



V Национальный конгресс

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ,
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
И КОСМЕТОЛОГИЯ

Сборник тезисов

1–3 декабря 2016 года
«Radisson Royal Hotel, Moscow»

Многогранность переднебокового лоскута бедра в реконструкции дефектов мягких тканей головы и шеи.

Абдуллаев К.Ф., Нербеев А.И., Гилева К.С., Васильев Е.А., Орлова Е.В.

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

Особую роль в реконструктивной хирургии головы и шеи занимает микрохирургия. На сегодняшний день арсенал свободных ревааскуляризованных трансплантатов настолько велик, что в большинстве клинических случаев нет однозначного и единственно наилучшего способа устранения дефекта. В то же время для некоторых трансплантатов уже известны преимущественные области применения, также известны и слабые стороны даже «рабочих лоскутов». Изучая различные виды трансплантатов и методы пластики, мы обратили внимание на широкую известность переднебокового лоскута бедра среди реконструктивных хирургов со всего мира. В научных публикациях лоскут бедра называют «идеальным лоскутом», заинтригованные такой популярностью и описанными возможностями его применения, мы начали собственное исследование.

Цель нашей работы: изучить возможности применения переднебокового лоскута бедра в реконструктивной хирургии головы и шеи. Для достижения поставленной цели сформулированы 3 задачи:

- 1) Исследовать анатомические возможности переднебоковой поверхности бедра как донорской зоны для формирования мягкотканых комплексов на сосудистой ножке.
- 2) Разработать оперативные техники для устранения различных мягкотканых дефектов головы и шеи с применением переднебокового лоскута бедра.
- 3) Применить в клинике разработанные методики и проанализировать полученные результаты.

Материалы и методы: в период с 2013-2015 выполнено анатомическое исследование на трупном материале, в период с 2014-2016 выполнено 6 операций при различных вариантах мягкотканых дефектов с применением переднебокового лоскута бедра. Пациенты, прооперированные по разработанным методикам, наблюдались в течение срока от 6 месяцев до 1 года.

- В ходе работы получили следующие результаты:
- 1) изучены особенности кровоснабжения мягких тканей изучаемой области. Отдельно изучены границы варибельности перфорантных сосудов (хода, расположения и количества) и также изучены особенности варибельности сосудистой ножки лоскута (вид, источник). Получены анатомические предпосылки к безопасному и эффективному применению переднебоковой области бедра как донорской области;
 - 2) среди разработанных техник применения переднебоковой поверхности бедра как донорской области выбраны наиболее уникальные, открывающие новые возможности для реконструкции и наибольшим образом повышающие качество лечения пациентов с дефектами головы и шеи;
 - 3) по результатам применения в клинике и наблюдения за пациентами в клинически значимые сроки наблюдались минимальные усадки и трансформации лоскутов, что по-

зволяет во время операции определять конечный результат операции, с уверенностью прогнозировать долгосрочные перспективы в случае успеха реконструкции.

Анализируя полученные результаты, мы пришли к следующим выводам:

- 1) анатомической особенностью переднебоковой поверхности бедра является сочетание широкой варибельности сосудистой анатомии с практически гарантированной надежностью формирования лоскутов в указанной области. Непредсказуемость анатомии определяется тем, что не определена связь между конституциональными особенностями, полом, возрастом пациента и расположением, и количеством перфорантных сосудов в изучаемой области. О стабильности и надежности же говорит то наблюдение, что перфорантные сосуды способные даже «в одиночку» кровоснабжать большие по площади лоскуты встретились нам в 98% случаев;
- 2) применение лоскута переднебоковой поверхности бедра, основанное на точном понимании анатомии и избирательном формировании лоскута в зависимости от требований конкретного дефекта, позволяет устранять самые разнообразные мягкотканые дефекты головы и шеи, повысить качество получаемых в клинике результатов, уменьшить этапы реабилитации пациентов с обширными дефектами головы и шеи;
- 3) учитывая возможности формирования лоскутов различной комплектации с одной донорской области в сочетании с длинной сосудистой ножкой и практически постоянной возможностью первичного закрытия донорской раны, переднебоковой лоскут бедра может не только считаться альтернативой традиционным вариантам мягкотканой реконструкции, но при грамотном применении стать методом наиболее эффективного устранения обширных дефектов мягких тканей головы и шеи.

Острый тромбоз глубоких вен после пластической операции: алгоритм действий.

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

В 2001 году Американская ассоциация пластических хирургов сообщила, что ежегодно при выполнении пластических операций возникает до 18 000 случаев тромбоза глубоких вен (ТГВ), а частота тромбэмболии легочной артерии (ТЭЛА) составляет от 0,5% до 2%. В нашей практике мы наблюдали тромбоз глубоких вен у оперированных пациентов только после абдоминопластики. Из 171 выполненных операций ТГВ голеней был обнаружен у 5 пациентов (2,9%). В трех случаях имели дело с односторонним изолированным дистальным тромбозом, в двух – с двухсторонним дистальным тромбозом. Это потребовало от нас пересмотра профилактических мероприятий, а также выработки определенной тактики дальнейшего лечения и ведения подобных пациентов. Если после операции заподозрен ТГВ нижних конечностей, первым делом выполняем ультразвуковое исследование. Предпочтение отдаем дуплексной двухмерной компрессионной эхографии (компрессионная ультразвуковая эхография), чувствительность и специфичность которой на сегодня может достигать до 97-98%. При отрицательных результатах обследования, но сохраняющихся сомнениях в пла-

не их достоверности, дополнительно можно определить уровень D-димера. Негативный тест D-димера снимет опасения, а положительный, скорее всего, потребует проведения магнитно-резонансной или компьютерной томографии и дальнейшего клинического наблюдения. Далее оцениваем место расположения тромбов. Проксимальный тромбоз глубоких вен (подколенные или бедренные вены) всегда должен настораживать. Также должны настораживать протяженные тромбы, больше 5 см в длину, больше 7 мм в максимальном диаметре, и включающие в себя несколько вен, тромбы, локализующиеся недалеко от проксимальных вен. В то же время изолированное и более дистальное расположение тромба (вены голени ниже подколенной вены) можно считать благоприятным для течения заболевания. Тромбоз, ограниченный икроножными мышечными венами, имеет меньший риск прогрессирования, чем тромбоз осевых вен (малоберцовых и большеберцовых). Затем определяем, является ли данный тромб флотирующим, а, следовательно, эмболоопасным, или нет. Если головка тромба не фиксирована, существует высокая вероятность ее отрыва и возникновения ТЭЛА. В этом случае показано хирургическое лечение, которое предусматривает проведение эндоваскулярных операций, установки кава-фильтров, пликация нижней полой вены, тромбэктомии или перевязки магистральных вен. Об операции следует думать также в случае угрозы распространения тромбов выше паховой связки и наличия противопоказаний к антикоагулянтной терапии. В остальных случаях бывает достаточно проведения консервативного лечения. При терапии острого венозного тромбоза решаются следующие задачи: облегчить состояние больного, остановить распространение тромбоза, восстановить проходимость вен, предотвратить ТЭЛА и предупредить рецидив тромбоза. Облегчить болезненность поможет местная гипотермия, прием нестероидных противовоспалительных препаратов или анальгетиков, а также ношение компрессионного трикотажа. На наш взгляд, при благоприятном течении тромбоза не следует ограничивать двигательную активность пациента. Для улучшения микроциркуляции и реологических свойств крови эффективным является внутривенное введение препарата пентоксифиллин. Одновременно на 5-7 дней назначаем либо нефракционированный гепарин, либо один из низкомолекулярных. Затем подключаются оральные антикоагулянты. Варфарин назначаем практически одновременно с гепаринами, и как только показатели МНО достигают интервала в 2 ЕД, введение гепаринов прекращается. Новые оральные антикоагулянты (ривароксабан, апиксабан, дабигатран) более безопасны, чем варфарин, можно назначить непосредственно после гепаринов. Продолжительность антикоагулянтной терапии острого венозного тромбоза, возникшего после операции, должна продолжаться не менее 3 месяцев. В течение этого времени, кроме лабораторных исследований свертывающей системы крови, необходим динамический ультразвуковой контроль за поведением тромба, позволяющим своевременно выявить прогрессирование процесса либо удостовериться в стабильности течения заболевания. Все пациенты, перенесшие ТГВ, нуждаются в диспансерном наблюдении у сосудистого хирурга и должны посетить его в течение года не менее 3 раз. Таким образом, каждый пластический хирург в своей практике должен быть не только готов к появлению такого рода осложнений, но и должен иметь четкие представления о

дальнейшей тактике наблюдения и лечения, чтобы тромбоз глубоких вен не осложнился тромбэмболией и не закончился фатально для пациента.

Липофилинг как метод восстановительного лечения постлучевых повреждений мягких тканей у больных раком молочной железы.

Агишев Т.Т., Красножон Д.А.

ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность. Лучевое повреждение мягких тканей – это хронически протекающее состояние, плохо поддающееся консервативному лечению. При значительной площади поврежденных тканей, существует необходимость использования сложных методик реконструктивной хирургии, сопряженных с определенным риском осложнений и повреждением донорских и реципиентных зон. В связи с этим поиск новых малоинвазивных методов лечения постлучевых повреждений мягких тканей у больных раком молочной железы, остается актуальным.

Материалы и методы. В нашем учреждении, с 2015 г. по первое полугодие 2016 г., липофилинг был использован у 15 больных РМЖ, с поздними постлучевыми повреждениями мягких тканей. Основная локализация постлучевых повреждений: передняя грудная клетка (9 пациентов); молочная железа (6 пациентов). Оценка тяжести лучевых повреждений проводилась по шкале LENT/SOMA, также оценивалось состояние рубцов по шкале POSAS. У 7 больных РМЖ, постлучевые повреждения соответствовали 3 степени, а у 8 больных 1-2 степени. Аутоаутоплантация жировой ткани проводилась по методу S. Coleman. Жировая ткань забиралась методом аспирации из передней брюшной стенки и поясничной области с последующим разделением жира и жидкостного компонента. Объем вводимого липо-асpirата в реципиентную зону (зона облучения) варьировался от 80 до 150 мл. В зависимости от степени тяжести лучевых повреждений, проводилось от 1 до 2 процедур липофилинга, с интервалом 6 месяцев.

Результаты. После липофилинга во всех случаях отмечалось: уменьшение степени фиброза, повышение эластичности и чувствительности кожи, а также уменьшение болевого синдрома и выраженности признаков лимфостаза молочной железы и верхней конечности.

Выводы. Липофилинг является эффективным малоинвазивным методом лечения поздних лучевых повреждений мягких тканей у больных РМЖ. Данный метод, позволяет повысить качество жизни пациентов и обеспечить приемлемые условия их последующей социальной адаптации. Полученные результаты, как мы считаем, требуют более глубокого изучения данной проблемы. Для объективной оценки постлучевых повреждений мягких тканей, планируется исследовать перфузию кислорода в облученной и здоровой ткани, транскутанным монитором TCM400(Radiometer).

время операции, или наличием нескольких оперируемых зон при выполнении симультанных операций. Так, например, при той же липосакции нижних или верхних конечностей, они должны быть обработаны так, чтобы ими можно было манипулировать. Укладка пациента, выбор положения пациента на операционном столе, это целиком прерогатива пластического хирурга, но и операционная медсестра, и анестезиологическая бригада участвуют в этом процессе с учетом конкретной ситуации. Если в планах хирурга в процессе операции менять положение тела пациента, то этот момент обязательно должен обсуждаться с операционной медсестрой до начала операции. План операции в эстетической пластической хирургии может быть изменен в процессе в связи с различными обстоятельствами. Поэтому постоянная готовность оборудования, инструментов, шовного материала, запасов операционного белья и медицинской одежды – это обязательная составляющая работы операционных медсестер. Нередко операционные сестры выполняют работу перевязочных медсестер. И здесь очень важно научиться правильному поведению с пациентами, особенно в первые сутки после проведенной операции. Особенностью эстетических операций является то, что результат достигается не сразу. В первые сутки отмечается выраженные отеки, кровоизлияния. Пациент часто остается наедине с перевязочной сестрой, которая должна быть готова к различным вопросам о том, как должна выглядеть оперированная область на разных сроках. Эта информация должна полностью соответствовать той, что дает доктор.

Заключение: подготовка операционных сестер по специальности «пластическая хирургия» должна проводиться только из числа опытных медсестер, имеющих стаж работы не менее 3 лет и зарекомендовавших себя только с положительной стороны. Особенности подготовки медсестер по специальности «пластическая хирургия» должны быть изложены в виде отдельных инструкций, рекомендаций, учебников. Подготовкой операционных медсестер по специальности «пластическая хирургия» должны заниматься опытные врачи-пластические хирурги.

Критерии отбора среднего медицинского персонала для работы в клинике пластической хирургии и косметологии. Собственный опыт обучения на рабочем месте. Ежегодная аттестация на рабочем месте.

Аляева О.Ю.

Клиника пластической хирургии «Аля Ева», Москва

Работа медицинской сестры в клинике пластической хирургии требует особых условий подготовки медицинского персонала и включает в себя освоение смежных с пластикой узкопрофильных направлений, таких как оториноларингология, офтальмология, челюстно-лицевая хирургия, маммология, общая хирургия, эндоскопическая хирургия, микрохирургия. Особенно важным для меня, как для пластического хирурга, является присутствие и непосредственное участие хирургической медсестры во всех этапах пребывания пациента в клинике, включая первичную консультацию, сдачу анализов, непосредственно в операционный день (размещение в пала-

те, предоперационная разметка, координацию консультаций с анестезиологом, премедикацию). А также послеоперационное ведение пациента, наблюдение, перевязки, физиопроцедуры, снятие швов. Медицинская сестра в пластической хирургии является помощником хирурга и координатором действий для пациента. Совершенно необходимым является индивидуальное ведение пациента медсестрой на всех вышеперечисленных этапах, так как пациент считает пластическую операцию делом интимным. Все необходимые навыки, знания и умения среднего медицинского персонала привели к более тщательному отбору сотрудников для работы с пластическим хирургом в нашей клинике. При приеме на работу я использовала предварительное психологическое тестирование (ММРТ)-583 вопроса, (СМОЛ)-71 вопроса и тест Люшера, для определения характерологических особенностей личности, способности к коммуникабельности, освоению большого объема дополнительных знаний, навыков, умений. С целью контроля качества оказываемой помощи и стимуляции освоения знаний в области сложных специальностей, изучения новинок фармакологических и косметологических препаратов, реабилитационных процедур, в нашей клинике проводится ежегодная аттестация в тестовой форме. Вопросы отобраны мной и дополнены из тестовых вопросов, разработанных в медицинском центре Центрального Банка России для ежегодной аттестации медицинских сестер хирургических отделений различного профиля (отоларингологии, офтальмологии, общей хирургии, эндоскопии, челюстно-лицевой и амбулаторной хирургии). Обучение специфическим навыкам проходило на рабочем месте и занимало от 3 до 6 месяцев. Создания высококвалифицированной медицинской сестры является для меня крайне энергозатратным процессом, безусловно, в том виде, в каком я имею в настоящее время свой средний медицинский персонал – это «штучный товар» с многолетним опытом и уникальными навыками в области пластической хирургии. Имея большой опыт работы со средним медицинским персоналом, хочу отметить, очевидно, возникшую необходимость создания новой специальности – сестринское дело в пластической хирургии с возможностью обучения хирургических медсестер и подготовки кадров среднего медицинского персонала, владеющих знаниями в области пластической хирургии, смежных областях – офтальмологии, отоларингологии, челюстно-лицевой хирургии, общей хирургии и косметологии, в объемах необходимых для работы в специализированных клиниках и отделениях.

Преимущество нехирургической коррекции носа филерами Ellanse.

Амбарцумян В.С.

Клиника «Шарм», Москва

Целью данной работы было найти альтернативу ГК (Гиалуроновой кислоте), т.е. препарат, который мог бы создавать мягко упругий каркас, не аккумулирующий воду и впоследствии биостимулирующий коллаген для уплотнения тканей и восстановления нормальной деятельности дермы. Ellanse является препаратом для инъекционного введения, применяемый в сфере эстетической медицины, принадлежит к новому поколению стимуляторов коллагена, дающих не-

медленную и продолжительную коррекцию по объему через биостимуляцию, с долгосрочными эффектами различной продолжительности от 1 до 4 лет, механизм действия которого разработан и изучен с 2006 г. и одобрен в соответствии с высокими международными требованиями гарантии качества и имеют маркировку CE Medical. А также сертификаты CE в 2009 г. и регистрационное удостоверение РФ с 2010 г. Распространен более чем 82 странах мира, включая Ближний Восток и Азиатско-Тихоокеанский регион. Все наблюдения были клиническими, такие как глубина введения и ответная реакция. И наблюдался стойкий визуальный эффект на протяжении всего срока действия препарата.

Данная методика никоим образом не является заменой операции, а позволяет скорректировать незначительные огрехи после ринопластики тем, что: исправить небольшие неровности как костного остова спинки носа так и хрящевого. Подъем, сужение кончика носа, крыльев носа и т.д. А также живым предоперационным моделированием возможной формы носа. За период введения препарата Ellanse в область носа выработали техники введения для достижения поставленного результата согласно возрастной и гендерной принадлежности.

Выявили показатель нежелательных явлений: отек/опухоль: 0,017%; бугорки/узелки: 0,0116%; воспаление/инфекция: 0,002%. И возможность их устранения.

Список используемой литературы: Отчет по данным безопасности Мари-Одили Кристен Dallas Rhinoplasty: Nasal Surgery (medicine 2014) Rod J. Rohrich, William P. Adams. Функциональная ринопластика т.2 (Практическая медицина 2010) А.Е. Белоусов. The in vivo degradation, absorption, and excretion of PCL-based implant. (Biomater 2006, 27: 1735-1740) Sun H., Mei L., Song C., Cui X., Wang P Synthetic biodegradable polymers as orthopedic devices. (Biomater 2000, 21: 2335-2346) Middleton JC, Tipton AJ.

Малоинвазивный лифтинг при синдроме «растянутого влагалища» – комплексный подход.

