоннель. Лоскут подтягивается кверху. Определяется степень сужения внутреннего пахового кольца и производится фиксация свободного конца лоскута апоневроза к паховой связке П-образным швом нерассасывающейся нити 3/0. Выполняется восстановление и закрытие пахового промежутка по избранной методике пластики пахового канала и послойное закрытие послеоперационной раны. Таким образом, происходит смещение вектора силы внутрибрюшного давления относительно оси пахового канала, что обеспечивает надежное предупреждение рецидива грыжеобразования в данном участке пахового канала. По данной технологии оперировано 14 больных, из них 5 с рецидивами после различных видов реконструкции пахового канала. Послеоперационный период протекал нормально. Рецидивов в течение трех лет не выявлено. В лечении паховых грыж не должно быть догм в выборе применяемого метода. Абсолютно совершенных методов не существует.

Конкурс молодых ученых

Прецизионное виртуальное моделирование аутореберного хрящевого каркаса ушной раковины.

Асирова Г.В.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Введение: Реконструкция наружного уха требует тщательной подготовки и точных расчетов необходимого материала при заборе реберного хряща, что подразумевает аккуратную и трудоемкую хирургическую манипуляцию. Качество формируемого каркаса имеет важное значение для эстетического результата. При этом успех операции не ограничивается формой имплантируемого каркаса, а скорее зависит от доступных вариантов использования окружающих тканей для его покрытия. Помимо внешнего эстетического вида, требуется адаптация размеров и формы каркаса к анатомическим особенностям донорской и реципиентных зон в каждом отдельном случае.

Идея: прецизионная виртуальная хирургия позволяет сократить время операции и уменьшить донорский ущерб.

Цель: разработать методику виртуального прецизионного планирования аутореберного каркаса ушной раковины.

Материалы и методы: Компьютерная томография (КТ) грудной клетки сделана 4 пациентам с помощью аппарата New Tom 3G (фирма «Nim S.r.l.», Италия). Далее полученные результаты преобразуются в 3d модель с помощью программы Slicer (США). Эти сканы впоследствии экспортируются в программу Autodesk Maya (США) для проведения виртуальной операции по забору определенных частей реберного хряща согласно размерам здоровой ушной раковины пациента.

Результаты. Компьютерное моделирование позволяет понимать состояние и размеры хрящевой части 6, 7, 8, 9 ребер, их соотношение с необходимыми частями каркаса формируемой ушной раковины, что значительно упрощает ход операции, сокращая ее время за счет этапа забора хрящевых аутоплантатов, и оптимизирует расходы донорского материала, что позволяет рационализировать донорский ущерб и, следовательно, выраженность образующейся деформации грудной клетки.

Обсуждение. Выполненные процедуры по виртуальному проведению этапа операции по получению аутоплантатов из реберного хряща в качестве предоперационной подготовки были успешно использованы при операциях по реконструкции ушных раковин: было заведомо известно, какие ребра и в каком объеме нужно получить для планируемых размеров каркаса ушной раковины. Это может быть использовано в качестве прецизионного планирования для повышения эффективности хирургического лечения по устранению дефектов и деформаций ушных раковин.

КТ анатомия жирового тела щеки и его роль в объемных изменениях лица.

Гурьянов Р.А.

ООО «Клиника МЕДЛАЗ», Москва

Целью данного исследования является установление роли жирового тела щеки в объемных изменениях лица. Задачи Исследование топографии жирового тела щеки in vivo методом компьютерной томографии. Изучение объемных изменений лица при выполнении функциональных фотограмметрических тестов в различных возрастных группах, в том числе на родственных парах (пары мать-дочь).

Материалы и методы Жировое тело щеки [Bichat] представляет собой жировую клетчатку, заполняющую пространство между жевательными мышцами и костными образованиями в околоушно-жевательной, височной и щечной областях. От подкожной жировой клетчатки тех же областей принципиальными отличиями жирового тела щеки являются наличие капсулы в щечной области, отсутствие выраженного стромального компонента, относительное постоянство объема независимое от изменения массы тела и возраста. Для оценки топографических взаимоотношений жирового тела щеки и окружающих тканей выполнялась компьютерная томография головы с последующей трехмерной реконструкцией. Наличие плотной капсулы в щечной области позволяет различить тело комка Биша и жевательный отросток в щечной области, граница же между жевательными мышцами, костными образованиями и комком Биша не выражена и капсула жирового тела щеки составляет единое целое с эпимизиом окружающих мышц, таким образом, фактически является клетчаточной щелью. Совмещение трехмерной реконструкции жирового тела щеки с реконструкцией костных структур и реконструкцией поверхности кожи лица позволило установить проекции отростков жирового тела щеки на поверхность кожи относительно костных структур. Полученные данные были использованы для анализа функциональных объемных изменений лица при фотограмметрических исследованиях. Для исследования объемных изменений лица нами были проведены следующие функциональные фотограмметрические тесты: гравитационный тест, тест с нажатием на щеку и тест со сжатием зубов. При гравитационном тесте производится фотограмметрическое сканирование лица испытуемых в вертикальном и горизонтальном положении, полученные трехмерные модели совмещаются по реперным точкам, и производится анализ объемных изменений мягких тканей лица: учитывается изменения объемов и паттерны объемных изменений. Гравитационный тест отображает миграцию

объемов лица при смене направления вектора гравитации. При выполнении гравитационного теста, выявлены зоны преимущественной миграции мягких тканей и реперные области, в которых объемных изменений не происходит. В височной области выявлена изолированная область объемных изменений, соответствующая проекции височного отростка жирового тела щеки. Для уточнения механизма возникновения данного феномена произведено исследование миграции мягких тканей над скуловой дугой (гравитационный тест с использованием маркеров на поверхности кожи), и под скуловой дугой (тест с нажатием на щеку, тест со сжатием зубов, выполняемые в вертикальном положении).

Результаты. Установлена проекция височного отростка жирового тела щеки на поверхность кожи в височной области. При выполнении гравитационного теста, теста с нажатием на щеку и теста со сжатием зубов определяется изолированное увеличение объема (протрузия) в височной области, соответствующее проекции височного отростка жирового тела щеки. Гравитационный тест с маркерами отображает общий вектор миграции кожи и мягких тканей при выполнении гравитационного теста, а также наличие миграции тканей в части реперных областей, в том числе над скуловой дугой ($\Delta l=3-5$ мм). С возрастом происходит увеличение объемов и паттернов объемных изменений лица в том числе и в височной области. **Выводы** Жировое тело щеки вызывает протрузию в височной области при выполнении гравитационного теста и теста с нажатием на щеку (миграция тканей под скуловой дугой – механизм «сообщающихся сосудов») Область протрузии в височной области в гравитационном тесте увеличивается с возрастом (расширение области протрузии согласуется с потерей эластичности мягкими тканями). Миграция объемов жирового тела щеки происходит при изменении направления вектора гравитации и при жевании. Миграция жирового тела щеки может служить для декомпрессии пространств между жевательными мышцами при жевании, предотвращая развития компартмент-синдрома. Увеличивающаяся с возрастом миграционная способность жирового тела щеки принимает участие в возрастных изменениях лица

Возможности одномоментной комбинированной реконструкции при раке молочной железы.

Зикирходжаев А.Д., Усов Ф.Н., Старкова М.В.
Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Москва

Цель исследования: изучить возможности одномоментного реконструктивно-пластического вмешательства у больных раком молочной железы с использованием силиконового эндопротеза и деэпителизированного кожно-

го лоскута и оценить возникновение послеоперационных осложнений.

Материалы и методы: в отделение онкологии и реконструктивно-пластической хирургии молочной железы и кожи МНИОИ им. П.А. Герцена с февраля 2014 по сентябрь 2015 года было выполнено 15 операций в объеме: радикальная кожесохранная мастэктомия с одномоментной реконструкцией силиконовым эндопротезом и деэпителизированным кожным лоскутом. Возраст пациенток варьировался от 24 до 62 лет, среди них четверо были активными курильщицами. У всех пациенток был диагностирован рак молочной железы I-II стадии, отмечалась макромastia и птоз 2 и 3 степени. У 6 пациенток проводилось комплексное лечение, в то время как 9 пациенток получали комбинированное лечение. Осложнения, наблюдавшиеся в послеоперационном периоде, заключали в себе: образование сером у 2 (13,3%) пациенток, некроз кожных лоскутов у 1 (6,6%) пациентки и инфицирование послеоперационной раны у 1 (6,6%) пациентки.

Результаты и выводы. Данный вариант операции позволяет одномоментно реализовать как радикальную программу хирургического лечения молочной железы, так и реконструктивно-пластический этап, без использования экспандера, ADM и сетчатых имплантов. Позволяет добиться хороших косметических результатов и одномоментно произвести редукционную маммопластику с мастопексией при больших объемах и птозе молочных желез.

Ринопластика у пациентов с врожденными односторонними расщелинами губы и неба.

Иванова М.Д., Чкадуа Т.З., Брусова Л.А., Агеева Л.В.
Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Введение. Как известно, расщелина губы и неба является самой часто встречающейся врожденной патологией. Подавляющее большинство взрослых пациентов с врожденной односторонней расщелиной губы и неба (ВОРГН) обращаются за медицинской помощью с жалобами на эстетическую деформацию носа и верхней губы. Идея – разработать комплексный подход в реабилитации пациентов с вторичными деформациями носа (ВОРГН). **Цель работы.** Повысить эффективность хирургического лечения пациентов с вторичными деформациями носа и верхней губы после устранения ВОРГН за счет комплексного предоперационного обследования, анализа эстетической и функциональной составляющей патологии, усовершенствования хирургической техники, предупреждения рецидива деформации.