Аполихина И.А., Горбунова Е.А., Сухих Г.Т.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Москва

Сексуальная дисфункция, синдром «растянутого» влагалища, стрессовое недержание мочи, опущение стенок влагалища и пролапс гениталий – эти состояния появляются у многих женщин после родов и являются звеньями одной цепи. Постоянно ведется поиск новых, эффективных и безопасных технологий в лечении данной проблемы. Но если генитальный пролапс и недержание мочи часто требует уже хирургического вмешательства, на этапе синдрома «растянутого» влагалища возможно успешное применение консервативных и малоинвазивных методов. Мы считаем целесообразным комплексный подход к данному состоянию, который включает в себя такие методы как урогинекологические пессарии, тренировки мышц тазового дна, в том числе с использованием электростимуляции, инновационные лазерные технологии, RF-лифтинг, а также малоинвазивная перинеопластика. Целью данной технологии является не только эстетическая коррекция зияния половой щели, но и сохранение анатомической

структуры органов малого таза за счет восстановления мягких тканей промежности после осложненного течения родов через естественные родовые пути, в частности разрывов промежности или после перинео- и эпизиотомии. Последние разработки фракционных систем сканирования, позволяющие проводить процедуры омоложения с минимальным проникновением, привели к активному использованию CO₂-лазеров во всем мире. Нами накоплены данные относительно эффективности и безопасности использования неаблативного Er:YAG лазера (Fotona), фракционного CO₂-лазера в методиках MonaLisaTouch и FemTouch. Новое в эстетической гинекологии – использование RF-лифтинга (в России этот метод впервые применили в Центре): воздействие тепловой энергии на слизистую оболочку влагалища приводит к сокращению волокон коллагена и, как следствие, к ее сжатию. Также помимо реконструкции коллагена, тепловое воздействие стимулирует дальнейший неоколлагенез. Выбор комбинации методов проводится индивидуально и зависит не только от возраста и паритета родов женщины, но также от состояния соединительной ткани и наличие сопутствующей соматической патологии. Безусловно, в программу лечения также включаются различные витамины, микроэлементы и лекарственные препараты в зависимости от индивидуальных особенностей женщины.

Первый российский опыт использования PRP в эстетической гинекологии.

Аполихина И.А., Горбунова Е.А., Сухих Г.Т.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Москва

Терапия А-PRP (Autologous Platelet Rich Plasma) – метод, основанный на применении аутологичной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами. Данное сочетание позволяет восполнить дефицит объема тканей и стимулировать синтез коллагена, эластина, стимулировать ангиогенез в тканях за счет аутологичной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, являющимися источником факторов роста, биологически активных веществ, цитокинов, хемокинов. Лечение аутологичной PRP (А-PRP Regen-BC&Regen-ATS) активно используется врачами различных специальностей в дерматологии, ортопедии, реконструктивной хирургии, спортивной медицине и реабилитологии. Особое место PRP-терапия завоевала в эстетической медицине и косметологии, благодаря физиологически обоснованному эффекту ремоделирования и омолаживания тканей. В основе такого эффекта лежит способность PRP с помощью тромбоцитарных факторов роста стимулировать пролиферацию и синтетическую активность тканевых клеточных популяций. Генитоуринарный синдром в менопаузе – симптомокомплекс, возникающий у женщин на фоне дефицита эстрогенов и других половых стероидов, включающий в себя физиологические и анатомические изменения во влагалище, уретре, мочевого пузыре, наружных половых органах и промежности. Механизм стимуляции неоколлагенеза при воздействии аутологичной PRP связан со стимуляцией образования фибробластов в слизистой и подслизистых структурах периуретральной зоны. В результате в

тканях стенок влагалища происходит увеличение количества и активности фибробластов, повышение плотности соединительной ткани, снижение скорости деградации коллагена в соединительной ткани, повышение интенсивности неоангиогенеза. При генитоуринарном синдроме нами применялась A-PRP Regen-BCT&Regen-ATS, которая вводилась в виде папул в слизистую средней и наружной трети влагалища и вульвы в объеме 4-5 мл. Интервал между повторными введениями составил 3-6 недель. Полученные предварительные результаты позволяют рассматривать метод как альтернативу гормональным методам терапии, но требуется дополнительное наблюдение в отношении длительности полученного эффекта. Одна из теорий патогенеза стрессового недержания мочи (НМ) – интегральная теория (P. Petros), согласно которой нарушение согласованной работы мышечно-связочного аппарата малого таза приводит к гипермобильности уретры и, соответственно, смещению ее из зоны трансмиссии внутрибрюшного давления при его повышении. Одна из причин такого нарушения – изменения содержания и качества коллагена в мышцах и связках тазового дна. Для удержания уретры в зоне повышения внутрибрюшного давления разработано несколько видов операций. Широкое применение хирургических методов ограничивает необходимость общей анестезии, катетеризации мочевого пузыря, а также стоимость имплантов и ряд осложнений, связанных как с наличием в организме синтетического импланта, так и с самой методикой операции. Вследствие вышеизложенного сформировалась необходимость разработки малоинвазивного эффективного метода лечения стрессового типа НМ у женщин. Мы использовали введение в периуретральную область аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитами, в комбинации с гиалуроновой кислотой (A-PRP&HA, Cellular Matrix BCT). Данное сочетание обеспечивает секрецию множества факторов роста, цито- и хемокинов, с целью стимуляции процессов неоколлагенеза и, как следствие, снижения гипермобильности уретры, а также способствует эффективной коррекции дефицита объема тканей. При воздействии аутологичной PRP с гиалуроновой кислотой (Cellular Matrix BCT) в периуретральную зону происходит коррекция дефицита объема тканей, стимуляция неоколлагенеза и ангиогенеза, что способствует улучшению трофики тканей и купированию эпизодов стрессового НМ, что, несомненно, оказывает положительное влияние на качество жизни пациенток.

Эндоскопическая латеральная фиксация Т-образным проленовым имплантом при переднем и апикальном пролапсе тазовых органов у женщин (предварительные результаты).

Арютин Д.Г., Ваганов Е.Ф., Тонян К.А., Белоусова А.А.

*Городская клиническая больница №29
им.Н.Э.Баумана, Москва*

Результат анализа лечения 17 пациенток с передним и апикальным пролапсом тазовых органов с использованием Т-образного полипропиленового сетчатого импланта показал свою эффективность в проведенных операциях, достоверно снижая степень пролапса тазовых органов (по

классификации POP-Q). Последующие обследования и анкетирование проводились через 1, 6, 12 месяцев после проведения операции. Полученные данные позволяют рекомендовать данный метод коррекции пролапса в качестве возможной альтернативы классической сакровагинопексии. По данным многих исследователей, доказана высокая эффективность и целесообразность применения проленовых имплантов при выполнении пластических операций для реконструкции тазового дна. Безусловно, эндоскопическая сакровагинопексия является золотым стандартом коррекции апикального пролапса у женщин различных возрастов, однако такие технические особенности как: проведение диссекции в зоне мыса, значительные риски поврежденных сосудов и нервных сплетений, увеличивают время операции, частоту осложнений и диктуют необходимость поиска новых методов лечения данных больных. Проведен проспективный анализ лечения 17 пациенток с верифицированным диагнозом переднего и апикального пролапса. Возраст больных варьировал от 44 до 68 лет, и в среднем составлял 57,9±6,7 года. Оценка выраженности дефекта тазового дна проводилась по классификации POP-Q, приложение BARD. Показаниями для проведения оперативного лечения были: цистоцеле 2-й степени у 11, 3-й степени – у 6, в сочетании с опущением матки 2-й степени – у 8, 3-й степени – у 5, выпадение купола влагалища у 2 пациенток соответственно. Всем пациенткам была проведена реконструктивная операция с использованием Т-образного полипропиленового сетчатого протеза (Soft) с фиксацией протеза в области культи шейки матки (у 12 пациенток была проведена субтотальная гистерэктомия), в области перешейка матки при сохранении матки (у 3), в области купола влагалища (при выпадении купола влагалища – у двоих), дополнительная фиксация в области передней стенки влагалища до уровня нижней трети. Рукава сетки выведены через сформированные тоннели под париетальной брюшиной передней брюшной стенки до кожи, в точке на 4 см выше и на 2 см латеральнее от передней верхней подвздошной ости. Срок отдаленного наблюдения пациенток составил от 6 до 16 месяцев. Комплексная оценка эффективности проводилась по анкетам PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventor) и PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire). Длительность операции варьировалась от 60 до 140 минут. Кровопотеря во время операции в среднем составила 100 мл. Интраоперационное ранение стенки мочевого пузыря диагностировано у одной пациентки, что потребовало ушивания дефекта с проведением катетеризации до семи суток после операции. Остальные пациентки были выписаны на 3-4-е сутки. Плановый контрольный осмотр и анкетирование были проведены через 1; 6, 12 и 16 месяцев. У 15 пациенток достигнута 0-я стадия, у двух пациенток – 1-я стадия по классификации POP-Q. Согласно опросникам, у 15 из 17 пациенток после операции зарегистрировано значительное улучшение по следующим показателям: ощущение инородного тела во влагалище, отсутствие жалоб на тазовые боли, обструктивное мочеиспускание, ургентное мочеиспускание. Таким образом, изучение результатов проведенного лечения показало – эндоскопическая латеральная фиксация с использованием Т-образного проленового импланта в коррекции переднего и апикального пролапса гениталий – безопасная и эффективная альтернатива классической сакровагино-

пексии. Однако необходимо проведение более детальных исследований и более длительный период наблюдения, для формирования окончательного заключения.

Сочетанные методы при коррекции анатомических и функциональных тазовых расстройств.

Арютин Д.Г., Малинина О.Ю., Никифорова Я.Б.
*Российский университет дружбы народов,
Городская клиническая больница №29, Москва*

Введение. В последние годы возрастает частота опущений половых органов у женщин репродуктивного возраста, которые развиваются через несколько месяцев после родов. Этот процесс имеет всегда прогрессирующее течение, сопровождаясь развитием структурно-функциональных нарушений смежных органов. В результате формируется целый симптомокомплекс анатомических и функциональных тазовых расстройств. На сегодняшний день реконструктивная и эстетическая урогинекология направлена на устранение данных нарушений, что позволяет улучшить не только качества жизни и эстетику аногенитальной области, но и восстановить нормальное строение данной области. До недавнего времени основными методами восстановления тазового дна были: консервативные методики, направленные на восстановление мышечного тонуса тазового дна, 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 восстановление анатомии поверхностного и среднего слоев мышечного каркаса с помощью монофиламентной рассасывающей нити с разнонаправленными насечками и инъекционная контурная пластика гиалуроновой кислотой, и/или БОС-терапия. Данное сочетание менее травматично, может выполняться под местной анестезией, а также имеет быстрый восстановительный период.

Материалы и методы. В период 2014-2016 гг. было выполнено 60 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 аногенитальной области (45%), снижения сексуальных ощущений (60%). Всем пациенткам была выполнена миниинвазивная перинеопластика ромбовидным швом и интимная контурная пластика препаратами гиалуроновой кислоты в область зоны G; пластика: больших половых губ, капюшон клитора и клитора, через месяц 50% пациентам была проведена БОС-терапия, направленная на восстановление тонус мышц тазового дна. Во всех случаях была использована одна монофиламентная рассасывающая нить с разнонаправленными насечками (Long Lift) и гиалуроновая кислота в среднем объеме 2,0 мл.

Результаты. После проведения сочетанной методики и по истечению срока послеоперационного периода (4 недели) практически все пациентки вернулись к нормальному 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 аногенитальной 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, позволяет в последствии самостоятельное родоразрешение, более длительный эффект по сравнению с обычными инъекционными методами, а миниинвазивность данных методик позволяет в этот же день быть работоспособной.

Становление специальности «пластическая хирургия» в Томске после 7 июля 2009 года.

Байтингер В.Ф.
АНО «НИИ Микрохирургии», Томск

Приказом МЗ РФ от 7.07.2009 №415н была утверждена специальность «пластическая хирургия». Департамент здравоохранения Томской области вскоре предложил профессору В.Ф. Байтингеру стал главным внештатным пластическим хирургом. Как профессор Сибирского медицинского университета В.Ф. Байтингер (заведующий кафедрой оперативной хирургии) стал работать в направлении создания профильной кафедры для подготовки в будущем специалистов по профилю «пластическая хирургия». Для этого в Томске имелись хорошие условия. Кафедра оперативной хирургии, имея мощную клиническую базу на площадях Томской ОКБ (отделение реконструктивной и пластической микрохирургии), без дополнительного финансирования смогла организовать курс микрохирургии факультета усовершенствования врачей, заведующим которого был назначен доцент А.В. Аксененко (протокол № 324-Л от 1994 года, протокол №173-Л и 234 -Л от 1995 года). Решением Ученого совета СибГМУ (протокол №4 от 14.12.1999), а также приказом по СибГМУ (№188 от 27.12.1999) кафедра оперативной хирургии была внесена в список клинических кафедр. После ликвидации отделения реконструктивной и пластической микрохирургии в Томской ОКБ и создания на его базе АНО «НИИ микрохирургии ТНЦ СО РАМН» (Постановление главы Администрации (губернатора) Томской области от 29.06.1998 № 235 «О развитии микрохирургической службы в Томской области) и последовавшего за этим значительного укрепления клиники Института микрохирургии, на Методической комиссии лечебного факультета СибГМУ (по инициативе руководителя Института микрохирургии и профессора СибГМУ В.Ф. Байтингера) было принято решение (протокол № 46 от 21.12.2011): рекомендовать Центральной методической комиссии СибГМУ и Ученому совету СибГМУ переименовать кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии в кафедру пластической хирургии с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии. Ученый совет единогласно поддержал это предложение (протокол

№1 от 31.01.2012). Приказом по СибГМУ (№ 35 от 8.02.2012) это решение вступило в законную силу. Профессору В.Ф. Байтингеру 5.06.2012 года в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва) была присвоена специальность «пластическая хирургия» и выдан соответствующий Сертификат. На кафедре и в клинике появились первые ординаторы по специальности «пластическая хирургия». В связи с увольнением профессора В.Ф. Байтингера из СибГМУ (2014 год) кафедра пластической хирургии была ликвидирована, а курс при ней был передан кафедре анатомии человека. В настоящее время учебный процесс по пластической хирургии (ординатура) осуществляется на кафедре хирургии ФПК и ППС (Цуканов А.И. – бывший сотрудник кафедры оперативной хирургии). Таким образом, становление специальности «пластическая хирургия» в Томске произошло благодаря энтузиазму сотрудников кафедры оперативной хирургии СибГМУ, которые предвидели еще 25 лет назад такой тренд в развитии отечественной хирургии. Однако для полноценной реализации учебного процесса по профилю «пластическая хирургия» необходимо некоторое время и «политическая воля» руководства медицинского университета.

Состояние пластической хирургии в Томске (часть первая).

Байтингер В.Ф.

АНО «НИИ Микрохирургии», Томск

Томская область входит в состав Сибирского федерального округа. По площади на 1,5% больше территории Польши, но население в 35 раз меньше, чем в Польше. Большая часть территории региона труднодоступна с крупнейшим в мире Васюганским болотом. Плотность проживания – 3,42 чел. на 1 кв. км. Население в регионе – 1 076 762 (2016 год), 600 000 из которого проживает в Томске. Городское население в регионе составляет 72,18%. Проживание в Томской области очень малого по численности населения и, в основном, в одном городе Томске предполагает эксклюзивность пластической хирургии.

В соответствии с Распоряжением Департамента здравоохранения Томской области № 207 от 02.04.2015 «О главных внештатных специалистах Департамента здравоохранения Томской области» профессор В.Ф. Байтингер был вновь назначен главным внештатным пластическим хирургом. Его полномочия определены «Положением о главном внештатном специалисте Департамента здравоохранения Томской области» (Распоряжение №389 от 9.07.2013). Согласно рекомендации МЗ РФ от 16.09.2015 в октябре 2015 года главным специалистом был подготовлен рабочий вариант «Порядка (алгоритмов) оказания помощи по профилю «пластическая хирургия» на территории Томской области». Одновременно шло анкетирование всех известных лечебных учреждений (организаций), которое показало: Число медицинских учреждений, оказывающих помощь по пластической хирургии – 7. Количество пластических хирургов в регионе – 16. Число медучреждений, имеющих Лицензию по пластической хирургии – 2. Образовательных учреждений, реализующих программы подготовки пластических хирургов – 1. Количество пластических хирургов, выполняющих научные исследования – 7. Полученные данные ока-

зались неполными, т.к. частные медицинские организации (за исключением Объединения «Здоровье»), занимающиеся пластической хирургией, не представили никаких данных о своей деятельности. С Лицензией по пластической хирургии работают только Томская ОКБ и Институт микрохирургии. Отделение реконструктивной и пластической хирургии ОКБ было организовано в соответствии с Распоряжением Департамента здравоохранения Томской области № 570 от 01.08.2014 на базе ранее созданной микрохирургической группы отделения травматологии ОКБ. Клиника пластической хирургии Института микрохирургии в соответствии с приказом №17 от 30.01.2012. Несмотря на чрезвычайно малую долю пластической хирургии в здравоохранении региона в областном Департаменте здравоохранения работает главный внештатный пластический хирург и главный внештатный специалист по организации специализированной помощи по профилю «Пластическая хирургия». Что касается научных исследований, то только два врача (Институт микрохирургии) из 7 представили названия тем и документы об их утверждениях в Ученых советах (Селянинов К.В., Камолов Ф.Ф.). Институт микрохирургии с 2001 года издает журнал «Вопросы реконструктивной и пластической хирургии» (список ВАК) и имеет в своей структуре Обучающий микрохирургический класс «Meiji Tehno» (Japan). Таким образом, в Томской области существуют все базисные атрибуты для развития пластической хирургии, хотя и находится в самом начале своего развития.

Смена парадигмы в хирургии травм сухожилий разгибателей пальцев кисти в I-ой зоне.

Байтингер В.Ф., Камолов Ф.Ф.

АНО «НИИ Микрохирургии», Томск

Хирургия сухожилий разгибателей на уровне ногтевой фаланги (I-ая зона) при закрытых и открытых травмах в современных условиях предполагает, что для сближения поврежденных концов сухожилия необходимо с помощью различных шин фиксировать дистальную фалангу в положении разгибания. После выполнения сухожильного шва проводят трансоссальную спицевую фиксацию дистальной фаланги в положении гиперэкстензии. По данным клинической анатомии сухожилия разгибателей пальцев кисти находятся в реципрокных взаимоотношениях с глубокими сгибателями, т.е. при сгибании в суставах пальцев кисти происходит расслабление боковых пучков сухожилий разгибателей пальцев кисти. Этот факт совершенно не признается во врачебном сообществе.

Цель исследования. Оценить в клинических условиях реципрокные взаимоотношения сухожилий сгибателей и разгибателей кисти при повреждениях сухожилий разгибателей пальцев кисти в I-ой зоне.

Задачи:

1. Изучить влияние пассивных движений в дистальном межфаланговом суставе (разгибание/сгибание) на величину дистаза при полном закрытом повреждении сухожилия разгибателя пальца в I-ой зоне.
2. Изучить влияние пассивных движений в дистальном меж-

фаланговом суставе (разгибание/сгибание) на величину диастаза при полном открытом повреждении сухожилия разгибателя пальца в I-ой зоне.

С 2014 по 2016 гг. в клинике АНО НИИ микрохирургии находилось на лечении 164 пациента с повреждением сухожилий разгибателей пальцев кисти в I-ой зоне. Возраст пациентов составил от 16 до 72 лет, 95 мужчин и 69 женщин (средний возраст – 42 ± 12). Всем пациентам было проведено рентгенологическое исследование пальцев кисти. У 125 (76,3%) клинически было диагностировано закрытые повреждения сухожилий разгибателей пальцев кисти в I-ой зоне. У 73 пациентов из них (по данным УЗИ) было диагностировано полное закрытое повреждение сухожилия разгибателя на уровне суставной щели дистального межфалангового сустава. Четырем пациентам из этой группы было выполнено МРТ кисти для оценки величины диастаза в зоне поврежденного сухожилия разгибателя. Пациенты осуществляли полный кистевой захват, последовательно сгибая все пальцы кисти. У 39 (23,7%) пациентов было открытое повреждение сухожилия разгибателя. У 18 из них резаная рана на уровне суставной щели дистальной фаланги пальца. У этих пациентов во время операции определяли диастаз поврежденных концов сухожилия разгибателя при сгибании/разгибании дистальной фаланги, а также при последовательном сгибании в суставах поврежденного пальца вместе с остальными пальцами кисти.

Анализ полученных данных у пациентов с закрытыми и открытыми повреждениями сухожилий разгибателей в I-ой зоне показал, что сгибание/разгибание дистальной фаланги поврежденного пальца не приводит к сближению поврежденных концов сухожилия. Последовательное сгибание поврежденного пальца в пястно-фаланговом, проксимальном межфаланговом и дистальном межфаланговом суставе приводила к расслаблению боковых пучков сухожилия разгибателя пальца кисти. И только совместное сгибание во всех суставах пальцев кисти (здоровых и поврежденном) приводило к полному контакту поврежденных концов сухожилия в I-ой зоне. Смена парадигмы в хирургии травм сухожилий разгибателей пальцев кисти в I-ой зоне заключается в отказе от гиперэкстензии дистальной фаланги поврежденного пальца. Сближение поврежденных концов сухожилия при закрытых и открытых повреждениях сухожилий разгибателей пальцев кисти в I-ой зоне происходит только при совместном сгибании во всех суставах пальцев кисти (здоровых и поврежденном).

Разработка технологии формирования первично чувствительного сосково-ареолярного комплекса при реконструктивной маммопластике.

Байтингер В.Ф., Курочкина О.С., Силкина К.А.
АНО «НИИ Микрохирургии», Томск

В настоящее время разработано большое число методов реконструкции сосково-ареолярного комплекса (САК) из кожи реконструированной груди. Отсутствие чувствительности сформированного «соска», который у здоровых женщин является мощной эрогенной зоной, стало вызывать с их стороны соответствующие нарекания.

Цель: разработка нового чувствительного нейро-кожного лоскута для реконструкции сосково-ареолярного комплекса как дополнительной опции при реконструкции груди.

Материал и методы. Работа была выполнена на анатомическом материале (верхние конечности 3 трупов) в течение 24 часов с момента смерти в условиях Томского областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

Была осуществлена препаровка медиального кожного нерва плеча (n. cutaneous brachii medialis – Wrisberg's nerve), по которому проводится чувствительная импульсация из кожи, подкожной клетчатки и собственной фасции плеча от локтевой до подмышечной ямок (Clara M., 1959). Исследование выполнено в рамках идеологии Н. Nakajima et al. (1998), подробно изучивших многочисленные «продольные артерии», постоянно сопровождающие кожные нервы и подкожные вены конечностей человека и одновременно участвующие в кровоснабжении прилегающей кожи (нейро-кожные и вено-кожные перфораторы).

Результаты исследования. В подкожной клетчатке медиальной поверхности плеча по проекции средней подмышечной линии, перенесенной с грудной стенки на плечо, довольно легко обнаруживали медиальный кожный нерв плеча. Ориентирами для разметки нейро-кожного лоскута при приведенной к туловищу разогнутой верхней конечности были две точки: сверху – начало средней подмышечной линии, т.е. сразу медиально от стенки подмышечной вены (linea axillaris medialis), снизу – по перенесенной на плечо средней подмышечной линии на 2 см выше медиального надмыщелка плеча (epicondylus medialis). Нейро-кожный лоскут плеча для формирования первично чувствительного САК поднимали снизу вверх в направлении от второго ориентира к первому, выполняя разрез кожи длиной 15-16 см, и формируя ножку будущего несвободного neuroadipofascial лоскута шириной 4 см. Если v. basilica находилась в проекции формируемого лоскута ее дистально лигировали, и она входила в состав лоскута. Далее через подкожный тоннель кожный «пятак» переносился на реконструированную грудь. В донорской зоне выполнялась пластика местными тканями: локальным ротационным лоскутом, либо по Barron J., Emmet A. (1965).

Современные технологии лечения вторичной лимфедемы верхних конечностей.

Байтингер В.Ф., Курочкина О.С., Селянинов К.В., Байтингер А.В., Никулин А.А.
АНО «НИИ Микрохирургии», Томск

Лимфедема – это отек мягких тканей, возникающий в результате накопления в них богатой белком интерстициальной жидкости (высокобелковый отек), вызванный низкой пропускной способностью лимфатического русла в комбинации с недостаточным экстралимфатическим усвоением белков плазмы, которое со временем приводит к развитию фиброзных изменений кожи и подкожной клетчатки (Foeldi M., Castley-Smith J.R., 1983). По данным ВОЗ в мире около 140 млн. пациентов (население РФ), страдающих лимфедемой конечностей. Частота вторичной лимфедемы после мастэктомии (с подмышечной лимфодиссекцией) по пово-

ду рака груди в Западной Европе колеблется от 38 до 89% (Kissin M.V. et al., 1986). В РФ неизвестно.

Цель работы: разработка показаний для операций по восстановлению лимфодренажа из верхней конечности. В Институте микрохирургии (Томск) хирургическим лечением вторичной лимфедемы верхней конечности занимаются в течение 10 лет: с 2006 года – пересадка свободного пахового лимфатического лоскута в подмышечную ямку (32); с 2009 года – лимфо-венулярное шунтирование (26).

Методы диагностики: общеклинические, УЗИ, непрямая лимфосцинтиграфия на основе изотопа технеция для оценки лимфатических коллекторов и наличия "dermal back flow".

Результаты. Через 1-2 года после пересадки лимфатического лоскута в подмышечную ямку значительную редукцию объема верхней конечности (почти до нормы) удалось получить только у 1/3 пациенток. У остальных операция стала профилактикой рожистых воспалений, и они были кандидатами на липосакцию. Лимфо-венулярное шунтирование на предплечье мы выполняли тем пациенткам, у которых в анамнезе не было рожистого воспаления. Результаты напрямую зависели от стадии отека и количества выполненных анастомозов. С 2015 года выбор технологии лимфодренирования с учетом 5 типов лимфосцинтиграмм по Т. Mikami et al. (2011).

Выводы. При I и II типах лимфосцинтиграмм (моторика лимфангионов сохранена) – лимфо-венулярное шунтирование. При III, IV, V типах, когда присутствует "dermal back flow" на плече или предплечье – пересадка лимфатического лоскута в область лучезапястного сустава.

Капиллярная гипоперфузия микрососудистых лоскутов: причины и профилактика.

Байтингер В.Ф., Селянинов К.В., Курочкина О.С., Дзюман А.Н.

Научно-исследовательский институт микрохирургии, Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Одной из основных причин гибели микрососудистых лоскутов обычно называют расстройства кровообращения в лоскутах (преходящие, постоянные), которые наблюдаются в 5-20% случаев и продолжаются 12 часов и более после запуска кровотока.

Между тем, в настоящее время в клинических условиях технически невозможно осуществить морфометрическую оценку сосудистого русла в пересаживаемых пациентам микрохирургических и микрососудистых лоскутах.

Цель данного исследования состояла в экспериментальном изучении состояния сосудистого русла в несвободных и свободных кожно-фасциальных лоскутах в различные сроки после их пересадки.

Материалы и методы: Объектом исследования являлись беспородные белые крысы обоего пола с массой 180-200 гр. I серия – морфологическая оценка состояния сосудистого русла несвободного эпигастрального лоскута с интактной сосудистой ножкой (n=20); II серия – оценка состояния сосудистого русла несвободного эпигастрального лоскута после удаления периадвентициальной ткани на протяжении 3

мм – денервации лоскута (n=20); III серия – оценка состояния сосудистого русла после транспозиции свободного нижнего эпигастрального лоскута (по P.G.van der Sloot, 2002) с наложением микрососудистых анастомозов по типу «конец-в-конец» (n=20). Для изучения сосудистого русла лоскутов использовали метод инъекции сосудистого русла синей массой Героты (1,3,5,7,10 сутки). Морфометрический анализ структурной перестройки звеньев микроциркуляторного русла в тканях лоскутов осуществляли путем подсчета на серийных срезах под бинокулярным световым микроскопом «CarlZeissAxioskop 40 FL». Клиническую оценку состояния кожно-фасциальных лоскутов в раннем послеоперационном периоде (1-10 сутки) проводили по следующим критериям: отечность, капиллярный ответ, выраженность шелушения кожных покровов лоскута, наличие некроза. Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью программ Statistica 6.0 for Windows и SPSS Statistics 17.0 (коэффициент корреляции Spearman).

Результаты исследований. Численная плотность артериальных сосудов в коже гипогастальной области белых крыс составляет 4,48 [LQ=4,48; UQ=5,19] на 1 кв. мм, венозных сосудов 18,06 [LQ=16,56; UQ=20,53] на 1 кв. мм. Артерии (150 мкм) имеют прямолинейный ход. Одноименные вены (300 мкм) более крупные в диаметре, имеют много ветвей. Осевые вены прямые: -подъем несвободного эпигастрального лоскута с интактной сосудистой ножкой сопровождается транзиторными нарушениями перфузии лоскута, не требующими фармакологической коррекции; -денервация сосудистой ножки несвободного эпигастрального лоскута сопровождалась разбалансировкой сосудистого русла лоскута в связи с дилатацией (до 400 мкм) и извитостью аксиальной артерии и отсутствием таковой в дилатированной (до 700 мкм) аксиальной вене. Эти сосудистые реакции не представляли опасности для выживания лоскута; -подъем и пересадка свободного эпигастрального лоскута: первичная ишемия в среднем 2 часа 40 мин. Сосудистые реакции в дерме лоскута характеризовались значительными изменениями как в артериальном, так и в венозном русле (извитые и расширенные сосуды до 400 мкм) с дефицитом его капиллярной перфузии (выживаемость лоскутов 70,9%); -анестезиологическое пособие (наш клинический опыт) при выполнении операций по пересадке свободных микрохирургических лоскутов предполагает поддержание гипердинамической циркуляции на фоне «мягкой» гипертонической либо нормоволемической гемодилюции и низкого системного периферического сосудистого сопротивления.

Применение полнослойных кожных аутоотрансплантатов для лечения травм и деформаций лица.

Богданов С.Б.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского», ГБОУ «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар

Проблема лечения глубоких ожогов лица продолжает оставаться одной из самых сложных проблем в комбустиологии и реконструктивно-пластической хирургии, что обуслов-

лено особой значимостью лица в эстетическом и функциональном плане.

В 5 наблюдениях (2 у детей) при тотальном глубоком ожоге лица производили пластику цельным полнослойным ауто-трансплантатом, предложенным нами методом.

Для выполнения данной методики нами в течение 10 лет были определены условия и поэтапно разработаны хирургические приемы для приживления цельного полнослойного трансплантата:

1 – Для предотвращения краевого рубцевания мы стали иссекать края раны на 1-2 см, т.е. те участки, которые эпителизовались, но впоследствии подвержены рубцеванию. Параллельная граница краевых участков раны после иссечения – позволяет произвести пластику в комбустиологии по законам пластической хирургии: дерма к дерме, эпидермис к эпидермису.

2 – Для предотвращения рубцевания изнутри – стали иссекать грануляции.

3 – Для устранения пигментации и рубцевания расщепленного трансплантата необходима пластика полнослойным трансплантатом, и для приживления последнего – стали иссекать грануляции до нижнего фиброзного слоя грануляций.

4 – Для отсутствия стыков между трансплантатами – необходим один цельный трансплантат с его забор скальпелем. Определенные технические аспекты необходимы при выполнении гемостаза во время иссечения грануляционной ткани. Считаем предпочтительным использование только салфеток с р-ом адреналина, с точечной коагуляцией только крупных сосудов. Применение классической коагуляции вызывает микро-ожоги – данные участки некрозов ограничивают приживление полнослойного «нежного к приживлению» ауто-трансплантата.

Предложенные технические приёмы выполнения пластики полнослойным ауто-трансплантатом создают условия для его приживления на гнойную рану. Выполнение пластики кожи лица цельным полнослойным ауто-трансплантатом в острый период ожоговой травмы позволяет достигнуть максимального не только функционального результата, но и косметического; уменьшить необходимость выполнения реконструктивных операций. Мы приблизились к достижению одной из целей в комбустиологии – «одна операция в острый период ожоговой травмы – решение всех проблем в отдаленном периоде». Рубцы и деформации на лице являются не только физическим дефектом, но и тяжелой психологической травмой. Больные живут затворниками, готовы использовать любой шанс улучшить не только свой внешний вид, но и свою жизнь. Для устранения рубцовых деформаций, при сохранении мышечного рельефа лица оптимально применение пластики полнослойным свободным кожным ауто-трансплантатом. Данной толщины ауто-трансплантат нашел свое применение при пластике по В.М. Красовитову (в первые сутки после травматической отслойки кожи), по Б.В. Парину (в реконструктивной хирургии). Применение толстой кожи (полнослойного ауто-трансплантата) в острый период после травмы лица позволяет уменьшить реконструктивные операции в отдаленном периоде, вследствие минимизации рубцового роста. При более глубоких дефектах, при отсутствии мышц и/или обнажении костных структур широко применяются исторически известные пластики кожно-жиро-

вым лоскутом на временной питающей ножке: итальянская, Филатовским стеблем и другие. Клинически показаны и пластики кожно-жировыми лоскутами на сосудистой ножке и/или ротационной.

Вышеизложенное свидетельствует о важности и целесообразности дальнейшего изучения проблемы лечения дефектов и рубцовых деформаций лица с применением пластики кожно-жировыми лоскутами и разработкой новых методов хирургического лечения пластики полнослойным кожным ауто-трансплантатом. Изучение и применение хирургами исторических методов пластики кожно-жировым лоскутом остается актуальным, позволяет достигнуть положительных результатов лечения. Выполнение тотальной пластики кожи лица цельным полнослойным ауто-трансплантатом при сохранении мышечного каркаса, при одномоментном устранении всех рубцовых деформаций и иссечении рубцовой кожи за одну операцию позволяет достигнуть максимального не только функционального результата, но и косметического.

Способ определения уровня подъема бровей при эндоскопической подтяжке лба и методы его фиксации.

Богов А.А., Богов-Младший А.А., Хрусталева И.Э., Хрусталева Г.М.

Республиканская клиническая больница Республики Татарстан, Казань

Предложенный способ используется при реконструктивно-пластической подтяжке лобной зоны лица, характеризующийся устранением асимметрии лица, в частности, применяющийся при параличе лицевого нерва, а также при эстетической неудовлетворенности возрастными изменениями лобной зоны лица. Эндоскопическая подтяжка лба позволяет расширить глазную щель и приподнять на оптимальную высоту птозированный избыток тканей, нависающий над латеральной и медиальной частью орбиты. По данному способу было прооперировано около 150 пациентов.

Способ (зарегистрирован в реестре изобретений РФ от 03.02.15. № 2543852) заключается в подъеме бровей при эндоскопической подтяжке лобной зоны лица. После предварительной разметки из пяти разрезов в волосистой части головы, производится поднадкостничное эндоскопическое отсепаровывание лобного лоскута. Далее выделяются супра-орбитальные и трохлеарные нервы, удаляются *m. depressor supercilii* and *m. procerus*, пересекается надкостница, выполняется перемещение лобного лоскута в новое положение, и его фиксация. Отделение надкостницы от лобного лоскута производится распатором, режущая кромка которого обращена сторону лобной кости. Лобный лоскут перемещают на расстояние, необходимое для поднятия брови, до крайней границы подъема, отмеченной инъекционными иглами интраоперационно, под углом 90°, по кожной разметке, произведенной до операции. Применение распатора, режущая кромка которого обращена в сторону лобной кости позволяет пересечь надкостницу ниже расположения брови по всей ее длине, отсепаровать лобный лоскут и выделить нервы исключительно одним распатором, без использования ножниц, избегая повреждения нервов и обеспечивая наи-

анатомических условиях и стадии болезни. Самым перспективным и оправдывающим себя не одно десятилетие является метод костной пластики трансплантатами, связанными с источником кровоснабжения в различных вариациях. Анатомические аспекты кровоснабжения области лучезапястного сустава позволяют разделить все имеющиеся варианты донорских участков для проведения васкуляризированной костной пластики на 4 группы: костные трансплантаты из эпифиза лучевой кости, из дистального эпифиза локтевой кости, из костей запястья, костные трансплантаты из пястных костей.