Материалы и методы. В отделении врожденных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области ЦНИИС и ЧЛХ в период с сентября 2013 по сентябрь 2015 гг. прошли комплексную реабилитацию 43 пациента в возрасте от 18 до 40 лет с вторичными деформациями верхней губы и носа, оперированных ранее по поводу ВОРГН. В предоперационном периоде эстетическую и функциональную составляющие деформации исследовали при помощи фотометрии лица, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), передней активной и акустической ринометрии, электромиографии (ЭМГ) круговой мышцы рта и мышц, формирующих носогубную складку. На основании полученных данных был составлен план комплексной реабилитации, сочетающий хирургический этап и коррекцию мышечной дистонии при помощи ботулинотерапии. Хирургическое лечение в объеме риносептохейлопластики было направлено на восстановление нормальной анатомии верхней губы, симметрии хрящевого и костного отделов носа, устранение стеноза носового хода на всех уровнях, укрепление наружного клапана носа. С целью устранения влияния дистонии мышц назолабиального комплекса на деформацию носа, для профилактики рецидива деформации и ре-стеноза наружного клапана носа, в послеоперационном периоде выполнялись инъекции ботулотоксина типа А в количестве 15-25 ед.

Результаты. При помощи фотометрии во всех клинических случаях отмечена типичная для ВОРГН несимметричная деформация носа, заключающаяся в уплощении крыла носа, асимметрии носовых ходов, укорочении колумеллы на стороне расщелины и отклонении кончика носа в пораженную сторону. По данным МСКТ в большинстве случаев выявлены искривление перегородки носа, дефект края грушевидного отверстия и гипертрофия нижней носовой раковины на стороне расщелины. При помощи ЭМГ была исследована биоэлектрическая активность (БЭА) мышц назолабиального комплекса. По данным ЭМГ определены специфические патологические особенности БЭА: снижение БЭА круговой мышцы рта на стороне расщелины в покое на 15% (КАС=1,16±0,03), при нагрузочной пробе на 45% (КАС=1,8±0,05); повышение БЭА мышц формирующих носогубную складку в покое и при нагрузочной пробе на 25% (КАС=1,3±0,04). По данным передней активной и акустической ринометрии зарегистрировано снижение носового дыхания на пораженной стороне и определена область наибольшего стеноза носового хода – так у 55% пациентов первопричиной нарушения носового дыхания является несостоятельность наружного клапана носа на стороне расщелины.

Обсуждение. Разносторонний анализ эстетической и функциональной составляющих вторичной деформации носа у пациентов с ВОРГН, усовершенствование методов хирургического лечения, а также комплексный подход в период послеоперационной реабилитации позволяет повысить эффективность лечения пациентов с данной патологией. Применение ботулинотерапии в послеоперационном периоде позволяет добиться формирования

стабильного результата за счет устранения патологической тканевой памяти и мышечной дистонии, что является одной из основных причин рецидива деформации. Соблюдение многостороннего подхода к анализу факторов деформации и их устранение, по данным клинического осмотра, ЭМГ, фотометрии и согласно субъективной оценке пациента, позволяет достичь максимально положительного результата после корригирующей ринохейлопластики.

Проведение PRGF-обогащенного липофилинга для улучшения эстетических результатов ортогнатической операции.

Лонская Е.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А.
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение. В настоящее время большинство пациентов, готовящихся к проведению ортогнатической операции, предъявляют жалобы на неудовлетворенность внешним видом. На сегодняшний день челюстно-лицевой хирург должен спланировать и выполнить ортогнатическую операцию так, чтобы максимально удовлетворить функциональные и эстетические требования пациента. Дополнительные эстетические вмешательства, такие как ринопластика, остеотомия скуловых костей и подбородка, липофилинг, можно проводить одновременно с ортогнатической операцией для достижения наилучших эстетических результатов.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2015 гг. нами было прооперировано 20 женщин (средний возраст 28 лет) с врожденными деформациями челюстно-лицевой области. Всем пациенткам была выполнена симультанная операция, включающая в себя ортогнатическую операцию и липофилинг. Липофилинг выполняли после завершения ортогнатического этапа операции. Забор аутожира проводили с передней поверхности живота. Для очистки и подготовки жира к введению были использованы одноразовые закрытые стерильные системы. После очистки жира и перед его введением в реципиентные зоны смешивали липоаспират с богатой тромбоцитами плазмой в соотношении 4 к 1. Введение аутожира проводили с целью объемного моделирования лица, руководствуясь предоперационной разметкой и планированием. Контроль резорбции введенного аутожира осуществляли при помощи ультразвуковой диагностики на этапе до операции и через 3, 6 и 12 месяцев после симультанной операции.

Результаты. В результате симультанной операции челюстно-лицевые деформации были устранены у всех пациенток (100%). Для оценки ортогнатического этапа мы проводили КЛОТ в послеоперационном периоде – через 6

и 12 месяцев. Для оценки эстетического результата сравнивали положение мягких тканей при помощи совмещения дооперационных и послеоперационных трехмерных моделей головы пациента. Также проводили опрос пациентов на предмет удовлетворенности эстетическими результатами операции. По результатам опроса все пациенты оценивали результаты проведенного лечения как «очень хорошие» [83%] и «хорошие» [17%].

Выводы. Проведение липофилинга одновременно с ортогнатическим вмешательством позволяет улучшить эстетические результаты операции и повысить удовлетворенность пациентов результатами проведенного лечения.

Липоскульптура и липотрансфер – новые подходы с использованием технологии ультразвуковой липосакции третьего поколения.

**Мантурова Н.Е., Мелерзанов А.В.,
Пенаев А.А., Пенаева С.А.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Клиника доктора Пенаева, Московский физико-технический институт, Москва

Ультразвуковая энергия используется успешно много лет в разных отраслях медицины – от стоматологии до нейрохирургии. С целью проведения липосакции ультразвук стал применяться в конце 80-х и начале 90-х годов. Наряду с явными преимуществами, такими как избирательное эмульгирование жировой ткани, малый травматизм, быстрое восстановление, отмечались и отрицательные явления в виде сером, ожогов в месте применения ультразвуковых зондов, нежизнеспособность взятых жировых клеток. Импульсный режим и использование эффекта резонанса на аппаратах ультразвуковой липосакции третьего поколения дало возможность снизить энергию потока и таким образом избежать осложнений, которые наблюдались на предыдущих поколениях аппаратов ультразвуковой липосакции. Применение такой технологии вывело липосакцию на совершенно новый уровень. Появилась возможность выполнять липоскульптурирование высокого разрешения с гравировкой мышечного корсета тела. Полученные в ходе такой липосакции клетки жизнеспособны. Исследования лаборатории клеточных и молекулярных технологий А.В. Мелерзанова (МФТИ) показали высокую жизнеспособность клеток из липоаспирата. Количество «стволовых» клеток сопоставимо с количеством клеток в липоаспирате, забранном с помощью водоструйной технологии и значительно превосходит механическую. Результаты липотрансфера с использованием ультразвуковой платформы третьего поколения подтверждают эти выводы. Нами выполнено с 2012 года 226 липоскульптурирующих операций с использованием

ультразвуковой платформы третьего поколения. Из них 96 операции с липотрансфером. Результаты операции с применением такой технологии были оценены как положительные, и они соответствовали либо превосходили ожидания пациентов.

Микрохирургическая реконструкция языка у онкологических больных.

**Мухомедьярова А.А., Поляков А.П.,
Ратушный М.В.**

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра, Москва

Введение. В результате успешного развития современной онкологии существенно улучшились результаты выживаемости больных со злокачественными опухолями языка. В связи с этим возникла необходимость проведения качественной реабилитации оперированных больных. При этом в первую очередь качество жизни и перспектива полноценной реабилитации больных определяются эффективностью реконструкции языка.

Материалы и методы. В Московском научно-исследовательском онкологическом институте имени П.А. Герцена было прооперировано 12 пациентов по поводу рака языка в возрасте от 18 до 63 лет. У всех пациентов отмечались первичные опухоли после проведенной предоперационной лучевой терапии. Индекс распространенности опухоли у 5 пациентов соответствовал Т3, а у 7 пациентов Т2. У всех пациентов опухолью была поражена только одна половина языка, без распространения на противоположную сторону. Во время операции одновременно с резекционным этапом была выполнена микрохирургическая реконструкция половины языка. В качестве пластического материала были использованы свободные аутоотрансплантаты: толстокишечно-сальниковый лоскут (4), лучевой лоскут (6) и торакодорзальный лоскут (1), TRAM – лоскут (1). Реваскуляризация лоскутов производилась с ветвями наружной сонной артерии и внутренней яремной вены. У 3 пациентов одновременно с сосудистой реваскуляризацией лоскута была произведена реинервация лоскута путем формирования микроневральных анастомозов между нервом лоскута и язычным нервом. Результаты. В послеоперационном периоде существенных осложнений со стороны донорских рани некрозов аутоотрансплантата в исследуемых случаях не отмечалось. Хорошие функциональные возможности пластического материала способствовали полному самостоятельному закрытию слюнных свищей у 1 больного. Питание через рот пациенты возобновляли через 2 недели после операции. Естественное питание было восстановлено у всех больных. Деканулирование было произведено в сроки от 1 до 4 недель после операции. У всех пациентов отмечено

ны удовлетворительные результаты речевой функции. Заключение. Наиболее эффективным методом лечения больных со злокачественными новообразованиями языка является комбинированный метод, хирургический компонент которого заключается в широком радикальном иссечении опухоли. Применение аутотрансплантации тканей способствует улучшению качества жизни пациентов, перенесших резекцию функционально значимого органа, и способствует скорейшей трудовой и социальной реабилитации.

Субъективная оценка косметического результата транспозиции дистального отдела уретры у женщин.

Попова А.С., Гвоздев М.Ю., Касян Г.Р., Тупикина Н.В., Пушкарь Д.Ю.
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение. Влагалищная эктопия наружного отверстия уретры представляет собой вариант расположения наружного отверстия уретры на границе с входом во влагалище и может являться анатомическим фактором развития рецидивирующих инфекций мочевых путей, связанных с половым актом. Консервативное лечение, а именно, проведение антибактериальной терапии, как правило, не эффективно, т.к. устраняет лишь симптомы инфекции без какого-либо влияния на патогенез заболевания. В 1997 году на кафедре урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова была разработана методика транспозиции дистального отдела уретры, устраняющая этиологическую причину заболевания – низкое расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала (эктопию).