Материалы и методы. За последние 5 лет системного применения метода васкуляризированной костной пластики было прооперировано 12 больных, страдающих асептическим некрозом полулунной кости. 5 больным была проведена реваскуляризация трансплантатом из дистального эпиметафиза лучевой кости на сосудистой ножке с артерий, проходящих в 4 или 5 каналах сухожилий разгибателей кисти; у 3 больных использовали трансплантат из дистального эпиметафиза 2 или 3 пястных костей на второй тыльной метакарпальной артерии; для 4 больных из проксимального эпиметафиза 2 или 3 пястных костей на второй тыльной метакарпальной артерии. Результаты. У всех прооперированных нами больных ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Период консолидации аутоотрансплантата с костями реципиентной зоны составлял в среднем 2 месяца после операции. У 8 больных получены хорошие результаты: увеличение или полное восстановление движений в лучезапястном суставе, уменьшение или полное исчезновение болевого синдрома, удовлетворенность самих пациентов проведенным оперативным вмешательством. Четырем больным не удалось зафиксировать результат в связи с неяской на контрольный осмотр. Выводы. Наиболее эффективным, на наш взгляд, и анатомически обоснованным, по нашему мнению, являются васкуляризированные трансплантаты из тыльного доступа дистального эпиметафиза лучевой кости на сосудистой ножке с артерий, проходящих в 4 или 5 каналах сухожилий разгибателей кисти, а также из проксимального эпиметафиза 2-3 пястных костей на второй тыльной метакарпальной артерии.

Применение васкуляризированных трансплантатов для лечения патологии ладьевидной кости.

Богов А.А., Топыркин В.Г., Филиппов В.Л., Масгутов Р.Ф.

Республиканская клиническая больница Республики Татарстан, Казань

Актуальность. Особая роль ладьевидной кости в механизме движения кистевого сустава чаще других вовлекается в патологический процесс. Переломы, когда они не распознаются вовремя, переходят в несросшиеся переломы и ложные суставы ладьевидной кости. Затем постепенно в связи с различными обстоятельствами идет асептический некроз ладьевидной кости. Образование ложного сустава ладьевидной кости возникает в 5-15% случаев переломов и связано со смещением отломков, отказом от лечения по различным обстоятельствам, как следствие – возникает аваскулярный

некроз одного или обоих отломков ладьевидной кости. Кровоснабжение ладьевидной кости осуществляется в основном из системы лучевой артерии. Тыльный сосудистый компонент подходит к ладьевидной кости с дистальной поверхности и проходит ретроградным образом. Ладонная и латеральная сосудистые сети проходят в области бугристости ладьевидной кости. Основываясь на анатомическом подходе, становится понятным, что кровоснабжение проксимального отломка ослаблено и уязвимо в условиях перелома и асептического некроза ладьевидной кости. Самым перспективным и оправдывающим себя не одно десятилетие является метод костной пластики трансплантатами, связанными с источником кровоснабжения в различных вариациях. Материалы и методы. За последние 5 лет нашей практики системного применения метода васкуляризированной костной пластики было прооперировано 12 больных, страдающих ложными суставами ладьевидной кости и 8 больных с асептическим некрозом ладьевидной кости. Семи больным была проведена реваскуляризация трансплантатом из дистального эпиметафиза лучевой кости на сосудистой ножке с артерии, проходящей супраретиккулярно между первым и вторым каналами сухожилий разгибателей кисти; у 3 больных использовали трансплантат из дистального эпиметафиза 2 или 3 пястных костей на второй тыльной метакарпальной артерии; для 10 больных из проксимального эпиметафиза 2 или 3 пястных костей на второй тыльной метакарпальной артерии. Результаты. У всех прооперированных нами больных ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Период консолидации аутоотрансплантата с костями реципиентной зоны составлял в среднем 2 месяца после операции. У 12 больных получены хорошие результаты: увеличение или полное восстановление движений в лучезапястном суставе, уменьшение или полное исчезновение болевого синдрома, удовлетворенность самих пациентов проведенным оперативным вмешательством. У двух больных не было отмечено клинических изменений в связи с несоблюдением пациентами сроков гипсовой иммобилизации. Один больной получил воспаление в области послеоперационной раны. Пять больных не удалось обследовать в связи с неяской на контрольный осмотр. Показания к применению того или иного вида ВКП необходимо определять в зависимости от интраоперационных вариантов ангиоархитектоники кисти, наличия и длины сосудистой ножки, величины диаметра ее сосудов. Выводы. Наиболее удобными к применению и анатомически выгодными, по нашему мнению, являются васкуляризированные трансплантаты, осуществляемые тыльным доступом, из дистального эпиметафиза лучевой кости на сосудистой ножке второй тыльной метакарпальной артерии.

Клинический случай осложнения после химического пилинга.

Борлаков И.А., Азам В.В.

ФГБУ ГНЦДК Минздрова России, Москва

На приём к дерматологу обратилась пациентка 22 лет, с жалобами на высыпания локализованными на коже лица. Со слов, процесс около 3 дней, когда после проведения косметологических процедур (Феруловый пилинг) отметила по-

явление высыпаний на коже лица. При осмотре: застойные эритематозные очаги с буроватым оттенком, местами эрозированные, покрытые серозными корками. Фото после процедуры в салоне красоты Фото по первичному приему дерматолога в нашем центре Фото при повторном приеме через 10 дней после лечения.

Гематомы после открытых лифтинговых операций на лице и шее: оценка рисков.

Бузов Д.А., Кузьмин В.В., Голубков Н.А.
Центр косметологии и пластической хирургии, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

В настоящее время лифтинг лица и шеи является одной из самых востребованных операций в эстетической пластической хирургии. Послеоперационные кровотечения разной степени – наиболее частое осложнение, которое может вызывать образование гематомы. Гематома после омолаживающей операции на лице может стать причиной асимметричного рубцевания, некроза и гиперпигментации кожи, обструкции дыхательных путей. Необходимо учитывать и тщательно взвешивать риск возникновения послеоперационных кровотечений и гематом при выполнении эстетических операций в области головы и шеи у всех пациентов.

Цель исследования. Анализ возникновения гематом при омолаживающих лифтинговых операциях на лице по данным ретроспективного исследования.

Материалы и методы исследования. Материалом ретроспективного исследования послужила медицинская документация Центра косметологии и пластической хирургии за период с января 2007 по декабрь 2012 г. Для всех пациентов эстетическая омолаживающая операция лица состояла из эндоскопического лифтинга (лобная, височная и средняя зона лица) в сочетании с ритидэктомией и лифтингом поверхностной мышечно-апоневротической системы (SMAS) лица и шеи, как правило, в сочетании с блефаропластикой и платизмопластикой. По окончании операции устанавливались дренажи в зону отслойки на лице и на шее. При ретроспективном анализе учитывались следующие факторы: пол, возраст, коморбидный фон (сопутствующая патология), вредные привычки (курение), тромбопрофилактика (низкомолекулярные гепарины), инфузионная терапия (объем инфузии, применение коллоидов), оперирующий хирург, центральная температура пациентов во время операции, параметры гемодинамики: систолическое АД, диастолическое АД в периоперационном периоде, интраоперационная гипотония со снижением АД сист на 30%, объем дренажной и интраоперационной кровопотери, длительность операции, количество кровопотери по дренажам (в день операции, на 1-е и 2-е сутки после операции), длительность стояния дренажей и частота ревизии послеоперационной гематомы в ближайшем послеоперационном периоде, частота назначения гемостатических препаратов (антифибринолитические препараты: апротинин, транексамовая и ε-аминокапроновая кислоты) в интра- и послеоперационном периодах. Результаты исследования, их обсуждение.

При выполнении данной работы были проанализированы демографические, антропометрические данные пациентов и характер их сопутствующей патологии. Исследуемая группа составила 463 пациентов, из них – 11 мужчин и 452 женщины, средний возраст которых составил 52,4 лет. У пациентов, поступивших на омолаживающую операцию на лице, был ряд сопутствующих факторов, повышающих риск развития послеоперационных осложнений: возраст старше 60 лет – в 11,2% случаев, ожирение – в 15,7% случаев; варикозная болезнь нижних конечностей – в 14,8% случаев; сахарный диабет – в 1,7% случаев, заместительная гормональная терапия – в 7,7% случаев, вредная привычка в виде курения – в 13,1% случаев. Так же у 34,7% пациентов была выявлена патология щитовидной железы, сопровождавшаяся гипотиреозом. Важно отметить наличие артериальной гипертонии (АГ) у оперированных пациентов в 28,4% случаев. Объем кровопотери по дренажам в исследуемой группе пациентов составил соответственно: в день операции – 40 (25;60) мл, в первые сутки после операции – 40 (20;50) мл, во вторые сутки после операции – 30 (20;40) мл. Удаление дренажей состоялось соответственно: в первые сутки после операции – в 18% случаев, во вторые сутки – в 43% случаев, в третьи сутки – в 26,8% случаев. Операционная ревизия послеоперационной гематомы была выполнена в 2,6% случаев. В прогнозе повышенной кровоточивости по дренажам наибольший информативный вес имели следующие признаки в порядке убывания: гипотония на этапе ритидэктомии и лифтинга поверхностной мышечно-апоневротической системы лица и шеи, оперирующий хирург, гипертония в первый час после операции, гипотермия во время операции.

Выводы. При выполнении лифтинговых операций на лице и шее необходим тщательный мониторинг артериального давления со своевременной коррекцией интраоперационной гипотонии и гипертензивной реакции в первые часы после операции. Назначение профилактических доз низкомолекулярных гепаринов не сопровождается повышением риска послеоперационных кровотечений после лифтинговых операций на лице и шее.

Остаточный энтофтальм.

Буцан С.Б., Йигиталиев Ш.Н., Селезнев В.А.
Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Актуальность проблемы. В процессе лечения пациентов с травмами скуло-глазничной области, их реабилитации и наблюдения в раннем и отдаленном периодах не может не обратить на себя внимание тот факт, что у части пациентов, перенесших реконструктивные операции (в том числе с использованием компьютерных методов планирования, а также с применением стереолитографических моделей и шаблонов), отмечается повторное развитие признаков энтофтальма.

Таким образом, возникает необходимость установить причины и механизмы процессов формирования остаточного послеоперационного энтофтальма с целью их учета при предоперационном обследовании, планировании и выполнении оперативного

лечения у пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями скуло-носо-лобно-глазничной области.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями скуло-носо-лобно-глазничной области путем совершенствования методов планирования реконструктивных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В клинике челюстно-лицевой хирургии ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» за период с 2010 по 2016 год проведено хирургическое лечение 255 пациентов с травмами и посттравматическими деформациями скуло-носо-лобно-глазничной области. В качестве пластического материала использовались костные аутоотрансплантаты мембранозного происхождения: кортикальная пластинка теменной кости и кортикальная пластинка ветви нижней челюсти. Планирование операций осуществлялось с применением компьютерных методов. Контроль отдаленных результатов хирургического лечения проведен у 150 пациентов. В объем обследования входили: клиническое обследование, фотографирование пациентов и сравнение результатов с фотоматериалами в момент первичного обращения, выполнение мультиспиральной компьютерной томографии на этапах лечения, компьютерный анализ данных исследования (при помощи Amira 5.4.5.). Все обследованные пациенты проходили психологическое тестирование оценки качества жизни по стандартным методикам (SF-36). У 45 пациентов коррекция остаточного послеоперационного энтофтальма выполнена при помощи индивидуально смоделированных силиконовых имплантатов. Результаты повторного вмешательства оценивались аналогично.

Результаты исследования и их обсуждение: Проведен анализ причин возникновения остаточного послеоперационного энтофтальма у пациентов, после реконструктивно-пластических операций с использованием костных аутоотрансплантатов мембранозного происхождения с применением компьютерных методов моделирования. Наиболее значимыми причинами формирования остаточного энтофтальма в отдаленном послеоперационном периоде представляется резорбция костного аутоотрансплантата, а также рубцовые изменения внутриглазничной жировой клетчатки, инициированные как самой травмой, так и оперативным вмешательством. По результатам контрольного обследования остаточный послеоперационный энтофтальм выявлен у 68 пациентов. 23 пациента не предъявляют жалоб на диплопию и удовлетворены результатами операции. Оставшиеся 45 пациентов прооперированы повторно с использованием индивидуально смоделированных силиконовых имплантатов. Травмы скуло-носо-лобно-глазничной области часто сопровождаются сообщением полости глазницы и верхнечелюстного синуса. Очевидным решением в данном случае является применение собственной кости для устранения дефектов во избежание развития гнойно-септических осложнений. Данный способ реконструкции глазницы, не смотря на множество очевидных достоинств, имеет ряд недостатков, обусловленных плоской формой и твердой структурой кости, ограничивающих возможности точного воссоздания исходной архитектуры глазницы. Использование силиконовых имплантатов, проектируемых индивидуально для каждого конкретного случая с применением компьютерных технологий, позволяет значительно расширить эти границы, однако в условиях сообщения

ложка импланта с внешней средой их применение не представляется возможным. В результате проведенного исследования были пересмотрены подходы к планированию хирургического лечения пациентов изучаемой категории. В ряде случаев теперь отдается предпочтение двухэтапной тактике лечения, позволяющей сочетать безопасность и стабильность технологий реконструкции собственными тканями и точность искусственного пластичного материала. Помимо этого остаточный послеоперационный энтофтальм, развивающийся после костной пластики стенок орбиты, переключен из разряда осложнений в категорию ожидаемых результатов после первого этапа хирургического лечения.

Первый отечественный фибриновый клей.

Былов К.В., Локтев Д.А.

ООО «Плазма-ФТК», Москва

В настоящее время в пластической хирургии все большее применение получает фибриновый клей. Основные компоненты клея – криопреципитат (фибриноген) и тромбин. Изготавливают фибриновый клей из донорской плазмы пациента или донора. При нанесении на раневую поверхность 2 компонента образуют эластичную фибриновую пленку белого цвета в течение 5-30 сек. Этот процесс повторяет основные стадии физиологического процесса свертывания крови и позволяет останавливать диффузные кровотечения (исключает необходимость дренирования раны), склеивает и фиксирует ткани, ускоряет заживление ран. В ходе заживления раны образовавшийся сгусток клея полностью рассасывается. Фибриновый клей применяют при коррекции носогубных складок, коррекции формы и объема губ; коррекции формы подбородка, изменении овала лица, устранении глубоких морщин в области шеи и зоны декольте, при блефаропластике, маммопластике, при круговой подтяжке лица. В ООО «Плазма-ФТК» впервые создано серийное производство отечественного фибринового клея «Криофит». Криофит не содержит никаких синтетических и животных составляющих, что практически исключает аллергические реакции. Об интересной и эффективной разработке рассказывает пластический хирург, сделавший тысячи операций и прошедший десятки мастер-классов с ведущими хирургами планеты, доктор Ахмед Рахимов: «С начала этого года на базе ООО «Плазма-ФТК» у нас появилась уникальная возможность изготовления фибринового клея из собственной крови пациента непосредственно перед операцией. 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! Мечта о почти мгновенном чудесном превращении практически осуществляется у вас на глазах!» В отличие от импортных клеев Тиссукол Кит, Ивисел кроме фибриногена и тромбина «Криофит» содержит высокие концентрации других факторов свертывания: факторы VIII, XIII, Виллебрандта, Фибронектин. Криофит может изготавливаться из плазмы оперируемого, что полностью исключает риск инфицирования.

Преимущества фибринтромбинового клея «Криофит»:

- Безопасность применения: клей не содержит компонентов животного происхождения, что гарантирует отсутствие побочных реакций на чужеродные белки; отсутствует непосредственное взаимодействие персонала с препаратом при производстве; технология изготовления обеспечивает как производство клея из карантинизированной плазмы одного донора, так и из плазмы оперируемого пациента; предусмотрена и операция вирусинактивации плазмы в процессе изготовления клея. Таким образом, отсутствует риск возможности передачи гематогенных инфекций, возможности развития аллергических реакций, тромбозомболических осложнений, угрожающих жизни больного.

- Простота использования: время до готовности к применению – 10 мин. (разогрев до 37°C), не требуется растворения сухих компонентов и розлив в условиях поддержания стерильности и температуры; вскрытие стерильной упаковки с клеем и наконечниками производит медсестра, передавая хирургу в стерильном поле перед нанесением на орган, рану, шов; система «Дупложетк» позволяет наносить клей как капельно, так и распылением с применением разных типов наконечников.

- Стоимость ФТК «Криофит» ниже стоимости импортных наборов для приготовления ФТК.

Проведены доклинические испытания в сертифицированном центре АНО «ИМБИИТ» и клинические испытания в НИИ Нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко и в Онкоцентре им. Н.Н. Блохина в г. Москве. Получено регистрационное удостоверение федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения РФ № ФСР 2012/13093 от 10.02.2012 на «Устройство медицинское для склеивания тканей с наполнителем по ТУ 9398-001-62795398-2010. Имеется Сертификат и Декларация соответствия. Сайт www.kriofit.ru

Липографтинг как самостоятельный метод отсроченной реконструкции молочной железы.

Васильев В.С., Васильев С.А., Васильев Ю.С., Васильев И.С., Карпов И.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Цель. Оценить возможности липографтинга как самостоятельного метода реконструкции молочной железы.

Задачи:

- Оценить возможности липографтинга при первичной отсроченной реконструкции молочной железы.

- Оценить возможности липографтинга при вторичной отсроченной реконструкции молочной железы.

Методы. Начиная с 2010 года в качестве самостоятельного метода отсроченной реконструкции молочной железы липографтинг был применен 35 пациенткам. У 17 больных была выполнена первичная отсроченная реконструкция, у 18 – вторичная отсроченная реконструкция (восстановление груди после ранее проведенной неудачной попытки реконструкции с использованием лоскутной пластики или установки силиконовых имплантатов). Для достижения желаемого результата требовалось от 3 до 8 этапов липографтинга. Минимальный промежуток между повторными

операциями составил 2 месяца при отсутствии лучевых повреждений и 3 месяца при их наличии. Забор жировой ткани осуществлялся посредством вакуумной липосакции канюлями диаметром 2,5 мм. С целью подготовки липоаспирата применялось ручное центрифугирование (50 g x 2 мин) с последующим очищением жирового трансплантата от жидкой фракции. Для введения жировой ткани использовались канюли d=1,2-1,6 мм разной конфигурации (Колман тип 1, 3). Во всех случаях применялась система наружной экспансии тканей BRAVA. При наличии выраженных рубцовых изменений использовалось чрескожное ремоделирование рубцовой ткани или «риггтотомия», выполняемое острыми иглами 16-21G. С целью формирования инфрамаммарной борозды применялся кисетный шов, который каудально проводился субдермально по предоперационной разметке с фиксацией в подключичной области. Для оценки результатов применялись клинические методы исследования, опросники, фотографирование, инструментальные методы (рентгенография, УЗИ, МРТ), гистологическое исследование.

Результаты. Во всех случаях использование липографтинга в качестве самостоятельного метода позволило добиться завершенной реконструкции молочной железы. Наибольшие затруднения возникали в ходе вторичной реконструкции на фоне выраженных рубцовых изменений реципиентной зоны после частичных и субтотальных некрозов TRAM-лоскута. Также трудности возникли у двух пациенток после кожноберегающей мастэтомии в связи с неравномерностью подкожного слоя при сморщенном кожном чехле. В подобной ситуации сочетание агрессивной риггтотомии и наружной экспансии приводило к массивному некрозу жирового трансплантата с последующим формированием грубого фиброза. Вторичная реконструкция у пациенток с удаленным имплантатом протекала наиболее благоприятно ввиду наличия растянутого кожного чехла и минимальных рубцовых изменений. В тоже время, дефицит кожного чехла у пациенток при первичной реконструкции не представлял существенных затруднений для достижения желаемого эстетического результата. Выводы. Липографтинг является эффективным методом, как при первичной, так и при вторичной реконструкции молочной железы. При выраженном повреждении мягких тканей в результате неудачной реконструкции традиционными методами (лоскутная пластика, установка силиконовых имплантатов) в некоторых ситуациях липографтинг может являться единственным способом вторичного восстановления молочной железы. Липографтинг является альтернативой традиционным методам при первичной реконструкции груди.

Дифференцированный подход к лечению младенческих гемангиом.

Васильев И.С., Абушкин И.А., Васильев С.А., Васильев Ю.С., Васильев В.С., Карпов И.А., Денис А.Г., Росанова О.А., Лапин В.О.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск; Тверская областная клиническая больница, Тверь

Цель исследования заключалась в разработке алгоритма лечения младенческих гемангиом (МГ). Для достижения

поставленной цели были изучены особенности течения и диагностические критерии МГ, определены показания к динамическому наблюдению медикаментозному, хирургическому и комбинированному лечению больных с МГ.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты наблюдения и лечения 9723 пациентов с МГ в Челябинской области за период с 2001 по 2015 г. Классификация сосудистых новообразований осуществлялась согласно рекомендациям международного общества по изучению сосудистых аномалий (ISSVA). Диагностика проводилась путем опроса, сбора анамнеза и общеклинического обследования. При осмотре применялось фотографирование новообразования на цифровую камеру в динамике. С целью уточнения диагноза и дифференциальной диагностики выполнялись общеклинические анализы, спектрометрия, УЗИ, МРТ, при необходимости КТ и ангиография. Лечебная тактика зависела от размеров, количества, локализации и темпов роста новообразований. Помимо динамического наблюдения основными методами лечения МГ стали лекарственная терапия (пропранолол, глюкокортикостероиды), лазерная термотерапия, хирургическое лечение.

Результаты. Из 9723 больных с установленным диагнозом ГМ 8045 (82,7%) пациентам проводилось только динамическое наблюдение. Длительность инволюции составила от 10 до 108 месяцев с медианой 38 месяцев. Опухолевый регресс сопровождался либо полной инволюцией новообразований, либо в его исходе оставались локальные изменения кожи и мягких тканей с их деформацией в результате фиброзно-жирового замещения опухоли или с сохранением остаточных сосудистых элементов. Остальным 1678 (17,3%) больным подбор лечения осуществлялся индивидуально. Показаниями для проведения лечения стали большие быстро пролиферирующие МГ, МГ функционально и эстетически значимых зон (периорбитальная, периоральная, околоушная, область носа, шеи, промежность). Препаратом первой линии для лечения таких новообразований является пропранолол, препаратами второй линии глюкокортикостероиды. Лазерная термотерапия проводилась в качестве самостоятельного метода лечения, либо в сочетании с лекарственным и хирургическим методами. В зависимости от метода лечения все пациенты были разделены на четыре группы. Пациентам первой группы проводилось внутритканевое введение ГКС (n=386; 23%), пациенты второй группы получали пропранолол энтерально (n=275; 16,4%), третьей группе больных выполняли бесконтактную и внутритканевую лазерную термотерапию (n=705; 42%). В четвертую группу больных вошли пациенты, у которых при неполной эффективности лекарственного лечения выполнялась лазерная термотерапия и/или хирургическое лечение (n=312; 18,6%).

Выводы. Подход к лечению МГ должен быть дифференцированным. В большинстве случаев пациенты с МГ требуют только динамического наблюдения. Методом выбора для локализованных гемангиом проблемных зон является внутритканевое использование ГКС или лазерная термотерапия. Лечение больших и быстропролиферирующих гемангиом следует начинать с пропранолола, при недостаточной эффективности оно может быть дополнено лазерной термотерапией и/или хирургической операцией.

Идеальное тело: дуэт инъекционных препаратов AQUALYX® и ALIDIA® для коррекции локальных жировых отложений и целлюлита в сложных и деликатных зонах.

Васильев М.Н.

МХЦ «Платинентал», компания «Нике-Мед», Москва

Введение Проблема коррекции фигуры не теряет своей актуальности. В погоне за стройной талией и плоским животом, пациенты интенсивно занимаются в спортивном зале. Однако локальные жировые отложения и целлюлит составляют комплексную проблему, которую невозможно решить только физическими упражнениями.

Цель работы. Улучшить результаты лечения локальных жировых отложений и целлюлита.

Задачи:

1. Выполнить коррекцию локальных жировых отложений и целлюлита путем применения препарата дезоксиолевой кислоты AQUALYX® и мезотерапевтического препарата ALIDIA®.

2. Провести анализ результатов сочетанного использования препаратов AQUALYX® и ALIDIA® в коррекции фигуры.

Материалы и методы. За период 2015 по 2016 г. провели терапию 21 пациенту. Всех разбили на 2 группы. Группа А – 11 пациентов, которым выполняли только коррекцию локальных жировых отложений. Группа Б – 10 пациентов, которым выполняли как коррекцию локальных жировых отложений, так и целлюлита. Группы были сопоставимы по возрасту. Средний возраст составил 37,5 лет. Все пациенты были женского пола. Основные зоны для коррекции локальных жировых отложений были: живот, фланки, спина, область «галифе», бедра. Основной зоной для коррекции целлюлита была задняя поверхность бедра. Для коррекции локальных жировых отложений использовали препарат дезоксиолевой кислоты AQUALYX®. Для коррекции целлюлита использовали мезотерапевтический препарат ALIDIA®. Для оценки результатов лечения мы разработали критерии оценки: хороший результат лечения: отсутствие осложнений, полная удовлетворенность пациентки; удовлетворительный результат лечения: пациентка удовлетворена результатом, но имеются какие-либо жалобы после процедуры; неудовлетворительный результат лечения: пациентка не удовлетворена результатом. Достоверность между процентными долями двух выборок проводили с помощью критерия Фишера. За достоверные данные принимали отличия при уровне вероятности $p < 0,05$.

Полученные результаты. Результаты коррекции локальных жировых отложений оценивались по фото, очному осмотру, измерению рулеткой и собственной оценке пациенткой. Результаты коррекции целлюлита оценивали по очному осмотру и собственной оценке пациенткой. Среди ранних осложнений после коррекции жировых отложений (N=21) выявили: экхимозы у 19%, умеренный болевой синдром у 28,6%, зуд у 9,5%, онемение у 9,5% пациентов. Хорошие результаты лечения в группе А получены у 54,5% пациентов, удовлетворительные у 45,5%.

Хорошие результаты лечения в группе Б получены у 90% пациентов, удовлетворительные у 10%. Различия достоверны ($p < 0,05$).

Выводы. Сочетанное применение препарата дезоксихоловой кислоты AQUALYX® и мезотерапевтического препарата ALIDIA® при коррекции фигуры и целлюлита приводит к большей удовлетворенности пациентом результатом.

Компьютерное моделирование индивидуальных подбородочных имплантов.

Васильев М.Н., Искорнев А.А.

*Международный хирургический центр
«Платинентал», Москва*

Введение. Проблема гармонизации пропорций лица не теряет своей актуальности. Знаменитости, демонстрируя идеальные черты, провоцируют поклонников на стремление им подражать. Протезирование подбородка один из инструментов гармонизации внешности. Однако стандартные импланты не всегда удовлетворяют требованию пациентов, в этом случае, вариантом выбора становится использование индивидуальных имплантов.

Цель работы. Улучшить результаты ментопластики путем использования индивидуальных имплантов.

Задачи.

1. Провести моделирование индивидуальных подбородочных имплантов.

2. Провести анализ результатов использования индивидуальных подбородочных имплантов.

Материалы и методы. За период 2015 по 2016 г. выполнили ментопластику 22 пациентам. Пяти пациентам были установлены индивидуальные импланты, остальным стандартизированные. Женщин было 19, мужчин 3. Средний возраст составил 36,6 лет.

Изготовление индивидуального импланта включает в себя следующие этапы:

1. Проведение многоспиральной компьютерной томографии.

2. Симметроскопия зоны подбородка.

3. Моделирование операции по заданию.

4. Моделирование индивидуального импланта – согласование плоскостных границ – моделирование 3D формы с указанием объема в см².

5. Печать прототипа импланта.

6. Изготовление политетрафторэтиленового импланта по прототипу.

7. Стерилизация и упаковка готового индивидуального импланта. Все операции выполняли из внутриротового доступа.

В обязательном порядке все импланты фиксировали 1 или 2 мини шурупами. Для оценки результатов лечения мы разработали критерии оценки: хороший результат лечения: отсутствие осложнений, полная удовлетворенность пациентов; удовлетворительный результат лечения: пациент удовлетворен результатом, но имеются какие-либо жалобы после процедуры; неудовлетворительный результат лечения: пациент не удовлетворен результатом.

Полученные результаты. Результаты ментопластики оценивали по фотографии до и после операции, очному ос-

мотру и собственной оценке пациентом. Среди ранних осложнений выявили: небольшие гематомы у 9,1%, онемение у 18,2% пациентов, частичное расхождение раны слизистой 4,5%. Пациентку с частичным расхождением раны сначала вели консервативно – антибактериальная терапия, полоскание растворами антисептиков, соблюдение диеты. Самостоятельно рана не заживала, и были наложены вторичные швы. Заживление раны прошло без последствий. Хорошие результаты лечения получены у 68,2% пациентов, удовлетворительные у 31,8%. Неудовлетворительных результатов не было.

Выводы. Использование индивидуальных имплантов позволяет достичь максимального эстетического результата и полной удовлетворенности пациентами.

Первый опыт применения липографтинга и аутоотрансплантации стромально-васкулярной фракции жировой ткани в лечении постлучевых ректовагинальных свищей.

**Васильев В.С., Терюшкова Ж.И., Еремин И.И.,
Васильев С.А., Казачков Е.Л., Карпов И.А.,
Димов Г.П., Рябинин В.Е., Димова Е.В.,
Маркина Т.В., Васильев Ю.С., Васильев И.С.**

*Южно-Уральский государственный медицинский
университет, Челябинск*

Цель. Оценить безопасность и эффективность липографтинга и аутоотрансплантации стромально-васкулярной фракции жировой ткани в лечении постлучевых ректовагинальных свищей.

Задачи:

• Оценить безопасность липографтинга и аутоотрансплантации стромально-васкулярной фракции жировой ткани в лечении постлучевых ректовагинальных свищей.

• Оценить эффективность липографтинга и аутоотрансплантации стромально-васкулярной фракции жировой ткани в лечении постлучевых ректовагинальных свищей.

Методы. Начиная с 2015 г. липографтинг в сочетании с аутоотрансплантацией стромально-васкулярной фракции жировой ткани был применен у 8 пациенток с постлучевыми ректовагинальными свищами, получившим радикальное противоопухолевое лечение по поводу злокачественного новообразования органов малого таза. Дефекты располагались на расстоянии от 2 до 10 см от ануса, их размеры варьировали от 0,5 до 3,0 см в максимальном измерении. Перед началом лечения производилось формирование *apud praeternaturalis*. В предоперационном периоде все пациентки проходили тщательное обследование с целью исключения злокачественного новообразования и/или воспалительных изменений в зоне операции. Забор жировой ткани в объеме 100 мл осуществлялся посредством шприцевой липосакции канюлями диаметром 2,5 мм. Для подготовки к введению 50 мл жирового трансплантата подвергалось центрифугированию (1200 g в течение 3 минут). Оставшиеся 50 мл липоаспирата подвергалось ферментативной обработке. Полученная клеточная взвесь ресуспендировалась в 5 мл физиологического раствора. Оценка качества кле-

точного продукта производилась при помощи проточной цитометрии. Стромально-васкулярная фракция вводилась в слизистый и подслизистый слои ректовагинальной перегородки острой иглой 27G папульно диффузно. Жировой трансплантат вводился в глубокие слои ректовагинальной перегородки (20-25 мл) через отдельные проколы на коже и в краниальной полуокружности свища канюлей диаметром 1 мм. Для оценки результатов применялись клинические методы исследования, опросники, фотографирование, инструментальные методы (колоноскопия, МРТ), гистологическое исследование.

Результаты. Во всех случаях наблюдалось полное закрытие постлучевых ректовагинальных свищей в сроки от 3 до 6 месяцев. Процесс заживления сопровождался постепенным уменьшением размеров свища с последующим закрытием его просвета, и восстановлением целостности ректовагинальной перегородки. Длительность заживления зависела от размеров дефекта. Через 3 месяца после закрытия свища восстанавливалась непрерывность толстого кишечника. Результат считался окончательным, если через 3 месяца после восстановления естественного пассажа кишечного содержимого целостность ректовагинальной перегородки сохранялась. Ни в одном случае не наблюдалось развития рецидива ректовагинального свища в отдаленном периоде (3 месяца и более). Максимальный срок наблюдения после восстановления непрерывности толстого кишечника составил 9 месяцев. В ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Пациенты выписывались из стационара на следующие сутки после операции без ограничений.

Выводы. Наш первоначальный опыт показал, что липографтинг в сочетании с аутоотрансплантацией стромально-васкулярной фракции жировой ткани является безопасным и эффективным способом лечения постлучевых ректовагинальных свищей. Для внедрения данного метода лечения в широкую клиническую практику необходимо проведение дальнейших клинических исследований.

Образ пластического хирурга в кинематографе

**Венедиктов М.В., Кардов Х.М., Соколов И.С.,
Пшениснов К.П.**

Ярославский государственный медицинский университет, Курс травматологии, пластической и реконструктивной хирургии ИПДО, г. Ярославль

Последние годы все чаще поднимается вопрос о негативном освещении деятельности пластических хирургов нашей страны средствами массовой информации. В то же время 2016 назван годом кино в РФ. Кино, как лакмусовая бумажка общества, выявляет основные аспекты реальности, которые не всегда под силу обнаружить посредством научного исследования. Не существует такой темы или проблемы, которая бы не была в свое время отражена в киноиндустрии. Через режиссерскую призму мы видим актуальное отношение общества к тому или иному вопросу, главенствующее в этот период времени. Образ пластического хирурга соответствует культурной эпохе, политиче-

ской и экономической обстановке создания той или иной киноленты.

Цель работы: изучение специфики репрезентации образа пластического хирурга в кинематографе.

Задачи исследования:

1. Дать определение образа пластического хирурга в кинематографе.

2. Выявить причины присутствия этого образа в кинокартинах. Материалы: нами было проанализировано 20 зарубежных и 14 отечественных, в том числе 6 советских фильмов, посвященных данной тематике. В исследование включены киноленты, созданные в период с 1937 по 2015 г.

Результаты. Образ пластического хирурга в киноискусстве неоднозначен и многогранен. За рубежом кино сформировало у общества образ «всемогущего гения» с высоким достатком. В советском кино пластические хирурги представлены героями высоких моральных принципов с обостренным чувством долга перед отечеством, для которых материальное благополучие не является ключевым, тогда как российские фильмы, сохраняя традиции советского кинематографа, перенимают коммерческий оттенок, характерный западному облику пластической хирургии.

Выводы:

1. В разное время и в разных странах образ пластического хирурга формировался по своему пути. За рубежом режиссеры чаще склонялись к образу «сверхчеловека», способного на исполнение фантастических желаний пациентов. В советском искусстве это образ волевого врача с тяжелой судьбой, который преодолевает сложные жизненные ситуации, чаще не связанные с его профессиональной деятельностью. Российское кино демонстрирует образ высокопрофессионального специалиста, знающего свое дело, с акцентом на коммерциализацию.

2. Повышенный интерес общества к данной области медицины явился основной причиной присутствия образа пластического хирурга, как в зарубежных, так и в отечественных кинокартинах. Однако следует помнить о том, что каким бы не казался нам образ на киноэкране – это всего лишь образ, созданный группой людей, и который, скорее всего, отличается от реальной картины жизни.

3. Те или иные кинематографические «ляпы» в отражении нашей врачебной специальности можно отнести к непрофессионализму консультантов или экспертов, выбранных режиссерами. Таким образом, своим сообществом, мы сами ответственны за образы, с которыми нас отождествляют.

Особенности применения малоберцового аутоотрансплантата в реконструкции средней зоны лица.

**Вербо Е.В., Буцан С.Б., Большаков М.Н.,
Гилёва К.С., Москалёва О.С., Горкуш К.Н.**

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

Цель: улучшить функциональные и эстетические результаты лечения пациентов с комбинированными дефектами средней зоны лица.