Цель: оценить удовлетворённость операций транспозиции дистального отдела уретры у женщин, страдающих рецидивирующей инфекцией мочевых путей, ассоциированной с половым актом, а также эффективность и безопасность данной методики.

Материалы и методы: пациентки, страдающие рецидивирующей инфекцией мочевых путей, ассоциированной с половым актом, которым была выполнена транспозиция дистального отдела уретры в период с 2011 по 2014 год. Для оценки результатов использовались данные телефонного анкетирования пациенток, в ходе которого задавались вопросы относительно субъективной оценки косметического эффекта после операции, наличия диспареунии и симптомов нижних мочевых путей, а также общей удовлетворённости от операции. Для этой цели нами были использованы специализированные опросники Индекс женской сексуальной функции (Female Sexual Function Index) и Шкала оценки расстройств мочеиспускания (Urinary Distress Inventory 6). Результаты: 93 женщинам (средний возраст 28,4) была выполнена транс-

позиция дистального отдела уретры. Интраоперационных осложнений отмечено не было. С помощью телефонного анкетирования было опрошено 88% женщин (82/93), средний период наблюдения после операции составил 32,3 месяца. Все пациентки возобновили половую жизнь, в среднем через 2,3 месяца, а среднее значение по шкале Индекса женской сексуальной функции составило 30,2. Исчезновение диспареунии было отмечено в 88% (82/93). Среди оставшихся 11 пациенток только 9% (1/11) связывали данные жалобы с появлением симптомов нижних мочевых путей. Среди всех пациенток симптомы нижних мочевых путей отметили в 20% случаев (19/93), а среднее значение по Шкале оценки расстройств мочеиспускания составило 38,5. В целом в отношении косметического эффекта операции и качества половой жизни 81% (75/93) опрошенных остались довольны результатами операции, 9% (8/93) не отметили существенных изменений и в 10% случаев дана негативная оценка послеоперационных результатов вследствие расхождения швов в зоне операции из-за более раннего возобновления половой жизни.

Обсуждение. Основываясь на данных анализа отдалённых результатов, операцию следует считать безопасной методикой, которая может привести к улучшению сексуальной жизни и симптомов нижних мочевых путей. Неудовлетворённость результатами операции в ряде случаев может быть связана с несоблюдением послеоперационных рекомендаций и расхождением швов.

Функционально-щадящие подходы и реконструктивно-восстановительные аспекты в ларингологии и лор-онкологии.

Решульский С.С., Виноградов В.В.
Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии, Москва

Цель. Повышение эффективности хирургических и функциональных результатов лечения пациентов с злокачественными опухолями и рубцовыми стенозами верхних дыхательных путей.

Пациенты и методы. Операции на лимфатической системе шеи при удалении метастазов злокачественных новообразований, приводят к изменению конфигурации шеи, а в ряде случаев влекут за собой и грубые функциональные нарушения. С целью улучшения функциональных и эстетических результатов мы предлагаем: -способ хирургического доступа для латеральной шейной лимфодиссекции; -способ хирургического доступа для удаления клетчатки и лимфатических узлов шеи из линейного разреза; -способ хирургического доступа для шейной лимфодиссекции с целью удаления метастазов в нижнем полюсе ОУСЖ. Модифицированные доступы для шейной лимфодиссекции суммарно использованы у 58 пациентов с раком гортани и гортаноглотки III-b и IV-a стадии

заболевания с регионарными метастазами в лимфатические узлы шеи. Операции выполнялись как одномоментно в области первичного очага и зонах регионарного лимфооттока, так и отсрочено. Сравнение результатов производилось со статистически сопоставимыми группами пациентов, оперированных с использованием доступа по Брауну и Крайлю. При оценке онкологической результативности на протяжении 5 лет нами выявлено, что лечение пациентов с применением указанных модифицированных методик не влияет на частоту продолженного роста, рецидива в области шейной лимфодиссекции, при этом функциональные результаты лечения оказались лучше. В ходе операций на зонах регионарного лимфооттока на шее существует риск повреждения блуждающего, нижней ветки лицевого, добавочного, подъязычного, языкоглоточного нервов, а так же крупных стволов шейного сплетения. Для предупреждения подобных осложнений нами предложен метод комплексного интраоперационного нейромониторинга (КИОН). В группу исследования включен 21 пациент с III-б и IV-б стадией рака гортани и гортаноглотки, что соответствует Т3-4N1-3M0. Все пациенты мужчины в возрасте от 49 до 75 лет, средний возраст 62 года. Пациентам было проведено комбинированное лечение, в виде одномоментной операции ларингэктомии и шейной лимфодиссекции с дистанционной гамма-терапией. Пациенты разделены на две группы, с визуальным контролем и контролем посредством КИОН. Нарушение функции добавочного нерва в сроки до 6 месяцев у пациентов с применением КИОН возникало в 27,2%, лицевого нерва в 27,2%, диафрагмального и языкоглоточного нерва в 9%. В сроки наблюдения от 6 месяцев и более нарушения функции добавочного и нижней ветки лицевого нерва сохранялось в 9%. У остальных пациентов наблюдалось восстановление функций нервов. В группе визуального контроля в срок до 6 месяцев поражение добавочного нерва имело место в 40%, нижних веток лицевого и диафрагмального нерва в 50%, а языкоглоточного нерва в 20% случаев. В сроки наблюдения более 6 месяцев нарушение функций добавочного нерва сохранилось у 20%, лицевого нерва в 40%, языкоглоточного в 10%, а диафрагмального нерва в 30%. С 2009 по 2014 гг. на лечении находилось 36 пациентов с рубцовым стенозом гортани, имеющих на момент обращения ларинготрахеостому и дефицит передне-заднего расстояния боковых стенок, возрастом от 17 до 65 лет. Из них –75% мужчины и 25% женщины. Всем пациентам выполняли реконструкцию боковых стенок ларинготрахеостомы. Для этой цели использовали аутохрящ у 15 (I группа), аллохрящ у 12 (II группа), ксеноматериал на основе политетрафторэтилена у 9 (III группа) пациентов. Осложнения со стороны операционной раны наблюдались нами у 6,7% больных в I группе, в 33,4% случаев во II группе и у 26,3% пациентов III группы. Осложнения в I и II группах носили инфекционно-воспалительный характер, а в III группе мы наблюдали дислокацию ксеноматериала. Для предупреждения подобных осложнений разработана методика по-

гружения ксеноматериала в мышечное ложе, созданное в медиальных порциях грудино-ключично-сосцевидных мышц. Данная методика позволила улучшить хирургические результаты лечения на 15%.

Выводы: 1. Разработанные модифицированные способы доступа для проведения шейной лимфодиссекции позволяют повысить функциональные результаты лечения. 2. Для уменьшения частоты осложнений целесообразно использование КИОН черепно-мозговых нервов при выполнении шейной лимфодиссекции. 3. Применение материала на основе политетрафторэтилена при реконструктивных операциях на гортани и трахеи с методикой установки и фиксации ксенотрансплантата повышает эффективность лечения на 15%.

Филер для ринопластики. Легко и быстро.

Турчанинова Е., Тамаров А., Боровикова А.
Центральная клиническая больница ОАО РЖД,
Москва

Введение. Измельченный собственный хрящ известен как наполнитель для смягчения контуров спинки носа с 1943 года [1], хотя его применение нарастает, этот трансплантат не лишен недостатков. Главный – бесформенность, заставляющая заворачивать его в «чулок» для удержания формы и объема в зоне размещения. В данном виде трансплантат невозможно ввести шприцом. Вторая проблема – необходимость долго и тщательно крошить хрящ лезвием до получения кубиков размером 0,5-1,0 мм. Наш способ приготовления филера не имеет указанных недостатков.

Метод. Мы собираем все, даже мельчайшие кусочки любых тканей (кроме эпителия), удаляемых из носа. Вместо нарезания лезвием мы укладываем все ткани в крошилку хрящевой Коттля (Карл Шторц, Германия) и несколькими сильными ударами молотка превращаем их в гомогенную пасту, которую перекачиваем в инсулиновый шприц. Филер готов к инъекции этим шприцем менее чем через минуту после первого удара молотка. Его консистенция ближе всего к зубной пасте, т.е. необходимость удерживать форму с помощью различных оболочек отпадает. По завершении ринопластики и ушивания ран внутренней выстилки, оставляем небольшое окно, заводим шприц на спинку носа и выдавливаем филер одновременно с вытягиванием шприца из раны. Ушиваем окно, пальцами разглаживаем кожу спинки, накладываем пластырную и гипсовую повязки.

Обсуждение. Основным в нашем способе стало использование крошилки хрящевой Коттля. Ее множественные, тонкие, острые зубчики легко перетирают ткани до консистенции, позволяющей проталкивать эту смесь через шприц. Мы нашли упоминание применения крошилки Коттля в статье, изучавшей результаты трансплантации

хряща техникой «Рахат лукум» [2], однако авторы зачем-то все равно прибегали к обертыванию измельченного хряща пластиком Surgicel (Этикон). А в оригинальном описании техники «Рахат лукум» крошилка не упоминается вовсе [3]. Описано приготовление трансплантата из костной и хрящевой крошки без обертывания, а с помощью склеивания цельной кровью, которую берут из вены [4]. Но этот трансплантат невозможно инъецировать шприцем, и его укладывали так же, как цельный. Наш метод выгоден простотой и отсутствием донорской зоны. Донорские ткани забираются в том же хирургическом поле, где разворачивается собственно операция. К другим областям (уши, старые рубцы на теле) приходится обращаться только при нехватке массы. Особенно ценна методика при вторичных ринопластиках, когда носовых хрящей дефицит, но много иссекаемой рубцовой ткани.

Аспекты психоэмоционального состояния пациентов до и после удаления глаза, с последующим реконструктивно-пластическим лечением.