Материалы и методы. Проанализирован опыт лечения 27 пациентов с комбинированными дефектами средней зоны лица по поводу травмы (7), онкологии (19), врожденной патологии (1), которым был пересажен малоберцовый аутотрансплантат. На предоперационной подготовке применялась компьютерная томография в костном режиме. Трансплантат формировался по принятой в клинике методике. При этом учитывались особенности его формирования, принимая во внимание данные компьютерной томографии. На основании чего изготавливались стерилизационные шаблоны для резки и сборки трансплантата. В отдаленном периоде проводилась контрольная компьютерная томография, идентифицирующая уровень введения дентальных имплантатов и определение уровня вторичных деформаций, при необходимости для создания прочной фиксации трансплантата и воссоздания необходимых изгибов дополнительно проектировались теменные трансплантаты.

Результаты: из 27 прооперированных пациентов в 2 случаях наблюдался некроз аутотрансплантата, в 25 случаях было констатировано полное приживление аутотрансплантата. Потребовалось 24 корректирующие операции и 25 операций по введению дентальных имплантатов. В настоящее время ортопедическое лечение закончено у 85% клинических случаев. Компьютерное моделирование малоберцового аутотрансплантата дало возможность с успехом устранить различные дефекты средней зоны лица: верхняя челюсть, скуловая кость, латеральный край глазницы, нижнеглазничный край. Моделирование концевых отделов малоберцовой кости по форме воспринимającego фрагмента дало возможность прочной фиксации аутотрансплантата. В 70% случаев для более прочной фиксации применялась аутотрансплантация фрагментов индивидуально-смоделированной теменной кости в зоны утраченных контрофорсов. Особенности использования данного лоскута являлись: компьютерный трехмерный анализ дефекта, определение эндостального отверстия и позиционирование его на дистальном крае, изучение структуры воспринимающих костных тканей, создание контрофорсов для прочной фиксации, определение кожного перфоранта и расположение его по центру кожной площадки аутотрансплантата. Использовался метод обратного планирования реконструктивной операции, заключающийся в виртуальном моделировании конечного ортопедического результата. Зубы на контралатеральной стороне являлись ориентиром для положения зубов будущей ортопедической конструкции с опорой на имплантаты. Согласно ее оси планировалось положение костной части аутотрансплантата. Остеотомия трансплантата проводилась под индивидуально рассчитанным углом с учетом симметризации с противоположной стороны, для чего изготавливались шаблоны для резки и сборки. **Выводы:** применение малоберцового трансплантата является приоритетным методом в реконструктивной хирургии, так как он помогает полностью восстановить контур лицевого скелета и дает возможность гарантированной и полноценной зубочелюстной реабилитации. А применение контурной пластики и липофилинга дает хороший эстетический результат.

Стратегия устранения комбинированных дефектов средней зоны лица.

Вербо Е.В., Буцан С.Б., Большаков М.Н., Гилёва К.С., Москалёва О.С., Горкуш К.Н., Филиппов И.К.

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

Цель: улучшить функциональные и эстетические результаты лечения пациентов с комбинированными дефектами средней зоны лица различной этиологии.

Материал и методы: работа основана на клиническом обследовании и лечении в клинике ЦНИИС и ЧЛХ 61 пациента (28 женщины и 33 мужчины в возрасте от 18 до 70 лет) с комбинированными дефектами средней зоны лица по поводу травмы (22), доброкачественных (25) и злокачественных (14) новообразованиях.

Результаты. При обширных комбинированных дефектах средней зоны лица после травматических поражений и удаления доброкачественных новообразований в челюстно-лицевой области применялась одномоментная реконструкция. Из 47 прооперированных в 2 случаях наблюдался некроз аутотрансплантата, в 45 случаев – полное приживление. При злокачественных новообразованиях верхней челюсти, носа, верхней губы проводилась отсроченная реконструкция, при этом сроки и виды реконструкции зависели от определения гистологического типа новообразования, уровня пролиферации опухоли (Ki-67) и активности резорбции костной ткани (ММП-9). Из 14 прооперированных в 1 случае наблюдался некроз аутотрансплантата, в 13 – полное приживление. При этом 58 прооперированным пациентам с полным приживлением аутотрансплантата потребовалось 87 корректирующих операций и 58 операции по введению дентальных имплантатов. Первоначально воссоздавались утраченные костные основы лицевого скелета, с этой целью были использованы лучевой, малоберцовый, пахово-подвздошный аутотрансплантаты, костная часть которых формирует основу утраченного грушевидного отверстия, верхней челюсти, скуловой кости, а кожно-фасциальная площадка в состоянии закрыть дефект любого размера во рту. При обширных дефектах бокового отдела лица в комплексе с нижней зоной и неблагоприятным онкологическим прогнозом целесообразно применение реваскуляризируемых кожно-мышечных аутотрансплантатов. Вторичным, после микрохирургической реконструкции, было воссоздание приротовой, подглазничной области и носа. При достаточном количестве местных тканей верхнюю губу восстанавливали с помощью методик местно-пластической хирургии, а также применяли перфорантные надключичные и подподбородочные лоскуты. После воссоздания верхней губы приступали к реконструкции носа. Приоритет отдавали лоскутам со лба, в силу идентичности тканевых составляющих по текстуре и цвету, а так же малому и легко скрываемому донорскому ущербу. При рубцово-измененных донорских зонах лица нос воссоздавали из лучевого аутотрансплантата, который полноценно восстанавливал все структуры наружного носа.

Устранение остаточной деформации скулоорбитальной области являлось завершающим этапом лечения. Для опорно-контурной пластики нижнеглазничного края применялись аутоотрансплантаты со свода черепа, с предварительным компьютерным моделированием их формы и локализации выкраивания. С целью проведения контурной пластики скуловой и щечной областей применялись индивидуально-изготовленные силиконовые имплантаты, а так же методика липофиллинга. Дентальная имплантация в восстановленную челюсть проводилась в сроки от 6 месяцев после основной реконструкции, что давало прочную основу для зубочелюстной реабилитации, а также воссоздавало правильный контур восстановленных губ. Таким образом, результаты можно оценить результаты как хорошие (90%) – полное приживление лоскута, хороший эстетический результат после проведения ряда корригирующих операций и дентальной имплантации, удовлетворяющие потребности самого пациента, удовлетворительные (5%) – полное или частичное приживление лоскута, требующее дополнительных корригирующих операций и неудовлетворительные у 5% – некроз аутоотрансплантата.

Выводы. Выбор метода пластического устранения дефекта средней зоны лица основан на анализе локализации дефекта, его объема, структуры тканевых потерь, на особенностях гистогенеза опухоли. Вторичные корригирующая операция и зубная имплантация являются неотъемлемой частью реабилитационного плана.

Остеорадионекроз лицевого скелета: современный взгляд на старую проблему.

**Вербо Е.В., Нербеев А.И., Буцан С.Б.,
Перфильев С.А., Черненький М.М.,
Крайтор А.С.**

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

Цель: определить современный уровень знаний об этиологии и патогенезе проблемы, выработать обоснованную тактику лечения больных с остеорадионекрозом лицевого скелета.

Материалы и методы. Внедрена диагностическая модель обследования больных с остеорадионекрозом лицевого скелета, заключающаяся в проведении компьютерной томографии в мягкотканном и костном режимах, дающие возможность определить границы остеонекротического процесса, используемые в будущем планировании объема резекции и требуемой величины аутоотрансплантата. Считаю необходимым использовать компьютерную томографию в режиме standart + или soft + с полем захвата 25 мм и граничными фильтрами, позволяющими локализовать мягкотканые компоненты. В соответствии с полученными результатами данных в программе Amiga определяется зона некротических изменений и в соответствии с этим идентифицируется граница резекции в пределах здоровых тканей. Далее определяется рациональное положение трансплантируемой малоберцовой кости с учетом реконструкции нижнечелюстного угла

и оптимального положения для введения зубных имплантатов. Проведя анализ литературы и собственных клинических наблюдений выявлена нецелесообразность использования металлоконструкций для устранения дефектов после остеорадионекроза лицевого скелета в силу резкой деваскуляризации костной ткани, подвергшейся облучению, а также особенностями гистопатологических процессов в костной ткани, попавшей в поле лучевой терапии. Современная теория радиационно-индуцированного фиброза утверждает, что ключевым событием в прогрессии остеорадионекроза является активация и дисрегуляция фибробластической активности, что приводит к атрофическим явлениям в тканях в ранее облученной области. После лучевой терапии эндотелиальные клетки получают травму, как в результате прямого повреждения излучением, так и от косвенного ущерба путем радиационно генерированных активных форм кислорода или свободных радикалов. Поврежденные эндотелиальные клетки производят хемотаксические цитокины, которые вызывают острую воспалительную реакцию, а затем производят дальнейшее высвобождение активных форм кислорода из полиморфов и других фагоцитов. Разрушение эндотелиальных клеток в сочетании с тромбозом сосудов, приводят к некрозу микрососудов, местной ишемии и потере ткани. Потеря естественного клеточного барьера приводит к просачиванию различных цитокинов, которые превращают фибробласты в миофибробласты. Вследствие этого, предложена оригинальная методика моделировки аутоотрансплантата с использованием малоберцовой кости, заключающаяся в воссоздании контуров изгиба лицевого скелета и дающая возможность усиленной васкуляризации реципиентной костной ткани за счет особенности конструкции воспринимающих поверхностей, повышающая их конгруэнтность. Разработан и доказан топографо-анатомический способ вертикального расположения кожно-фасциальной площадки, позволяющей одновременно воссоздать внутреннюю и наружную выстилки.

Результаты. За период наблюдений с 2006 по 2016 г. в клинике ЦНИИС и ЧЛХ прооперировано 54 пациента с остеорадионекрозом лицевого скелета различной локализации, в 29 клинических наблюдениях были применены осевые аутоотрансплантаты – лоскут с включением большой грудной мышцы (23 пациента), надключичный лоскут (6 пациентов). Реваскуляризованные аутоотрансплантаты были применены в случаях – торокодорзальный лоскут (12 пациентов), реберный лоскут (4 пациента), лоскут с включением малоберцовой кости (9 пациентов). У пациентов, которым была проведена аутоотрансплантация костных лоскутов, позволяющая установить имплантаты, проведена зубочелюстная реабилитация в полном объеме.

Выводы. Учитывая особенности облученных тканей, понимание современной теории патогенеза остеорадионекрозов, отдаленные результаты различных способов устранения возникающих дефектов лицевого скелета, определена наиболее приемлемая методика, отвечающая всем запросам хирурга и пациента. Единственным полноправным методом лечения является использование хорошо васкуляризованных тканей из отдаленных участков тела. Только привнесение васкуляризованных тканей в участок деваскуляризации остеорадионекроза способно остановить этот тяжелый

процесс. Вместе с консервативной терапией, основанной на современном понимании этиопатогенетических механизмов, данная методика способна максимально минимизировать риски осложнений и реабилитировать пациента как в функциональном, так и в социальном статусах.

Сфера применения реvascularизированного кожно- фасциального локтевого лоскута при устранении дефектов и деформаций тканей головы и шеи.

Вербо Е.В., Петросян А.А.

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

Лечение пациентов с обширными дефектами и деформациями области головы и шеи на протяжении многих лет остается актуальной и одной из наиболее сложных проблем в медицине. В настоящее время тенденции реконструктивно-восстановительной хирургии основываются на минимизации донорского ущерба и рационализации выбора метода пластического устранения дефектов любой локализации. Многими специалистами область предплечья считается одной из наиболее значимых донорских зон для формирования сложных кожно-фасциальных лоскутов, которые могут быть использованы для свободной пересадки тканей. Знание топографической анатомии сосудов донорской области принципиально важно не только для безопасного формирования аутоотрансплантата, но и для дальнейшей его адаптации в области дефекта.

Нашей группой исследователей в ходе топографо-анатомического исследования были выявлены особенности кровоснабжения тканей предплечья и проведено сравнение территории кровоснабжения от локтевой и лучевой артерий. В период 2014-2015 гг. выполнено 10 успешных оперативных вмешательств с использованием локтевого кожно-фасциального лоскута у пациентов с различными диагнозами.

Материалы и методы. Всего было подвергнуто исследованию 22 нефиксированных трупов в возрасте от 35 до 78 лет. В процессе исследования была дана оценка территории кровоснабжения предплечья из бассейнов локтевой и лучевой артерий. Было выявлено, что формирование локтевого аутоотрансплантата оказывает меньший ущерб донорской зоне по сравнению с лучевым аутоотрансплантатом, в силу того, что превалирующим источником кровоснабжения тканей предплечья является лучевая артерия. В результате исследования была модифицирована методика формирования реvascularизированного кожно-фасциального локтевого лоскута с учетом топографии прохождения локтевого нерва в разных третях предплечья. По предложенной методике успешно прооперировано 10 больных с хорошими результатами оперативного лечения. В качестве донорского материала для закрытия дефектов верхней челюсти реvascularизированный кожно-фасциальный локтевой лоскут был применен нами в 4 клинических ситуациях. При помощи реvascularизированного кожно-фасциального локтевого

лоскута были устранены дефекты твердого и мягкого неба, что улучшило артикуляцию у данной категории пациентов и облегчило процесс приема пищи. Все это улучшило качество жизни пациентов. С использованием реvascularизированного кожно-фасциального лоскута была закрыта обширная рубцовая деформация шеи (14x9см), полученная в результате ожога лица вследствие полученной электротравмы на производстве. Реvascularизированный кожно-фасциальный локтевой лоскут обладает надежным осевым кровообращением, эластичной структурой, хорошо перемещается в трехмерном пространстве. Поэтому с его помощью одновременно возможно устранить дефект и внутренней, и наружной выстилки. В нашей практике были случаи устранения комбинированных дефектов челюстно-лицевой области, полученных в результате травмы. При помощи лоскута удалось устранить дефект неба, сформировать дно полости носа, внутреннюю и наружную выстилку слизистой полости носа, сформировать скат носа, создать условия для дальнейшей восстановительной ринопластики. Выводы. На основании проведенного исследования и практического его применения в клинике выявлено, что возможно производить забор лоскута размерами от 3 до 14 см в длину, от 2 до 9 см в ширину. Длина сосудистой ножки данного трансплантата достигает до 12 см.

Таким образом, реvascularизированный кожно-фасциальный локтевой аутоотрансплантат может стать материалом выбора при замещении дефектов и деформаций любой локализации без значительного урона для донорской области и снижения функции верхней конечности.

Хирургическое лечение послеожоговых рубцовых деформаций кисти у детей.

**Викол Г.В., Присэкару О.М., Монул С.Ф.,
Томуз В.А., Присэкару И.В., Наку В.Е.**

Государственный университет медицины и фармации им. Н. Тестемицану, Республиканская клиническая больница «Емилиан Коцага», Кишинев, Молдова

В ожоговом отделении Института матери и ребенка за последние 10 лет (2005-2015) находилось на лечении 125 больных со 154 послеожоговыми деформациями кистей. Дети поступали в различные сроки после травмы; от 12 до 18 месяцев – 44, а 81 больных поступили в более поздние сроки. Возраст колебался от 11 месяцев до 16 лет. Преобладали (65%) дети ясельного и дошкольного возраста. Рубцовые изменения кисти находились чаще на ладонной поверхности (105), реже на тыльной; у 20 детей повреждения были с обеих сторон. Контрактуры лучезапястного сустава носили сгибательный характер, а лишь в 4 из 26 имелось разгибательная контрактура.

При хирургическом лечении (после максимального иссечения рубцов) в основном осуществляли кожно-пластические операции: местная кожная пластика (треугольными, трапецевидными лоскутами) – 34 (22%); свободная кожная пластика (расщепленные дерматомные трансплантаты 0,5 – 0,6мм, полнослойный кожный лоскут) – 116 (75%); лоскутом

на питающей ножке – 4 (3%). Оценка результатов кожной пластики в сроки от 1 года до 12 лет после операции показала: что применение местной кожной пластики приводило к неудовлетворительным результатам в 36,6% случаях. При использовании свободной полнослойной кожной пластики хорошие результаты колебались от 77,5% до 93% оперированных кистей.

Несмотря на современное оперативное лечение и хорошие непосредственные результаты, у детей возможны рецидивы контрактур и деформаций. Длительность и непрерывность реабилитационных мероприятий, этапность терапии и динамичность наблюдения одним врачом, позволяет снизить инвалидизацию детей, обеспечить полное или частичное восстановление функции кисти.

Случай реконструкции носа при распространенной форме базальноклеточного рака.

Виноградов В.В., Сивкович О.О., Решульский С.С.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

В 80-89% случаев рак кожи локализуется в области головы и шеи. При базальноклеточном раке, соответствующем по распространенности индексам Т3 и Т4, проводят комбинированное или сочетанное лечение, что приводит к грубым функциональным и косметическим нарушениям органов головы и шеи. При реконструктивно-восстановительных операциях наиболее часто используют всевозможные лоскуты. Лоскут – это аутокань, которая перенесена на другое место, но сохраняет связь с телом и получает достаточное кровоснабжение через свое основание или сосудистую ножку.

Мы приводим клинический случай эффективного применения различных методов и материалов при выполнении реконструктивно-восстановительного лечения местно-распространенного базальноклеточного рака крыла носа.

В ФГБУ НКЦО ФМБА России поступила пациентка Л., 52 лет, с диагнозом: Базальноклеточный рак крыла носа слева Т4N0M0. В ФГБУ НКЦО выполнена биопсия новообразования, гистологическое заключение № 960/15: базальноклеточный рак. 14.01.2016. под ЭТН выполнено удаление новообразовании средней зоны лица с реконструктивно-пластическим компонентом с применением лобного лоскута. Через 7 дней удалены отдельные узловые швы, удален силиконовый стэнд, дыхание через левую половину полости носа свободное.

Заключение. Наиболее часто мы применяем пластику дефекта путем мобилизации местных тканей и/или перемещением лоскута на питающей ножке, свободную и комбинированную методику. Выбор метода кожной пластики зависит от локализации, размера, формы дефекта и ряда других факторов. При удалении опухолей кожи лица и шеи лучше применять пластику местными тканями (отсепарованную окружающей кожей, лоскутом на питающей ножке с соседнего участка, перемещением встречных треугольных лоскутов). При больших дефектах показаны комбинированные методы кожной

пластики. При хирургическом удалении злокачественных опухолей кожи носа вопросы кожной пластики должны решаться конкретно у каждого больного.

Комбинация методов объемно-контурной пластики при лечении пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.

Висаитова З.Ю., Чкадуа Т.З., Струкова О.О.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

На базе ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» проводится работа по изучению эффективности комбинации методов объемно-контурной пластики при деформации контуров лица различной этиологии. Полиэтиологичность, многообразие клинических форм и проявлений основного патологического процесса и, зачастую, комбинированный (костно-мягкотканый) характер его возникновения исключает эффективность одностороннего, изолированного подхода в лечении.

Цель исследования – изучение комбинации методов объемно-контурной пластики с применением синтетического материала (силикон) и аутожира у пациентов с дефектом и деформацией контуров лица различной этиологии.

Материал и методы обследования. Сочетание перечисленных методов объемно-контурной пластики наиболее часто проводилось у пациентов с врожденной (синдромальной) патологией – 24 человека, системными заболеваниями соединительной ткани – 17 пациентов. В случае обширного дефекта комплекса тканей, предложенному лечению предшествовал этап аутотрансплантации различного вида лоскутов с применением микрохирургической техники – 86 человек. Инструментальные методы исследования реципиентной зоны включали: УЗИ мягких тканей, компьютерная томография, ультразвуковое исследование кожи, доплеровская флоуметрия.

Результаты исследований. Для каждой из представленных этиологических групп был разработан свой алгоритм ведения пациентов, включающий: последовательность (силикон-липофилинг), сочетание методов при одномоментной коррекции разных областей, кратность повторных инъекций аутожира в зависимости от положения имплантата по отношению к покровным тканям (подкожное, поднадкостничное). Наибольшая кратность повторных процедур липофилинга наблюдалась в группе пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани (5-7 коррекций). Атрофия, преимущественно, мягких тканей на всех уровнях значительно затрудняла процесс адаптации жировых трансплантатов. У пациентов с врожденной патологией, изменение соотношения мягкотканых объемов, в большей степени, коррелировало со степенью выраженности деформации лицевого скелета.

Заключение. Несмотря на качественное преобразование тканей подлежащих коррекции, соблюдение определённого алгоритма с комбинацией предложенных методов

лечения позволило повысить эффективность объёмно-контурной пластики при дефектах и деформациях челюстно-лицевой области.

Комплексный подход к ведению пациентов с акне: психосоматические аспекты дерматологической патологии.

Волкова Н.В., Глазкова Л.К.

Уральский государственный медицинский университет, кафедра эстетической медицины, Екатеринбург

Цель исследования: осуществить анализ психосоматических корреляций среди пациентов, страдающих акне, с учетом гендерных факторов, преморбидного фона личности, степени тяжести кожного процесса, показателей качества жизни. Методы исследования: оценка степени тяжести акне согласно классификации Plewig G., Kligman M., модифицированной РОДВ (2004 г.), определение показателей психосоциального воздействия акне (APSEA), клиническое психодиагностическое обследование, тестирование по шкалам тревоги (ZARS) и депрессии (CES-D), определение наличия и типов акцентуации характера (тест Леонгарда), тестирование на предмет формирования механизмов психологической защиты (LSI), психологическая диагностика отношения к болезни (ТОБОЛ).

Результаты исследования: обследовано 82 пациента с диагнозом акне: 40 мужчин (48.8%) и 42 женщины (51.2%). Средний возраст больных – 22.47 (16-31) лет. 38 пациентов (46.3%) имели I степень акне, 34 (41.5%) – II, 10 (12.2%) – III. Распространенность расстройств тревожно-депрессивного спектра составила 28% (23 пациента), тревоги – 23.2% (19), депрессии – 24.4% (20). Среднее значение психосоциального воздействия акне (APSEA) в общей группе испытуемых – 55.1 (22.6), среди пациентов без признаков тревоги и депрессии – 49 (19.5), среди испытуемых с психическими расстройствами – 71.2 (23.4), что соответствует наличию статистически значимой разницы ($p < 0.005$). Среди пациентов без психических расстройств 47 человек (79.7%) соответствовали типам реагирования без признаков нарушения психологической адаптации, 12 (20.3%) – типам с соответствующими признаками и интер- или интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь. Среди испытуемых с выявленными тревогой и депрессией 6 человек (26.1%) соответствовали типам реагирования без признаков нарушения психологической адаптации, 17 (73.9%) – с психологической дезадаптацией. Наличие акцентуаций диагностировано у 30 пациентов (50.1%) в группе психически здоровых, 18 (78.2%) – среди лиц с тревогой и депрессией, $p < 0.005$. Установлено, статистически значимое преобладание в группе пациентов с психическими расстройствами лиц с акцентуациями по циклотимному, и экзальтированному типам.

Выводы: распространенность расстройств тревожно-депрессивного спектра среди пациентов амбулаторного профиля с диагнозом акне vulgaris – 35.2%, тревоги – 24.2%, депрессии – 26.2%. Качество жизни существенно ниже среди больных акне с тревожно-депрессивными расстройства-

ми, чем в категории лиц, страдающих акне, но без выявленной психической симптоматики. Ассоциация показателей психосоциального воздействия акне (APSEA) с психическими нарушениями отражает взаимосвязь кожного процесса с развитием тревоги и депрессии. Формирование психических расстройств взаимосвязано с индивидуальными особенностями личности – акцентуациями характера по циклотимному и экзальтированному типам, которые могут быть рассмотрены как факторы риска в данном случае. Психические нарушения взаимосвязаны с типом реакции личности на болезнь.

RecoSma – лазерный метод акусто-интерференционного микроповреждения тканей: комплексное нехирургическое омоложение мягких тканей лица – воздействие на уровне дермы и SMAS.

Волкова Н.В., Швидун Д.В., Ребриева А.С.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

RecoSMA (Reconstruction Spatially Modulated Ablation) – метод лазерного омоложения кожи с использованием Er:Yag лазера (2936 нм), оснащенного специальным модулем SMA. В основе метода – акусто-интерференционное микротравмирование тканей, стимулирующее синтез коллагена на уровне дермы и SMAS.

Цель настоящего исследования – изучение эффективности методики лазерного омоложения RecoSMA на основании данных ультразвукового сканирования кожи и мягких тканей лица. Методы исследования: сбор данных анамнеза, клинический осмотр, ультразвуковое сканирование кожи и мягких тканей лица (SkinScanner DUB модель CUTIS, датчик 22 МГц). Обследован 71 пациент (68 женщин и 3 мужчины) в возрасте от 34 до 72 лет. Период наблюдения – 3 месяца. Всем пациентам была однократно проведена процедура лазерного омоложения Рекосма: Er:Yag лазер (2936 нм), оснащенный модулем SMA. Оценка клинического состояния и ультразвуковое сканирование кожи и мягких тканей лица осуществлялись до процедуры, через 1 и 3 месяца после. Среднее значение толщины дермы до проведения процедуры составило 1324,62 мкм, через месяц после проведения процедуры – 1422,09 мкм, через 3 месяца – 1489,58 мкм. Увеличение толщины дермы через месяц после процедуры составило 7,36%, через 3 месяца – 12,45%. Среднее значение абсолютной плотности дермы до проведения процедуры составило 12,64, через месяц после проведения процедуры – 13,45, через 3 месяца – 16,08. Изменение плотности дермы в период исследования характеризовалось увеличением показателей: на 6,43% через 1 месяц и на 27,22% относительно первоначального значения через 3 месяца. Статистически значимая разница ($p < 0,05$) выявлена между показателями плотности дермы в сроки до проведения процедуры и через 3 месяца после. Период реабилитации (покраснение кожи, шелушение эпидермиса) составил 3-6 дней. После завершения реабилитационного периода визуально определялись улучшение цвета лица, повышение тонуса кожи, уменьше-

ние глубины морщин. Лифтинговый эффект формировался в более отдаленный период – 1-3 месяца с постепенным нарастанием его выраженности. Среднее значение толщины SMAS до проведения процедуры составило 180,38 мкм, через месяц после проведения процедуры – 209,1 мкм, через 3 месяца – 239,87 мкм. Увеличение толщины SMAS через 1 месяц после процедуры составило 10,09%, через 3 месяца – 44,69%. Среднее значение абсолютной плотности SMAS до проведения процедуры составило 18,93, через месяц после проведения процедуры – 20,84, через 3 месяца – 27,39. Изменение плотности SMAS в период исследования характеризовалось увеличением показателей: на 10,09% через 1 месяц и на 44,69% относительно первоначального значения через 3 месяца. Увеличение плотности SMAS через 3 месяца относительно изменений через 1 месяц после проведения процедуры составило 31,43%. Статистически значимая разница ($p < 0,05$) выявлена между показателями плотности SMAS в срок 1 и 3 месяца относительно первоначальных значений. Вывод: анализ представленных данных показал постепенное увеличение толщины и плотности дермы и SMAS, что является признаком увеличения числа структурных компонентов указанных слоев, а также отражает процессы неокolleгезиса. Данные ультразвукового сканирования кожи и мягких тканей лица подтверждают полученные клинические результаты – повышение тонуса кожи, уменьшение глубины морщин, лифтинг мягких тканей лица.

Использования сетчатого имплантата при одномоментной комбинированной реконструкции молочной железы.

Волченко А.А., Иванов В.М., Лядов В.К., Ненахова Ю.Н., Сецко М.А.

Центр онкопластической хирургии молочной железы ФГАУ Лечебно-реабилитационный центр Минздрава, Москва

Радикальная мастэктомия продолжается оставаться основным видом операции при раке молочной железы (РМЖ). Это приводит к серьезной физической и психо-эмоциональной травме. Реконструкция молочной железы значительно улучшает качество жизни таких пациенток. Первичные реконструктивно-пластические операции при РМЖ подразумевают под собой два, следующих друг за другом этапа – онкологический и реконструктивно-пластический. Использование силиконовых эндопротезов в комбинации с сетчатым имплантатом, ацеллюлярным дермальным матриком (ADM) или собственными тканями позволяет одномоментно реализовать эти два этапа. Метод реконструкции может быть выбран в зависимости от желания пациентки, показаний и возможностей хирурга. Основной целью данного метода является увеличение и формирование межпекторального пространства для силиконового эндопротеза при помощи большой грудной мышцы, передней зубчатой мышцы и сетчатого имплантата. Сетчатые имплантаты используются в реконструкции молочных желез сравнительно недавно, в то время как в абдоминальной хирургии, давно известны возможности их применения. В зависимости от вида использованного материала различают сетчатые имплантаты

из полипропилена, политетрафторэтилена и комбинированные – из пролена и викрила. Благодаря своей структуре они достаточно хорошо прорастают окружающими тканями и держат каркас. ADM – субстанция, обработанная в специальных растворах и лишенная антигенности и чужеродности, производная дермального слоя кожи человека, свиньи или крупного рогатого скота.

К сожалению, достаточно высокая стоимость ADM не позволяет повсеместно его использовать. В центре онкопластической хирургии молочной железы ФГАУ ЛРЦ с 2015 по 2016 г. выполнено 25 комбинированных реконструкций молочной железы с использованием сетчатого имплантата. Во всех случаях был получен отличный косметический результат. В послеоперационном периоде у 2 больных развились послеоперационные осложнения. Данный тип операций позволяет одноэтапно реализовать как радикальную программу хирургического лечения рака молочной железы, так и реконструктивно-пластический этап, без использования экспандера. Позволяет добиться хороших косметических результатов.

Регенеративная хирургия колобомы век с использованием биоматериалов Аллоплант.

Галимова В.У., Нураева А.Б.

ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» Минздрава России, г. Уфа

Актуальность. Несмотря на относительно небольшой удельный вес пороков развития век в общей структуре офтальмопатологии, такая аномалия, как колобома, требует адекватной хирургической коррекции возможно в ранние сроки. Это связано с часто встречающимися в последующем осложнениями как функционального характера, так и глубокими органическими изменениями в самых различных структурах органа зрения: роговицы, конъюнктивы, склеры и т.д. В это связи уместно отметить, что в десятой версии международной классификации болезней врожденные аномалии (пороки развития) века и глазницы сгруппированы в самостоятельный раздел (Q10). Причем в рубрике Q10.3 выделены колобома и сопряженные с ней аномалии: Аплефария; отсутствие или агенезия века, колобома века. Выполнение восстановительных операций при подобных пороках развития мягких тканей лица в целом, и век в частности требует использования различных трансплантационных материалов (В.В. Волков, 2009; Э.Р. Мулдашев, 2014). На базе многопрофильного тканевого банка Всероссийского центра глазной и пластической хирургии разработаны инновационные биоматериалы, способные индуцировать репаративную регенерацию тканей реципиента в области трансплантации. Целью настоящей работы является обоснование возможностей использования различных видов биоматериалов Аллоплант в восстановительной хирургии век при колобоме. Материалы и методы исследования. Учитывая, что в структуре век присутствуют самые различные соединительнотканые формации, мышечные ткани, эпителий и его производные, для их восстановления нами отобраны биоматериалы с различными морфогенетическими свойствами и фиброструктурой.

На первом этапе проведены экспериментальные исследования по моделированию отдельных структурных компонентов век (Э.Р. Мулдашев, В.У. Галимова, 2006; А.Б. Нураева, 2015). После регистрации данных биоматериалов отрабатывались технологии их клинического применения при колобоне век, и оценивалась их эффективность (Э.Р. Мулдашев, В.У. Галимова, 2014). Результаты исследования. Разрабатывая алгоритм подбора биоматериалов для восстановления век при колобоне, мы исходили из того, что соединительнотканые структуры век формируют единый мягкий остов (А.П. Сорокин, 1973; Р.Т. Нигматуллин, А.Б. Нураева, 2015). При этом нами выделены следующие структуры мягкого остова: каркасные (хрящ век), опорные (медиальные и латеральные связки век, сухожилия мышцы глазницы), динамические (тарзоорбитальные фасции, собственная пластинка конъюнктивы, скользящие оболочки области глазницы). Для восстановления различных морфологических структур век нами отбирались биоматериалы с адекватными биомеханическими свойствами (А.Б. Нураева, 2016). Проведенные экспериментальные исследования показали, что каркасный биоматериал Аллоплант позволяет замещать дефект хряща века и поэтапно замещается плотным оформленным соединительнотканым регенератом. Опорные структуры век успешно моделируются с использованием аллосухожильных нитей. Для восстановления динамических структур мягкого остова нами используются биоматериалы для мембранной пластики, которые являются оптимальным субстратом для регенерации эпителиальных покровов и замещаются рыхлым волокнистым регенератом. Инъекционные формы биоматериалов Аллоплант позволяют стимулировать процессы репаративной регенерации поперечнополосатой и гладкой мышечных тканей. Проведенный анализ клинических наблюдений, а также изучение биопсийного материала в отдаленные сроки после операции у больных с колобомой век, полностью подтвердили результаты выполненных нами экспериментальных исследований. Заключение. Таким образом, проведенные исследования позволяют использовать биоматериалы Аллоплант для выполнения восстановительных операций при колобоне век с последующей регенерацией функционально востребованных тканей реципиента.

Опыт реконструкции молочной железы diep лоскутом.

Гарбуков Е.Ю., Жеравин А.А., Кульбакин Д.Е., Брагина О.Д., Дорошенко А.В., Кокорина Ю.Л., Тарабановская Н.А., Вернадский Р.Ю.

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр», Томск

Актуальность. Реконструкция молочной железы с использованием аутоклеток, позволяет получить естественную форму, консистенцию, характер движений и чувствительность, с сохранением стабильного результата на протяжении жизни. Применение с этой целью DIEP лоскута является наиболее функциональноадаптивной методикой использования кожи и жировой клетчатки передней брюшной стенки поскольку, не нарушает ее каркасной функции за счет сохранения прямой мышцы живота.

Цель. Оценить результаты выполнения реконструкции молочной железы с использованием DIEP лоскута.

Материал и методы. С 2007 по 2016 г. реконструкция была выполнена 79 пациенткам (74 – одномоментная, 5 – отсроченная). Средний возраст $48 \pm 12,6$ лет. Маркировка перфорантных сосудов осуществлялись с помощью доплеровской флоуметрии либо контрастной компьютерной томографии. В качестве реципиентных у 60 пациенток использовались торакодорзальные, в 19 внутригрудные сосуды. В 70 случаях лоскут поднимался на одной сосудистой ножке, в 9 при необходимости реконструкции крупной молочной железы, либо молочной железы с выраженным птозом на двух. У 78 пациенток была выполнена реконструкция одной в 1 случае обеих молочных желез. При поднятии лоскута выделялось от 1 до 4 перфорантных сосудов, в подавляющем большинстве (79%) осуществлялась диссекция 2 перфорантов. В 93% случаев лоскут поднимался на перфорантах, отходящих от медиальной ветки, перфоранты латеральной группы, использовались в случае их значимо большего диаметра, выявленного при интраоперационной оценке. В ряде случаев для определения наиболее значимого перфоранта, отходящего от латеральной и медиальной веток на последние поочередно накладывались микроклипсы с последующей оценкой изменения площади капиллярного кровотока в лоскуте. Диссекция сосудистого пучка всегда выполнялась до наружных подвздошных сосудов. После оценки кровоснабжения в лоскуте проводилась резекция ишемизированной зоны, лоскут перемещался в область постмастэктомического дефекта и фиксировался к грудной клетке временными швами. По окончании микроэтапа выполнялось моделирование формы лоскута, его фиксация и ушивание операционной раны. Среднее время операции составило 7,5 часов.

Результаты и их обсуждение. Полная потеря лоскута наблюдалась у 3 больных (2,6%). Причины, 2 случая – тромбоз в зоне анастомоза, 1 – формирование колена вследствие избыточной длины сосудистой ножки. Краевой некроз 3 (2,6%) случая. У одной пациентки площадь некроза составила менее 10%, в двух около четверти лоскута. Коррекция осуществлялась в раннем послеоперационном периоде. В первом – иссечение с наложением вторичных швов, во втором некрэктомиа, ремоделирование положения лоскута с целью достижения наиболее оптимального эстетического результата. В двух случаях с краевыми некрозами и в одном с полным – пациентки имели продолжительный стаж курения. Кровотечения наблюдались в 2 случаях (1,5%), один из них в реципиентной, второй в донорской зоне, что потребовало проведения ревизии послеоперационной раны. Операции по коррекции восстановленной и контрлатеральной молочной желез были выполнены 14 больным: 5 – реконструкция сосково-ареолярного комплекса, 4 – коррекция послеоперационных рубцов, 5 – редукция, пексия противоположной молочной железы. У одной пациентки через год после реконструкции была диагностирована грыжа, воротами которой были латеральная и медиальные порции прямой мышцы в проекции диссекции сосудистой ножки. В последующем пациентке была выполнена герниопластика. За исключением случаев полной потери лоскута в результате выполнения реконструкции удалось добиться хорошего эстетического результата.