Филатова И.А., Мохаммад И.М.
Московский научно-исследовательский институт
глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Актуальность: Травма глаза и её последствия являются ведущей причиной удаления глаза. Развитие тяжелых осложнений после механической травмы приводит к потере зрительных функций, инвалидизации пострадавших, угрозе развития симпатической офтальмии. (Гундорова Р.А., Архипова Л.Т., Вериги Е.Н., Катаев М.Г. 2001. Филатова И.А., Вериги Е.Н., Тхелидзе Н.Р., Берая М.З. 2005). Сам факт потери глаза для больного является очень болезненным, и часто приводит к серьезным психическим нарушениям, которые в результате негативно влияют на процесс развития личности, вплоть до стремления больного к полной изоляции от общества. Влияние любой болезни на психику человека имеет два основных вида: 1. Соматогенный: связано с непосредственным воздействием на центральную нервную систему соматических вредностей (нарушение гемодинамики или интоксикация). 2. Психогенный: психологическая реакция личности на сам факт заболевания и его последствия, имеющиеся при болезни астению, болезненные ощущения и нарушения общего самочувствия. В вопросе потери глаза, второй вид влияния болезни на психику больного имеет наибольшее значение. Данный факт объясняется тем, что адаптация человека в современном обществе, напрямую зависит от его внешнего вида. Офтальмохирург при принятии решения об удалении глаза пациента, должен учитывать психоэмоциональное состояние пациента, проводить профессиональную психологическую подготовку пациента к операции и выбирать максимально-возможную щадящую

методику операции, для достижения высокого косметического эффекта.

Цель работы. Сравнить психоэмоциональное состояние пациентов до и после удаления глаза с пластикой культи и интраоперационным протезированием.

Материалы и методы. Клиническая группа – 50 пациентов (возраст от 15-50 лет), которым было выполнено удаление глаза методикой эквисцерации. Данная группа пациентов была выбрана с учетом явного проявления нарушения психоэмоционального состояния при сборе данных анамнеза, и наличия видимых изменений глазного яблока в течение долгого времени (от 1-10 лет). В качестве орбитальных имплантатов использовали материалы российских производителей – углеродный композит Карботекстим и политетрафторэтилен (ПТФЭ). Протезирование конъюнктивальной полости проводилось во время операции. Применялись лечебные протезы, подобранные максимально приближено к цвету здорового глаза. Индивидуально изготовленные протезы – через 6 месяцев с момента операции.

Результаты. Самой щадящей методикой удаления глаза является: эквисцерация с резекцией заднего полюса склеры, невзрачностью и пластикой культи орбитальным имплантатом с интраоперационным протезированием конъюнктивальной полости. Преимущество данной методики заключается в том, что сохраняется склеральная оболочка, мягкие ткани орбиты и имплантат находятся в более физиологичном положении, т.к. сохраняются интактными мышцы и фасциальные связи, удерживающие культи в правильной позиции. Что в свою очередь обеспечивает большую прочность культи, за счет склеральной капсулы, и максимальную ее подвижность, что является очень важным моментом в достижении большей подвижности глазного протеза. Положительные результаты хирургического лечения и глазного протезирования позволяют избежать дисгармонии на лице. Оценка результатов проводилась после 6-10 месяцев с момента лечения. Согласно проведенному сравнению у 70% пациентов мы отметили явное улучшение психического здоровья, которое отразилось на их личной и профессиональной жизни. (По общепринятому опроснику о качестве жизни до и после операции, а также по рассказам самых пациентов: успехи на работе, появление новых интересов в жизни, удачи в личной жизни, и т.д.). У 10% пациентов отмечалась небольшая положительная динамика психоэмоционального состояния. 20% пациентов продолжают остро относиться к факту потери глаза, но теперь излишне много внимания уделяют главному протезу.

Заключение. Таким образом, потеря глаза негативно отражается на психическом здоровье больного. Своевременное и обоснованное удаление глаза с помощью щадящих методик, профессиональная психологическая подготовка пациентов к операции, а также правильное глазное протезирование позволяют сохранить и восстановить большую долю психоэмоционального состояния пациентов.

Врожденные гигантские пигментные невусы у детей.

Цховребова Л.Э.

**Российская детская клиническая больница,
Москва**

Врожденные гигантские пигментные невусы (ВГПН) – это доброкачественные новообразования, в основе развития которых лежит миграция в эмбриональном периоде меланобластов в базальный слой эпидермиса. ВГПН имеют большие размеры (более 20 см) и могут занимать целую анатомическую область. Возникновение злокачественной меланомы на их фоне достигает 15% случаев, а по некоторым данным, составляет 1/3 всех гигантских невусов. Несмотря на накопленный опыт, остаётся ряд нерешенных вопросов актуальных для детской реконструктивно-пластической хирургии. Поиск наиболее оптимального способа лечения данных пациентов привел к необходимости разработки стандартного алгоритма диагностики и лечения ВГПН, в зависимости от возраста, локализации, размера невуса для врачей различных специальностей. Цель исследования – улучшение результатов лечения пациентов с ВГПН за счет использования современных диагностических и лечебных подходов. Клинические исследования основаны на анализе результатов диагностики и лечения 70 пациентов с ВГПН различной локализации в возрасте от 1,5 до 18 лет. Размеры ВГПН варьировали от 20 до 80 см. Диагностические мероприятия включали общеклинические и патоморфологические исследования (ПИ) n-70 (100%), дерматоскопическое исследование (ДИ), магнитно-резонансную томографию головного мозга (МРТ) n-20, определение латекс специфического иммуноглобулина (ЛСИ) n-4 (5,7%). Наибольшее количество пациентов составили дети с преимущественным вовлечением в патологический процесс туловища n=24 (34,3%). По полу преобладали девочки (63% к 37%). Результаты лабораторных исследований n=70 (100 %) были в пределах возрастной нормы, что указывает на соматическое здоровье данных пациентов. Всего было проведено 315 вмешательств, первичных – 70, повторных-245. Нами использовались следующие методы хирургического пособия: кожная пластика местными тканями – 55 вмешательств (21,6 %), пластика дефекта перемещенным кожным лоскутом – 170 (66,6 %), пластика дефекта полнослойным свободным кожным лоскутом – 30 (11,8 %) Анализ результатов ДИ показал отсутствие признаков малигнизации, что говорит о том, что повторные оперативные вмешательства не оказывали влияния на злокачественное перерождение невуса.

Результаты ПИ показали наличие отдельных меланочитов в подкожно-жировой клетчатке, по ходу сосудов (17 пациентов (24,3 %)), что указывает на глубину их залегания и подтверждает преимущества хирургического иссечения в плане радикальности. Анализ результаты ПИ показал, что повторные хирургические вмешательства

не являлись факторами, увеличивающими риск малигнизации невусов у детей. Результаты оперативного лечения оценивали по трем критериям: косметический результат, количество послеоперационных осложнений, продолжительность лечения. С целью улучшения результатов лечения нами оптимизирована методика пластики дефекта перемещенным кожным лоскутом. А также пластику дефекта свободным аутоотрансплантатом. Применение оптимизированных методик позволило получить нам лучшие косметические результаты в сравнении с традиционными методиками, сократить количество осложнений на всех этапах лечения, тем самым ускорить сроки полного излечения пациентов. В результате проведенной работы нами был создан протокол обследования и лечения пациентов с ВГПН в зависимости от возраста. Учитывая преимущественную жалобу наших пациентов - наличие косметического дефекта нами проведена оценка качества жизни на этапах хирургической коррекции. Был проведен опрос 20 пациентов (от 2.5 до 17 лет) с наличием у них ВГПН различной локализации на 3 этапах: до операции; через 1 год и через 2 года после проведенной операции. Результаты анкетирования показали, что ВГПН является преимущественно косметическим дефектом, по мере уменьшения площади косметического дефекта повышались баллы оценки качества жизни пациентов.

Выводы:

- Для выбора оптимального срока, метода оперативного вмешательства, а также оценки рисков анестезиологического пособия стандарт предоперационного обследования пациентов с ВГПН должен включать ДИ, МРТ головного мозга, консультацию невролога.
- Сравнительная оценка традиционных и оптимизированных методик показала преимущества применения последних с позиций улучшения косметического результата и скорости замещения дефектов, а также уменьшения сроков хирургической коррекции.
- Раннее начало хирургической коррекции косметического дефекта и оптимальный выбор методики вмешательства, особенно на открытых участках тела, улучшает качество жизни ребенка и его семьи.

Комплексный подход к диагностике и хирургическому лечению пациентов с дефектами носа.

Горкуш К.Н., Вербо Е.В.

Центральный научный исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (ЦНИИС и ЧЛХ).

Введение.

Нос является одной из наиболее значимых структур лица, и его частичное или полное отсутствие характеризуются совокупностью как функциональных, так и эстетических

нарушений, что приводит подчас к социальной дезадаптации пациентов

Несмотря на наличие множества методик, которые, по своему актуальны в том или ином клиническом случае, остаются вопросы, которые являются «ахиллесовой пятой» при вопросе устранения дефекта носа. К ним относятся: процесс выбора донорской области, размер питающей ножки, расчет объема и формы лоскута, направление его ротации к дефекту, решение вопроса внутренней выстилки воссозданного носа, а также вопросы деформации пластически восстановленного носа в послеоперационном периоде.

Цель исследования: Повышение функциональных и эстетических результатов лечения пациентов с дефектами носа, путем разработки комплексного подхода и определения критериев выбора пластического материала и метода хирургического лечения.

Материалы и методы.

Исследование проводилось на базе ЦНИИС и ЧЛХ с 2011 по 2015 гг. Исследовались 52 пациента с полнослойными дефектами носа.

С целью планирования тактики хирургического лечения и оценки полученных результатов проводились следующие исследования:

- мультиспиральная компьютерная томография костей лицевого скелета, для оценки состояния опорно-контурных структур носа.

- ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов лица, для определения качественных и количественных показателей основных характеристик кровотока сосудистой ножки лоскута или реципиентных сосудов аутотрансплантата.

- лазерная доплеровская флоуметрия - с целью диагностики состояния лоскута формирующего нос

- передняя активная риноманометрия – для оценки проходимости восстановленных носовых путей пластически восстановленного носа.

Результаты:

Создана рабочая классификация дефектов наружного носа, с учетом его подразделения на анатомические субъединицы, обеспечивающая правильный подход к планированию и выбору пластического материала.

Разработанный алгоритм предоперационной подготовки, основанный на предварительном анализе самого дефекта и возможных донорских областей, позволяет наиболее

рационально использовать ткани области дефекта, что уменьшает донорский ущерб.

На основании анализа собственного клинического материала, выявлено, что наиболее рациональным, при устранении дефектов носа, является использование парамедиального лоскута со лба, в силу идентичности тканевых составляющих и минимизации донорского ущерба. Предложенный метод формирования внутренней выстилки носа из надкостничного лоскута лобной области, дает возможность формировать нос в полном объеме, используя только донорскую зону области лба.

Показатели микроциркуляции в тканях лобного лоскута, полученные при проведении лазерной доплеровской флоуметрии указывают на возможность проведения 2ого этапа (отсечения питающей ножки) на сроках 3й недели после формирования носа парамедиальным лоскутом со лба, что позволяет проводить в 1 госпитализацию 2х этапное хирургическое лечение и значительно сокращает сроки реабилитации пациентов в целом.

Результаты передней активной риноманометрии, полученные после этапа формирования опорно-контурных структур пластически восстановленного носа, достоверно доказывают улучшение показателей носового дыхания, что свидетельствует об эффективности данного этапа не только с эстетической, но и с функциональной точки зрения.

При невозможности использовать донорский материал на лице, оптимальным методом, позволяющим воссоздать нос в полном объеме, является кожно-фасциальный реваскуляризованный лучевой лоскут.

Обсуждение

Таким образом, анализ 52х прооперированных пациентов показал, что, для рационального решения вопроса формирования носа, принципиально важным, является предоперационная подготовка, которую можно условно разделить на 4 основных этапа: 1) оценка зоны дефекта, 2) выбор донорской области, 3) расчет размера лоскута, 4) определение длины и позиционирования питающей ножки и самого лоскута. Формирование лобного лоскута целесообразно проводить на стороне контрлатеральной дефекту с позиционированием выкраиваемого лоскута с учетом изгиба его питающей ножки. При использовании реваскуляризуемого лоскута, необходимо его позиционировать поперечно относительно расположения питающего сосуда, для безопасного моделирования концевого отдела пластически восстановленного носа.

СОДЕРЖАНИЕ

Парапротезная инфекция (клинический случай). Аганина Е. Н., Ведерникова О.Л.	1
Особенности работы медицинской сестры в пластической хирургии. Аганина Е.Н., Падыганова Н.Г.	1
Профилактика осложнений уретро-неоуретрального анастомоза после оперативных вмешательств при смене пола с женского на мужской. Адамян Р.Т., Истранов А.Л., Матевосян А.В.	2
Новый подход к профилактике ишемических осложнений при перемещении пальца кисти. Александров Н.М., Киселев Д.В., Воловик М.Г., Углев О.И.	3
Реконструкция пальцев у больных с тяжелыми рубцовыми деформациями кисти. Александров Н.М., Киселев Д.В., Углев О.И.	4
Периареолярная мастопексия: пути совершенствования. Алиев Т.Р.	5
Липофилинг – современный и малоинвазивный способ омоложения лица. Андриевский А.Н., Кораблева Н.П., Жолтиков В.В., Бага Д.К., Морозов С.В., Андриевская Е.Н.	5
Коррекция формы и длины нижних конечностей в реконструктивной и эстетической хирургии. Артемьев А.А.	6
Функциональная абдоминопластика. Бага Д.К., Кораблева Н.П., Жолтиков В.В., Андриевский А.Н., Морозов С.В.	7
Оценка чувствительности женской груди. Байтингер В.Ф., Силкина К.А., Федоров Е.В.	7
Лечение детей с краниосиностозами в Морозовской детской городской клинической больнице города Москвы. Баранюк И.С., Попов В.Е., Левов А.В., Бельченко В.А., Колтунов Д.Е.	8
В основе всех ринопластик – принципы челюстно-лицевой хирургии. Бессонов С.Н.	8
Современные аспекты хирургического лечения термической травмы в функциональных зонах. Богданов С.Б., Бабичев Р.Г., Афаунова О.Н., Савченко Ю.П., Завражных А.А.	9
Сравнительные результаты посттравматической регенерации застарелых повреждений лучевого нерва с использованием прямой генной терапии и васкуляризированной аутонервной пластики в сравнении с классическими методами лечения. Богов А.А., Богов А.А. (млад.), Ризванов А.А., Салафутдинов И.И., Муллин Р.И., Ахтямов И.Ф.	9
Применение клеток стромально васкулярной фракции при хирургическом лечении больных с повреждениями срединного и локтевого нервов верхней конечности. Богов А.А., Галлямов А.Р., Богов А.А. (млад.), Киясов А.П., Ахтямов И.Ф., Муллин Р.И., Ханнанова И.Г.	10
Техника и малоинвазивный безоперационный метод лечения контрактуры Дюпюитрена. Богов А.А., Масгутов Р.Ф., Филиппов В.Л.	11

Техника чрескожной апоневротомии и липофилинга при лечении контрактуры Дюпюитрена. Богов А.А., Филиппов В.Л., Галлямов А.Р., Муллин Р.И.	12
Безопасность применения низкомолекулярных гепаринов при лифтинговых операциях на лице с позиции оценки коагуляционного звена гемостаза. Бузов Д.А., Кузмин В.В.	13
Применение фибринтромбинового клея «Криофит» в косметологии. Былов К.В.	13
Маркеры старения при диспластическом фенотипе. Бычкова Н.Ю.	14
Оптимизация деятельности по профилю «Косметология» в удмуртской республике. Бычкова Н.Ю.	14
Опыт использования сетчатого протеза Orig Abiss в коррекции переднего и апикального пролапса гениталий (предварительные результаты). Ваганов Е.Ф., Тониян К.А., Арютин Д.Г.	15
Возможности инъекционной аутоотрансплантации жировой ткани и ее компонентов в реконструктивной и регенеративной хирургии. Васильев В.С., Васильев С.А., Карпов И.А., Казачков Е.Л., Васильев Ю.С., Васильев И.С., Шишменцев Н.Б., Крендаль А.Ю., Терюшкова Ж.И., Андрейчик Н.П., Антонов С.Д., Димов Г.П., Маркина Т.Н., Громов И.А., Громова О.А., Хоружева Е.С., Кинзерский С.А.	15
Опыт интеграции ортогнатических операций в работу клиники пластической и эстетической хирургии. Васильев Ю.С., Васильев С.А., Тюкова А.А., Кипарисов Ю.С., Банашков Р.Е., Васильев И.С., Васильев В.С.	16
Баланс методик пластического устранения дефектов в реконструкции средней зоны лица. Вербо Е.В., Буцан С.Б., Бруслова Л.А., Гилёва К.С., Большаков М.Н., Москалёва О.С., Горкуш К.Н.	17
Варианты устранения деформаций и дефектов концевого отдела носа различного генеза. Виссарионов В.А., Карякина И.А., Мустафаев М.Ш., Мустафаева С.М., Тарчокова Э.М.	18
Терапевтические возможности лазерного омоложения ResoSMA – накопленный опыт. Перспективы. Волкова Н.В.	19
Пластика молочных желез у мужчин. Гагарина С.В., Филатов А.В.	19
Моральные аспекты в пластической хирургии. Ганьшин И.Б., Гагарина С.В.	20
Подготовка кадров в пластической хирургии. Ганьшин И.Б., Павлюченко Л.Л., Гагарина С.В.	20
Хирургическое лечение детей с врожденными гигантскими пигментными невусами. Гассан Т.А., Быстров А.В., Цховребова Л.Э.	21
Петлевые операции при недержании мочи у женщин – в чем успех? Гвоздев М.Ю., Пушкарь Д.Ю.	22

Применение препаратов гиалуроновой кислоты при лечении хронической рецидивирующей инфекции мочевых путей. Гвоздев М.Ю., Цыбуля О.А.	22
Реконструктивные хирургические вмешательства при раке полости рта ранних стадий. Гельфанд И.М., Романов И.С., Болотин М.В., Удинцов Д.Б.	23
Применение роботизированного хирургического комплекса в многопрофильном стационаре. Гладышев Д.В., Коваленко С.А., Ракул С.А., Цивьян Б.Л., Моисеев М.Е., Гнедаш С.С., Шелегетов Д.С., Рыбакин А.В.	24
Трансплантация кисти. Опыт неудачной подготовки? Глубев И.О.	24
Влияние перемещения верхней челюсти на форму носа. Глушко А.В., Дробышев А.Ю., Гордина Г.С., Михайлюков В.М., Дзампаева И.Р.	25
Оценка эффективности симультантного хирургического лечения (ортогнатическая операция и ринопластика). Глушко А.В., Дробышев А.Ю., Павлюк-Павлюченко Л.Л., Гордина Г.С.	25
Проблемы контурной пластики голеней. Грицюк А.М., Мариничева И.Г.	26
Особенности эстетической блефаропластики в нестандартных клинических ситуациях. Грищенко С.В.	27
Профилактика и хирургическое лечение осложнений эстетической блефаропластики. Грищенко С.В.	28
Методы обследования пациентов для коррекции птоза по методике резекции ВТМ. Груша Я.О., Блинова И.В., Фисенко Н.В.	29
Отдаленные результаты коррекции паралитического лагофтальма утяжеляющим золотым имплантатом. Груша Я.О., Искусных Н.С., Кобзова М.В., Фетцер Е.И.	30
Косметическая оценка пациентов с эндокринной офтальмопатией. Груша Я.О., Исмаилова Д.С.	30
Косметические дефекты параорбитальной области у пациентов с ГПА. Груша Я.О., Исмаилова Д.С., Новиков П.И., Абрамова Ю.В.	31
Оценка результатов реконструкций после полнослойной резекции век по поводу новообразований. Груша Я.О., Исмаилова Д.С., Ризопулу Э.Ф.	32
Результаты 120 операций костной декомпрессии орбиты у пациентов с эндокринной офтальмопатией. Груша Я.О., Кочетков П.А., Исмаилова Д.С.	33
Посттравматическая патология сетчатки у пациентов с косметически значимыми деформациями орбиты. Груша Я.О., Сипливый В.И., Данилов С.С.	33
Функциональная и эстетическая хирургия наружного носа и внутриносовых структур у детей, перенесших хейлоуранопластику. Губеев Р.И., Юнусов А.С.	34

Анализ осложнений применения лицевых имплантатов.	
Гурьянов Р.А., Гурьянов А.С.	35
Первичная полнослойная реконструкция века после субтотальной резекции по поводу БКР реберного края.	
Гущина М.Б.	36
10 лет без перфораций.	
Дайхес Н.А., Сидоренков Д.А., Липский К.Б., Аганесов Г.А., Горячих. О.А.	37
Оценка эффективности структурного липофилинга при лечении пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.	
Дзампаева И.Р., Дробышев А.Ю., Глушко А.В., Михайлюков В.М.	37
Применение техники структурного липофилинга при лечении пациентов с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области.	
Дзампаева И.Р., Дробышев А.Ю., Глушко А.В., Клипа И.А., Привалова Е.Г.	38
Наш опыт пластического закрытия перфорации перегородки носа.	
Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Гилилов В.И.	39
Изучение эффективности ингаляционного способа введения интерферона в лечении больных папилломатозом гортани.	
Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О.	40
Значение для организма местных патологических изменений при хроническом храпе.	
Елизарова Л.Н., Гринчук В.И.	40
Патофизиологические и морфологические особенности мягкого неба у лиц с хроническим храпом.	
Елизарова Л.Н., Гринчук В.И., Ракша А.П.	41
Использование пластических материалов в хирургии посттравматических дефектов и деформаций краниоорбитальной области.	
Еолчян С.А., Потапов А.А., Горяйнов С.А., Шурхай В.А., Карнаухова А.В.	42
Реконструктивная хирургия при лобно-орбитальных повреждениях, распространяющихся на крышу орбиты.	
Еолчян С.А., Серова Н.К., Катаев М.Г., Карнаухова А.В., Сергеева Л.А.	43
Декомпрессия орбиты при эндокринной офтальмопатии.	
Еолчян С.А., Серова Н.К., Сергеева Л.А., Нерсесян М.В., Катаев М.Г., Свириденко Н.Ю.	44
Собственный опыт использования ботулотоксина типа А (Botox) в реконструктивной хирургии молочной железы.	
Ермилова Е.В., Федосов С.И., Воробьева М.Н.	45
Современная аугментационная маммопластика.	
Жолтиков В.В., Кораблева Н.П., Бага Д.К., Андриевский А.Н., Морозов С.В.	45
Брахиметакарпия – как не повредить функции в погоне за эстетикой?	
Заварухин В.И.	46
Абдоминопластика у больных с вентральными грыжами.	
Зайнутдинов А.М., Малков И.С.	46

Анатомические параметры собственной фасции большой грудной мышцы в аугментационной маммопластике.	
Зайнутдинов А.М., Малков И.С., Халирахманов А.Ф.	47
Современные компьютерные технологии при лечении синдрома Гольденхара.	
Иванов С.Ю., Кобец К.К., Короткова Н.Л., Мураев А.А.	48
Теория и практика тканевой экстензии применительно к реконструкции молочной железы с использованием экспандеров.	
Иванов В.Г., Волох М.А., Ермилова Е.В.	48
Опыт пластики пищевода сегментами ободочной кишки с сосудистым усилением в онкологии.	
Ильин И.А., Малькевич В.Т., Подгайский А.В.	49
Сочетанные методы коррекции эстетических и функциональных недостатков промежности.	
Исаева А.М., Малинина О.Ю., Духин А.О., Арютин Д.Г.	50
Оригинальный метод восстановления инфрамаммарной складки при двухэтапной реконструкции молочной железы.	
Исмагилов А.Х., Камалетдинов И.Ф.	51
Размерные и топометрические особенности молочных желез у женщин азиатской и европейской внешности Республики Саха (Якутия) в возрастном аспекте.	
Казанов В.Н., Гармаева Д.К., Игнатъев В. Г.	51
Неонатальная пластическая хирургия пороков развития челюстно-лицевой области.	
Казанцев И.Б., Цуканов А.И., Серяков В.И., Чикинев К.Э.	52
Возможности использования роботизированной системы Da Vinci в медицине.	
Камалов Д.М., Рыбакин А.В.	53
Причины формирования трахеопищеводных свищей у больных реанимационных отделений, перенесших трахеостомию.	
Кирасирова Е.А., Кузина Е.А., Лафуткина Н.В., Пиминиди О.К., Мамедов Р.Ф.	53
Значение регионарного кровотока в реконструктивной хирургии нижних конечностей.	
Кисляков И.П.	54
Коррекция деформаций передней брюшной стенки при избыточной массе тела.	
Кожемяцкий В.М., Андреев П.В., Осипов Е.С.	55
Алгоритм коррекция асимметрии молочных желез.	
Кораблева Н.П., Жолтиков В.В., Бага Д.К., Андриевский А.Н., Морозов С.В.	56
Реконструктивное лечение пациентов с последствиями ожогов с учетом особенностей эстетических единиц и субъединиц лица.	
Короткова Н.Л., Иванов С.Ю., Меньшенина Е.Г., Сидорова Е.В.	56
Роль патологии ЛОР-органов при лечении заболеваний репродуктивной системы женщин.	
Кочнева А.О., Егоров В.И., Логутова Л.С., Слесаренко О.Ю.	57
Этика и деантология в работе врача-косметолога и пластического хирурга.	
Круглик Е., Круглик С.	58
Осложнения при имплантации нерассасывающих нитей.	
Круглик Е., Круглик С.	58

Тандем пластического хирурга и косметолога. Круглик Е., Круглик С.	58
Пластика множественного пневмоцеле при гиперпневматизации височной кости. Крюков А.И., Гаров Е.В., Зеленкова В.Н., Степанова Е.А., Мепаришвили А.С.	59
Стентирование преддверия носа при хирургическом лечении рубцового стеноза. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Товмасын А.С., Усачева Н.В., Чумаков П.Л.	59
Предотвращение гипертензионной реакция в первые часы после омолаживающей операции на лице. Кузьмин В.В., Нудельман Н.С., Бузов Д.А.	60
Проведение симультанных операций для улучшения эстетических результатов хирургического лечения пациентов с аномалиями развития челюстей. Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Лонская Е.А.	61
Методы реконструктивно-пластической хирургии в комбустиологии. Лакатош К.О., Гречихин О.В.	61
Ринопластика: от «простого» к «сложному» и обратно. Лебедев Ю.Г.	62
Показания для экстракорпоральной септопластики. Липский К.Б., Сидоренков Д.А., Аганесов Г.А., Горячих О.А.	63
Наш опыт использования измельченного хряща для аугментации наружного носа при вторичной ринопластике. Липский К.Б., Сидоренков Д.А., Аганесов Г.А., Малахов А.А.	64
PRGF-ассоциированный липофилинг в интимном омоложении. Лонская Е.А.	64
Абдоминопластика через срединный доступ – показания и методика. Мантурова Н.Е., Шаробаро В.И., Авдеев А.Е., Баева А.А., Романец О.П.	65
Роль пластики бедер в эстетической коррекции формы ног. Мариничева И.Г.	65
Микрохирургическая реконструкция основания черепа при опухолях краниофациальной локализации. Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В., Зайцев А.М., Филюшин М.М., Севрюков Ф.Е., Решетов И.В., Черехаев В.А. Белов А.И., Сугаилов А.Л.	66
Алгоритм выбора метода реконструкции полости рта у пациентов со злокачественными новообразованиями. Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Севрюков Ф.Е., Ребрикова И.В.	66
Применение трансплантата, удлиняющего перегородку носа в казахской этнической ринопластике. Махамбетова Э.А., Русецкий Ю.Ю., Карапетян Л.С., Джандаев С.Ж., Махамбетова Д.Е.	67
Использование липофилинга для профилактики осложнений при аугментационной маммопластике. Мельников Д.В., Старцева О. И., Пищикова Е. Д., Захаренко А.С., Кириллова К.А.	68
Реконструкция малых половых губ. Михайлов А.Г., Беллюстина Е.Н.	69

Хирургическое лечение пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями средней зоны лица.	
Михайлюков В.М., Дробышев А.Ю., Глушко А.В., Ермолин Д.В., Дзампаева И.Р.	69
Методика оценки результатов хирургического лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями глазницы по данным мультиспиральной компьютерной томографии.	
Михайлюков В.М., Дробышев А.Ю., Левченко О.В., Лежнев Д.А.	70
Методика функциональной и эстетической коррекции кончика носа.	
Морозов С.В., Кораблева Н.П., Жолтиков В.В., Бага Д.К., Андриевский А.Н.	71
Возможности закрытой ринопластики при выполнении повторных реконструктивных операций после неудачных и «деструктивных» вмешательств.	
Мошак С.В.	71
Ревизионная ринопластика, которая заставила замереть мое сердце.	
Мошак С.В.	72
Способ васкуляризированной пластики в лечении больных с сочетанными дефектами пальцев кисти.	
Муллин Р.И., Богов А.А., Журавлев М.Р.	73
Функциональные результаты хирургического лечения злокачественных опухолей околоушной слюнной железы.	
Мусин Ш.И., Смольников А.А., Вахитов М.А., Осокин С.В., Дубровская А.В., Галиева Э.И.	74
Холодноплазменный хирургический метод лечения ринофим.	
Мустафаев Д.М., Егоров В.И., Гилюлов В.И.	74
Реабилитационный период после фракционного абляционного CO2 лазера как фактор, усиливающий конечный клинический результат.	
Некрасова С.В.	75
Пластическое устранение дефектов, возникающих у пациентов с сосудистыми мальформациями головы и шеи.	
Неробеев А.И., Большаков М.Н., Голубева С.Н.	76
Интраоперационное моделирование свободных васкуляризированных мягкотканых аутотрансплантатов в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии.	
Неробеев А.И., Гарелик Е.И., Гилева К.С., Абдуллаев К.Ф.	77
Аксональная реиннервация мимических мышц методом мультипрограммной электростимуляции.	
Неробеев А.И., Сомова М.М., Доманский В.Л., Собакин И.А., Кошелев С.М.	77
Клинический анализ результатов нейроплатических операций при параличе мимической мускулатуры.	
Неробеев А.И., Сомова М.М., Салихов К.С., Орлова Е.В.	78
Реплантация и трансплантация конечностей в России. История и современность.	
Новиков Ю.В.	79
Вопросы терапии алопеции.	
Нурушева С.М., Хабижанов А.Б., Сагидолдина Л.К.	79
Коррекция возрастных изменений средней трети лица новыми стратегиями тредлифтинга.	
Оразов М.Р.	80

Реабилитация в современной дерматокосметологии. Оспанова С.А., Ендибаева У.А., Сайлауова К.С., Суханбердиева З.М.	81
Эстетическая реконструированная пластика при «кокаиновом» носе. Павлюченко Л.Л.	81
Изменение наклона глазной щели после лобно-височного-скулового лифтинга (ЛВСЛ). Павлюченко Л.Л.	81
Липографтинг: в поисках выбора стандартов. Петросян К.А., Антонян П.А.	81
Применение расширяющих аутотрансплантатов и их влияние на функцию внутреннего носового клапана: объективные и субъективные методы оценки. Петросян К.А., Антонян П.А., Катаян Ш.О.	82
Проблема капсулярной контрактуры при протезировании молочных желез. Плаксин С.А., Шаршавина Е.Г.	83
Медицинская карта пациента. Особенности ведения и заполнения медицинской документации в зависимости от вида оплаты оказываемых медицинских услуг (ОМС, ДМС, платные услуги). Особенности ведения медицинской документации по пластической хирургии и косметологии. Позина Н.В.	84
Устранение комбинированных дефектов при хирургическом лечении местно-распространенных опухолей челюстно-лицевой зоны. Поляков А.П., Решетов И.В., Ратушный М.В., Маторин О.В., Ребрикова И.В., Филюшин М.М.	84
Модифицированные висцеральные аутотрансплантаты в реконструктивной хирургии верхних отделов пищеварительного тракта у онкологических больных. Поляков А.П., Ратушный М.В., Решетов И.В., Маторин О.В., Севрюков Ф.Е., Филюшин М.М., Ребрикова И.В.	85
Реконструктивно-пластическая хирургия и микрохирургические технологии в устранении дефектов покровных тканей головы и шеи. Поляков А.П., Решетов И.В., Севрюков Ф.Е., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В.	86
Устранение дефектов средней зоны лица после хирургического лечения опухолей верхней челюсти и параназальных синусов. Поляков А.П., Харазян А.Э., Назарян Д.Н., Епифанов С.А., Решетов И.В., Маторин О.В., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Севрюков Ф.Е., Ребрикова И.В., Лебедь З.С.	86
Предварительный липофиллинг донорской зоны при аутопластических операциях на молочной железе. Пржедецкий Ю.В., Борлаков А.В., Пржедецкая В.Ю., Байчоров Э.А.	87
Опыт применения свободных аутотрансплантатов для устранения дефектов наружного носа. Пухов А.Г., Бурмистрова А.В., Медведев А.А., Татунов М.А.	88
Опыт применения различных вариантов абдоминопластики для коррекции деформации передней брюшной стенки. Пухов А.Г., Медведев А.А., Татунов М.А., Бурмистрова А.В.	88
Эстетическая и функциональная ринопластика 20-летний опыт. Пухов А.Г., Татунов М.А., Бурмистрова А.В., Медведев А.А.	89

Пластика носа в практике поливалентного пластического хирурга. Пшениснов К.П.	90
Современные технологии пластических операций на передней брюшной стенке. Пшонкина С.Ю., Рябцев Д.А.	90
Эндоскопическая тубопластика при лечении обструктивного апноэ сна у детей. Русецкий Ю.Ю., Полунина Т.А., Алтунин В.В., Малявина У.С.	91
Пластическое закрытие перфорации перегородки носа у детей: наши первые клинические наблюдения. Русецкий Ю.Ю., Спиранская О.А., Малявина У.С., Латышева Е.Н.	91
Отдаленные функциональные и косметические результаты риносептопластики у детей, выполненной в остром периоде травмы носа. Рыбалкин С.В., Юнусов А.С.	92
Микрохирургическая аутотрансплантация при лечении обширных дефектов тканей у детей. Рыбченко В.В., Александров А.В., Смолянкин А.А., Лагутина А.А., Александрова Н.Е.	93
Реконструктивная хирургия вросших ушных раковин. Рябинин А.Г., Юнусов А.С., Рыбалкин С.В., Молчанова Е.Б., Ларина Л.А. Рябинин В.А.	93
Клиническое обоснование хирургической коррекции лагофтальма. Сайда А.С., Шургая Ц.М., Неробеев А.И.	94
Опыт зарубежных стажировок: Индия. Пластическая хирургия мирового уровня в стране противоположностей. Саутин М.Е., Голубев И.О.	95
Применение радиоволновой техники в оториноларингологии. Свиштушкин В.М., Э.В. Синьков Э.В.	95
Реконструктивная ларингопластика при хронических паралитических и сочетанных стенозах гортани. Свиштушкин В.М., Старостина С.В., Дедова М.Г., Селезнева Л.В., Будейкина Л.С.	97
Анапластология в лицевом протезировании. Обобщение 10-летнего опыта. Сельский Н. Е., Коротик И. О.	98
Применения аллотрансплантатов для закрытия перфорации слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при проведении синус-лифтинга. Сельский Н.Е., Кожемякина Е.С.	99
Хирургическая и ортопедическая реабилитация пациентов после резекции нижней челюсти с использованием аллогенных костных трансплантатов и дентальных имплантатов. Обобщение 20-летнего опыта. Сельский Н.Е., Трохалин А.В.	100
Реконструктивно-восстановительное лечение пациенток с отсутствующей молочной железой. Сергиенко Е.Н., Волинская И.А., Сергиенко И.М.	101
Одномоментное хирургическое лечение пациентов с птозом передней брюшной стенки и различными хирургическими патологиями. Сергиенко Е.Н., Хохлов А.Н., Шульман Я.Г., Никулина Л.В., Сергиенко И.М.	101

Возможности выполнения двухэтапной абдоминопластики. Сидоренков Д.А., Гладышева В.В., Кадырова Ф.З.	102
Анализ методики подворота латеральных ножек крыльных хрящей. Сидоренков Д.А., Липский К.Б., Аганесов Г.А. Стрелкова Н.К.	102
Реконструкция перегородки носа аллогенным реберным трансплантатом при ятрогенных повреждениях. Сидоренков Д.А., Липский К.Б., Аганесов Г.А., Володин А.В.	103
Восстановления опороспособности носовой перегородки при вторичной ринопластике. Сидоренков Д.А., Липский К.Б., Аганесов Г.А., Пиманчев П.В., Стрелкова Н.К.	104
Опыт эстетической хирургической контурной пластика тела у пациентов после потери массы тела. Сидоренков Д.А., Лобачёв К. С., Кадырова Ф.З., Гладышева В.В.	105
Опыт применения метода липофилинга в контурной пластике нижних конечностей. Сидоренков Д.А., Труфанов Д.И., Чумпитас М.П.С.	106
Дифференцированный подход к наружной терапии стероидчувствительных дерматозов. Силина Л.В., Письменная Е.В., Колбина М.С.	106
Хирургическое лечение при травматическом и паралитическом лагофтальме. Сироткина И.А., Бухарина Е.С.	107
Пластика переднего отдела носа свободным васкуляризированным лучевым трансплантатом. Соколыщик М.М., Павлюк-Павлюченко Л.Л., Петрович Р.Ю.	107
Вероятность риска ишемии кожи и рубца у женщин с артериальной гипертензией после пластической операции на лице. Сорокина А.Е., Голубков Н.А.	108
Коррекция фотостарения тыла кистей рук. Староватова П.А., Губанова Е.И., Вавилова А.А.	109
Возможности визуализации жировых аутоотрансплантатов при ультразвуковом исследовании после коррекции объемных дефектов и деформаций в области молочных желез. Старцева О. И., Мельников Д.В., Захаренко А.С., Кириллова К.А., Пищикова Е. Д.	110
Слабость передней брюшной стенки после реконструкции молочной железы лоскутами передней брюшной стенки у пациентов с повышенным индексом массы тела. Старцева О.И., Мельников Д.В., Иванов С.И., Даштоян Г.Э.	110
Диагностика осложнений после увеличивающей маммопластики и их хирургическая верификация. Старцева О.И., Митиш Е.В.	111
Некоторые особенности методики подъема углов рта. Степанкин С.Н., Степанкина Е.С., Бармин Е.В.	112
Место липофилинга в арсенале пластического хирурга. Столярж А.Б., Корзникова А.А., Берлева О.О.	113
Аугментация с одномоментной мастопексией, выбор метода, ошибки, результаты, осложнения. Столярж А.Б., Тетерин Д.К., Куленков А.И., Горбунов Ю.И.	113

Применение кровоснабжаемого фрагмента надкостницы в лечении ложных суставов длинных трубчатых костей.	
Стрельченко А.Ф., Пильников А.А., Исаев О.П., Столярж А.Б.	114
Восстановительно-реконструктивные операции при лечении огнестрельных ранений кисти.	
Стрельченко А.Ф., Столярж А.Б., Пильников А.А., Исаев О.П.	114
Коррекция запустевшего века с гипертрофией претарзальной порции круговой мышцы глаза.	
Суламанидзе М.А., Суламанидзе К.М., Суламанидзе Г.М.	115
Малоинвазивная ринопластика. Показания, методы, результаты.	
Суламанидзе М.А., Суламанидзе К.М., Суламанидзе, Г.А. Каджая А.	116
Микролипографтинг при вторичных деформациях носа.	
Султанова Н.Н.	116
Способ фиксации васкуляризованного костного трансплантата на костях запястья.	
Топыркин В.Г., Богов А.А., Ханнанова И.Г.	117
Анатомоструктурные недостатки – несоответствие микрохирургических аутооттрансплантатов, используемых для реконструкции челюстей.	
Трофимов Е.И., Кравченко Д.В., Акимов Р.Н., Пичугина Н.В.	117
Современная методика глоточного шва при пластике гортаноглотки после ларингэктомии.	
Трофимов Е.И., Сивкович О.О., Акопян К.В., Акимова Е.В.	118
Профилактика избыточного натяжения при ушивании операционной раны.	
Трофимов Е.И., Степанкина Е.С., Степанкин С.Н., Акимов Р.Н.	119
Самовосприятие и половая функция после реконструктивных операций с использованием лоскута Марциуса.	
Тупикина Н.В., Касян Г.Р., Гвоздев М.Ю., Пушкарь Д.Ю.	119
Тиоловые группы как маркер фотостарения волос. Федоркова М.В., Брандт Н.Н., Чикишев А.Ю., Смолина Н.В., Гусев С.А., Липатова В.А., Ботчей В.М., Михальчик Е.В.	119
Что важнее: форма или объем реконструированной молочной железы? К вопросу первичного восстановления топографических ориентиров утраченного органа с последующей реконструкцией объема (метод «слинг-объем»).	
Федосов С.И.	120
Эффективность применения высокотехнологичной методики – радиоволновой хирургии – в окулопластической хирургии.	
Филатова И.А.	121
Биомеханические свойства кожи век в норме в различных возрастных группах.	
Филатова И.А., Иомдина Е.Н., Некрасов И.О.	122
Сравнение косметического эффекта после эвисцерации и энуклеации глазного яблока.	
Филатова И.А., Мохаммад И.М.	122
Исходы реконструкции век с пересадкой неадекватных кожных трансплантатов.	
Филатова И.А., Некрасов И.О.	123
Перспективы коррекции век с применением имплантатов из политетрафторэтилена.	
Филатова И.А., Шеметов С.А.	124

Консервативное лечение осложнений хирургической коррекции деформаций век. Фокина Н.Д.	125
Хирургическая тактика при травмах дистальных фаланг пальцев кисти. Ходжабагян З.С., Калантырская В.А., Пшениснов К.П.	126
Опыт хирургического лечения больных с нодулярным теносиновитом сухожильных влагалищ. Ходорковский М. А., Скорынин О.С., Васильев Н.О., Конарева Е.Н., Моренко А.И., Овечкин С.В., Парина Т.Е., Старченков К.Н., Ходыкин С.И.	126
Опыт хирургического лечения больных с синдромом запястного канала. Ходорковский М.А., Скорынин О.С., Васильев Н.О., Конарева Е.Н., Моренко А.И., Овечкин С.В., Парина Т.Е., Старченков К.Н., Ходыкин С.И.	127
Способ региональной регуляции иммунного ответа. Шаматкова С.В., Никифорович П.А.	128
Оптимизация результатов редукционной маммопластики. Шаробаро В.И., Авдеев А.Е., Баева А.А., Романец О.П., Гречишников М.И.	129
Асимметрия молочных желез – одноэтапная коррекция. Шаробаро В.И., Баева А.А., Романец О.П.	130
Тактика хирургического лечения больных с последствиями ожогов. Шаробаро В.И., Мороз В.Ю., Гречишников М.И., Романец О.П., Баева А.А.	131
Методы оптимизации лечения и профилактики рубцов. Шаробаро В.И., Романец О.П., Баева А.А.	131
Эффективность применения различных схем лечения при осложненном демодекозе. Шварц Н. Е., Плотникова К. О.	132
Наш алгоритм мастопексии в сочетании с увеличением молочных желёз. Шелег М.Ю., Шульгин Э.А., Пшениснов К.П.	133
Оптимизация эстетических результатов лечения доброкачественных новообразований кожи. Шмелев И.С.	133
Использование белково-тромбоцитарно-хрящевой мембраны в реконструктивной риносептопластике. Шумило А.В., Брагилев С.В., Украинский А.И., Брагилев В.А.	134
Подтяжка лица и лицевой нерв. Шургая Ц.М., Неробеев А.И., Сайда А.С.	135
Возможности применения технологии аутологичного модифицирования нетканого титанового материала со сквозной пористостью в дентальной имплантологии. Щербовских А. Е.	135
Ненатяжная аутопластика пахового канала. Юдин В.А., Юдин И.В., Лымарь Ю.Ю., Костина Н.С.	136

Конкурс молодых ученых

Прецизионное виртуальное моделирование аутореберного хрящевого каркаса ушной раковины. Асирова Г.В.	137
КТ анатомия жирового тела щеки и его роль в объемных изменениях лица. Гурьянов Р.А.	137
Возможности одномоментной комбинированной реконструкции при раке молочной железы. Зикиряходжаев А.Д., Усов Ф.Н., Старкова М.В.	138
Ринопластика у пациентов с врожденными односторонними расщелинами губы и неба. Иванова М.Д., Чкадуа Т.З., Бруслова Л.А., Агеева Л.В.	138
Проведение PRGF-обогащенного липофилинга для улучшения эстетических результатов ортогнатической операции. Лонская Е.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А.	139
Липоскульптура и липотрансфер – новые подходы с использованием технологии ультразвуковой липосакции третьего поколения. Мантурова Н.Е., Мелерзанов А.В., Пенаев А.А., Пенаева С.А.	140
Микрохирургическая реконструкция языка у онкологических больных. Мухомедьярова А.А., Поляков А.П., Ратушный М.В.	140
Субъективная оценка косметического результата транспозиции дистального отдела уретры у женщин. Попова А.С., Гвоздев М.Ю., Касян Г.Р., Тупикина Н.В., Пушкарь Д.Ю.	141
Функционально-щадящие подходы и реконструктивно-восстановительные аспекты в ларингологии и лор-онкологии. Решульский С.С., Виноградов В.В.	141
Филер для ринопластики. Легко и быстро. Турчанинова Е., Тамаров А., Боровикова А.	142
Аспекты психоэмоционального состояния пациентов до и после удаления глаза, с последующим реконструктивно-пластическим лечением. Филатова И.А., Мохаммад И.М.	143
Врожденные гигантские пигментные невусы у детей. Цховребова Л.Э.	144
Комплексный подход к диагностике и хирургическому лечению пациентов с дефектами носа. Горкуш К.Н., Вербо Е.В.	144

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ,
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
И КОСМЕТОЛОГИЯ**

ДИЗАЙН-МАКЕТ, ВЕРСТКА И ПОЛИГРАФИЯ:

ООО «КСТ ИНТЕРФОРУМ»

СДАНО В НАБОР 10.11.2015. ПОДПИСАНО В ПЕЧАТЬ 23.11.2015. БУМ. ОФСЕТ. 205x290/8
ГАРНИТУРА PLUMBLIGHTS. ПЕЧАТЬ ОФСЕТНАЯ. ТИРАЖ 1000 ЭКЗ.

ООО «КСТ ИНТЕРФОРУМ», 117420 МОСКВА, УЛ. ПРОФСОЮЗНАЯ, Д. 57, ТЕЛ.: +7 (495) 332-02-45

HYALREPAIR®

биорепарат

ТЕХНОЛОГИЯ
ПОЛУЧИЛА
МИРОВОЕ
ПРИЗНАНИЕ



ИСТИННОЕ ОМОЛОЖЕНИЕ

Решение сложных
эстетических проблем
путем запуска собственных
репарационных процессов кожи
(БИОРЕПАРАЦИЯ)



МАРТИНЕКС —
ОСНОВАТЕЛЬ МЕТОДА
БИОРЕПАРАЦИИ

ПРЕПАРАТ-ДЕПО БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Адресная доставка и удержание активных веществ в течение длительного времени (до 3-х недель), достаточного для усвоения клетками этих компонентов. Отсоединяясь постепенно от молекулы ГК активные компоненты оказывают свое действие и поддерживают необходимую концентрацию в коже для стимуляции фибробластов и нормальной работы клеток

ДОКАЗАННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ОМОЛОЖЕНИИ КОЖИ

Восстановление дермальных структур и прямая стимуляция клеточной активности доказана многоуровневыми исследованиями

УДОБСТВО ПРИМЕНЕНИЯ

Курс: 3—5 процедур 1 раз в 3 недели

КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ

- Омоложение (повышение тургора и эластичности кожи)
- Разглаживание морщин, в том числе дермальных
- Выраженный лифтинг кожи
- Гидратация
- Укрепление сосудистой стенки
- Устранение пигментных пятен
- Защита от свободно-радикального повреждения



Препарат	ГИАЛРИПАЙЕР-02 /биорепарат	ГИАЛРИПАЙЕР-04 /биорепарат	ГИАЛРИПАЙЕР-08 /биорепарат
Общее действие	Стимуляция фибробластов, стимуляция синтеза коллагена, восполнение дефицита гиалуроновой кислоты, блокирование меланогенеза, укрепление сосудистой стенки		
Дополнительные механизмы действия	Усиленная стимуляция синтеза коллагена	Антиоксидантное, депигментирующее действие	Липолитическое действие
Приоритетные показания	Морщины, дряблая кожа	Фотостарение, обезвоженная тусклая кожа, гиперпигментация	Двойной подбородок с жировыми отложениями

Martineks

ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ КРАСОТЫ

ул. Усачева, 33, стр. 4; ул. Краснопролетарская, 16, стр. 11

+7 (495) 741 70 87, +7 (499) 707 09 00

e-mail: alo@martinex.ru, www.martinex.ru