Заключение. Использование DIEP-лоскута является одним из оптимальных способов реконструкции молочной железы, позволяющим получить естественную форму, консистенцию наряду со стабильным эстетическим результатом.

Ринопластика как этап комплексной реабилитации пациентов с зубочелюстными аномалиями.

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

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии, Москва

Введение: сама по себе ортогнатическая хирургия уже давно является высокоэффективным методом лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями. Ортогнатическая хирургия представляет собой собирательное понятие, в которое помимо различных вариантов перемещения челюстей входят остеотомия подбородочного отдела, остеотомия скуловых костей, краевая резекция нижней челюсти. Более того, с целью улучшения эстетического результата при лечении данной группы пациентов, возможно проведение целого комплекса дополнительных хирургических вмешательств, таких как липосакция и липофилинг различных областей лица и шеи. Но, по нашему мнению, на сегодняшний день этого не совсем достаточно, и мы предлагаем комплексный подход к лечению данной группы пациентов. Мы рекомендуем, при наличии показаний, проводить пациентам с зубочелюстными аномалиями ринопластику как обязательный этап комплексного лечения. Только так можно добиться прекрасных эстетических и функциональных результатов и максимально завершить реабилитацию пациентов с эстетической точки зрения.

Цель исследования: оценить эффективность проведения ринопластики одновременно с ортогнатической операцией или вторым этапом у пациентов с зубочелюстными аномалиями.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 54 пациента (47 женщин и 7 мужчин в возрасте от 19 до 45 лет) с различными видами аномалий зубочелюстной системы (32 пациента с мезиальной окклюзией и 22 – с дистальной). Из всех пациентов 28 было проведено комплексное лечение в объеме ортогнатической операции и ринопластики (25 пациентам ринопластика проводилась одномоментно с двучелюстной ортогнатической операцией, 3 пациентам ринопластика была проведена отсрочено). Остальным 26 пациентам ринопластика не проводилась по тем или иным показаниям (нет показаний или они слишком размыты, отказ пациента от операции). В случае проведения ринопластики, после завершения всех этапов ортогнатической операции (перемещение верхней и нижней челюстей, подбородочного отдела, дополнительных костных вмешательств, липосакции и липолинга) проводилась переинтубация пациента и последующая коррекция носа. Ринопластика проводилась только закрытой методикой. С целью оценки эффективности проводимого лечения всем пациентам проводилась фотореги-

страция на этапах до и после хирургического лечения.

Результаты исследования: по данным нашего исследования, все пациенты, которым проводилась ортогнатическая операция и ринопластика, остались довольны результатом и отмечают функциональные и эстетические улучшения. По клиническим данным и данным фоторегистрации, наряду с нормализацией прикуса, отмечается улучшение эстетических пропорций лица и его общая гармонизация. В свою очередь, в группе пациентов, которым не проводилась ринопластика, 7 человек склоняются к возможности ее проведения в относительно ближайший период (до 1 года). Данная статистика (27% пациентов в рамках нашего исследования) позволяет нам сделать выводы, что пациентам можно рекомендовать ринопластику (в рамках ортогнатической операции или отсрочено) как важный этап комплексного лечения для достижения максимального эстетического результата.

Заключение: проведение ринопластики одновременно с ортогнатической операцией или вторым этапом является эффективным методом комплексного подхода к лечению пациентов с зубочелюстными аномалиями.

Концепция многоугольников в формировании эстетики концевой отдела носа.

Глушко А.В., Дробышев А.Ю., Чакир Б.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии, Москва

Введение: формирование концевой отдела носа является весьма актуальной задачей любого практикующего пластического хирурга, занимающегося вопросами ринопластики. Существует множество различных методик, которые в свою очередь имеют множество вариаций. Подавляющее большинство таких методик хорошо зарекомендовали себя среди хирургов, использующих технику открытой ринопластики. Что же касается закрытой ринопластики, то здесь есть свои особенности, которые необходимо учитывать для достижения хороших эстетических результатов. Одной из самых новых методик является методика «многоугольников» (Baris Çakir, Aesthetic Septorhinoplasty, 2016), которая была создана с позиции того, что весь наружный нос состоит из множества различных по форме и размерам многоугольников, которые в свою очередь, определяют конкретные анатомические области наружного носа. По словам автора, придерживаясь данной концепции, можно с уверенностью достигать прекрасных клинических результатов, а операции становятся менее травматичными, что ускоряет реабилитационный период.

Цель исследования: оценить возможности методики «многоугольников» с позиции практикующего хирурга, а именно: доступ, формирование новой анатомии, травматичность, реабилитационный период и клиническая эффективность.

Материалы и методы: в исследовании приняло участие 34 пациента, которым была проведена закрытая ринопластика или риносептопластика с использованием методики «многоугольников». Из всех пациентов, 14 была проведена пластика носа одномоментно с ортогнатической операцией в со-

стае комплексной реабилитации. Всем пациентам операция проводилась под ЭТН в условиях управляемой гипотонии, при этом 21 последнему пациенту операция на наружных структурах носа проводилась без использования местного анестетика. Это было доступно благодаря особенностям формирования доступа методикой «многоугольников». Во всех случаях после операции была фиксирована гипсовая повязка сроком до 7 дней. В полость носа устанавливались тампоны сроком от 1 до 4 дней. Всем пациенткам на этапах до и после операции была проведена фоторегистрация.

Результаты исследования: у всех 34 пациентов было отмечено достижение хороших эстетических результатов. В зависимости от объема, количество операционного времени варьировало в пределах 1-3 часов и в среднем составило около 2 часов. Аатравматичный доступ позволил достаточно быстро проводить распрепаровку и выделение хрящевых и кожных структур наружного носа без использования местного анестетика, что обеспечило постоянную работу с истинной анатомией носа. Доступ формируется двумя полукруглыми разрезами, начинающимися как предхрящевые вдоль колумеллы у медиальных ножек с переходом на чрезхрящевые (отступ 1-3 мм от каудального края латеральных ножек). Далее проводилась поднадхрящичная и поднадкостничная диссекция. В свою очередь, технические особенности методики «многоугольников» позволили изменять анатомию концевого отдела носа без использования дополнительного материала в области куполов нижних латеральных хрящей, полностью обходясь собственными хрящами этой области. В случае слабых медиальных ножек проводилось укрепление в области колумеллы аутохрящом из перегородки носа. Это позволяло добиться большей стабильности. Техника «многоугольников» с легкостью позволяла достигать одновременного увеличения проекции и укорочения длины носа, при этом не оказывая негативного влияния на внутренние и наружные клапаны. После проведения всех необходимых манипуляций раны зашивались. Накладывалась гипсовая повязка. Вводились носовые тампоны. Реабилитационный период проходил у всех пациентов без особенностей. Ни один пациент не отметил ухудшения функции носового дыхания после проведенной операции. Заключение: по результатам проведенных операций было выявлено, что использование методики «многоугольников» дает хорошие эстетические результаты.

Тактика хирургического лечения при повреждении малоберцового нерва.

Голубев И.О., Меркулов М.В., Максимов А.А., Кутепов И.А., Бушуев О.М.

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова», Москва

За период с 2008 по 2016 г. пролечено 36 пациентов с повреждениями малоберцового нерва на уровне подколенной ямки и проксимальной трети голени (33 мужчины, 3 женщины). Возраст 15-39 лет. Основные виды повреждения малоберцового нерва:

– тракционное повреждение без внутривольного разрыва и образования внутривольной невromы;

– тракционное повреждение с внутривольным разрывом или внутривольной невromой;

– анатомический перерыв с терминальной невromой на проксимальном конце нерва.

Методы обследования: клиничко-неврологический метод, электронейромиография, ультрасонография. У 9 пациентов при сроках повреждения до 3 месяцев выполнялся эпиневральный шов малоберцового нерва в сочетании с лавсанодезом стопы, у 27 пациентов с целью восстановления активного разгибания стопы и пальцев – сухожильно-мышечная транспозиция. В качестве мышц-доноров использовали заднюю большеберцовую мышцу с ее фиксацией к III плюсневой кости и длинный сгибатель пальцев, который перемещался на сухожилия длинного разгибателя I пальца и длинного разгибателя II-V пальцев. Сухожильно-мышечная транспозиция выполнялась при дефектах нерва > 6 см, тракционных повреждениях с внутривольным разрывом или внутривольной невromой, а также при застарелых повреждениях (более 1 года). К 8-12 месяцам после эпиневрального шва отмечались признаки реиннервации передней большеберцовой и малоберцовых мышц. К 1,5-2 годам сила реиннервированных мышц достигала М4. После сухожильно-мышечной транспозиции восстановление функции разгибания стопы и пальцев наблюдалось через 2-3 месяца. Во всех 27 клинических наблюдениях в отдаленном периоде (1-2 года) сохранился дефицит разгибания до 20 градусов.

Влияние симпатэктомии на исходы аутонейропластики после травм нервов верхних конечностей.

Голубев И.О., Меркулов М.В., Максимов А.А., Кутепов И.А., Бушуев О.М.

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова», Москва

За период с 2010 по 2016 г. пролечено 90 больных (83 мужчины, 7 женщин) с дефектами срединного, локтевого, лучевого, кожно-мышечного нервов. Возраст 12-60 лет. Дефекты нервов составляли от 2,5 до 20 см. У 46 больных аутонейропластика сочеталась с симпатэктомией (торакоскопическое клипирование ганглиев симпатического ствола на уровне Th3 – Th4), у 44 – без симпатэктомии. Больные каждой группы распределялись в зависимости от размеров дефекта нервов (< и > 6 см) и сроков их повреждения (< и > 8 месяцев). К 1,5-2 годам получены статистически достоверные различия в группах больных без и с симпатэктомией. В группе «с симпатэктомией» достоверно увеличивалась сила реиннервированных мышц до М3-М4 в 47.7%±15.4%, по сравнению с контролем 10.9%±9.3%, чувствительность восстанавливалась до S3-S3+ в 65.9%±14.6% по сравнению с контролем 13.04%±10.1% (p<0,001), также статистически достоверны были различия в показателях электромиографического исследования (M, S – ответы, СРВ; p<0,001). По данным компьютерной термографии отмечалось выраженное возрастание температур уже в самые ранние сроки (2 недели) и поддерживалось на высоком уровне длительный период (p<0,05). При лазерной доплеровской флоуметрии со спектральным вейвлет-анализом

зом выявлялось более раннее и эффективное восстановление кровотока и давления в микроциркуляторном русле ($p < 0,05$) денервированного сегмента конечности.

Особенности современной реконструкции носа при его частичных сквозных дефектах.

Горкуш К.Н., Пшениснов К.П.

Европейский медицинский центр, Москва

За последние годы интерес к вопросу реконструкции носа значительно вырос на принципиально новом уровне.

Цели хирургического вмешательства изменились с операции по закрытию дефекта на его эстетическое воссоздание как органа и как важной части архитектуры лица.

Задачи. Оптимизировать алгоритм действий хирурга при решении вопросов реконструкции носа на всех этапах лечения. Материалы и методы. Оценены дефекты носа различной локализации, объема и этиологии. Для их устранения использовалась методика пересадки парамедиального лоскута со лба. На всех этапах производились антропометрические измерения, фотодокументация, УЗИ сосудов.

Результаты:

1) На этапе предоперационной подготовки нет смысла точно оценивать объем необходимых для пересадки тканей. Важно выяснить следующее: – состояние тканей, окружающих дефект, на предмет возможности их использования при реконструкции; – состав дефекта (кожные покровы, хрящи, слизистая); – состояние донорских тканей, в том числе функциональная оценка надблоковых сосудов при использовании парамедиального лоскута со лба.

2) При преобразовании скрытого дефекта в истинный, важно установить все сохранившиеся структуры носа в правильное/симметричное положение относительно срединной линии и анатомических структур лица.

3) Практика показала, что понятие сохраненной субъединицы актуально в первоначальном виде только применительно к крыльям носа. Если после выстояния поврежденного носа в симметричное положение относительно срединной линии одна половина субъединицы кончика, колумеллы и спинки остается не поврежденной, необходимо иссекать только поврежденную сторону по границе срединной линии.

4) Дефект носа можно окончательно оценивать, когда он на операционном столе принял свои «истинные» размеры. При этом готовят две выкройки: первая – под лоскут для внутренней выстилки (фрагмент №1), вторая – для устранения дефекта наружных покровов (фрагмент №3.1) + ножка лоскута (фрагмент № 3.2). Далее два этих фрагмента укладывают над проекцией надблоковой артерии. Причем между фрагментом №1 и фрагментом №3.1 необходимо оставить зазор в 5 мм – фрагмент №2 – зона перегиба/кромка реконструированного крыла.

5) При поднятии тканей лоскута в области донорской зоны важно каждый фрагмент выкраивать на определенной глубине. Фрагмент №1 – субдермальный уровень диссекции. Фрагмент №2 – субдермально с горизонтальными насечками. Фрагмент №3.1 – подмышечный уровень диссекции, причем по периферии фрагмента мышечные волокна срезают в косом направлении для наилучшего результата формирования стыков с края-

ми воспринимающего ложа. Фрагмент №3.2 – подмышечно, а на уровне выхода сосудистого пучка – субпериостально.

6) Для получения наилучших результатов в среднем необходимо от 3 до 5 корригирующих вмешательств. Первую коррекцию толщины лоскута необходимо проводить до этапа отсечения питающей ножки лоскута, т.к. при этом ткани лучше переносят манипуляции, что значительно снижает риски. На этом этапе удаляют фиброзные ткани и корригируют хрящевой остов носа. За счет хорошего питания сохраняется истинная архитектоника лоскута, что обеспечивает в дальнейшем нормализацию терморегуляции донорских тканей, что положительно сказывается на цвете кожных покровов. Выводы. Таким образом, описанные выше технико-оперативные приемы в лечении пациентов с дефектами носа, позволяют оптимизировать функциональный и эстетический результат реконструкции носа.

Методика ведения послеоперационного периода у пациентов с открытой травмой скелета носа.

Григорьева А.А.

Астраханский филиал «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Астрахань

Травмы носа составляют значительную долю в структуре обращаемости населения за неотложной помощью и могут сопровождаться обильными носовыми кровотечениями, повреждением жизненно важных структур лица, инфицированием ран, что требует быстрого вмешательства специалиста (Русецкий Ю.Ю., Лопатин А.С., 2012). Особую проблему составляют пациенты с открытыми травмами скелета носа в связи с наличием повреждения кожных покровов. Заживление кожных ран представляет собой комплексный многостадийный процесс, включающий физиологические, биохимические и клеточные реакции. Несомненным фактором в настоящее время является то, что в случае адекватного местного лечения грубые патологические рубцы не образуются (Юнусов А.С., Дайхес Н.А., Рыбалкин С.В., 2016).

Цель исследования: разработка методики ведения послеоперационного периода у пациентов с открытой травмой скелета носа, направленной на обеспечение снижения частоты образования рубцовых деформаций в области наружного носа и ускорение восстановления функционального состояния полости носа.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен клинический материал 64 пациентов в возрасте от 17 до 69 лет с открытой травмой скелета носа, находившихся на лечении в Астраханском филиале ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России и оториноларингологическом отделении Александрo-Мариинской областной клинической больницы г. Астрахани с марта 2014 по сентябрь 2016 года. Нами разработана и внедрена в клиническую практику следующая методика ведения послеоперационного периода у пациентов с открытой травмой скелета носа: со вторых суток послеоперационного периода после выполнения первичной хирургической обработки ран наружного носа и устранения посттравматических деформаций костно-хрящевого остова

наружного носа и его полости ежедневно проводится обработка области ран наружного носа кремом Бепантен® плюс, который наносится тонким слоем дважды в сутки в течение 6-10 дней, после чего на область кожных ран проводится лазерофорез гелем Контрактубекс в течение 7 дней по дистантной методике в непрерывном режиме мощностью 10-15 мВт, время воздействия на одну точку 1,5 мин., общее время воздействия 4,5-6 мин., а с четвертых суток послеоперационного периода в течение 5 дней проводится эндоназальная лазерная терапия в красном диапазоне импульсного режима мощностью 5 Вт по 1,5 мин. в каждую половину полости носа. Разработанная методика имеет следующие особенности: – проведение лазерофореза гелем Контрактубекс начинается не ранее 7 дня после полученной травмы скелета носа, что соответствует фазе образования и реорганизации рубца (Классификация фаз раневого процесса по М.И.Кузину (1977)) с учетом размера ран и особенностей строения кожи наружного носа; – с целью ликвидации воспаления и стимуляции регенерации в области ран наружного носа со второго дня после полученной травмы назначается ежедневная двукратная обработка области ран кремом Бепантен® плюс в течение 6-10 дней. Срок обработки напрямую зависит от наступления фазы образования и реорганизации рубца у конкретного больного, и, как правило, связан с размером раны и регенераторными возможностями эпителия пострадавшего; – в разработанную методику включена эндоназальная лазерная терапия в красном диапазоне импульсном режиме мощностью 5 Вт, учитывая доказанную её эффективность в послеоперационном периоде у пациентов с травмами ЛОР-органов (Наседкин А.Н., Москвин С.В. Лазерная терапия в оториноларингологии. – М.-Тверь:ООО «Издательство «Триада», 2011. – С. 162-164).

Выводы:

1. Разработанная методика ведения послеоперационного периода у пациентов с открытой травмой скелета носа направлена на уменьшение частоты образования рубцовых деформаций в области наружного носа за счет предупреждения избыточного рубцевания, ликвидации воспаления и стимуляции регенерации.
2. Профилактика формирования патологического рубца на лице пациента с открытой травмой скелета носа приводит к стабилизации психоэмоционального статуса.
3. Предлагаемая методика позволяет сократить сроки реконвалесценции у больных с открытой травмой скелета носа от 3 до 5 дней, сопровождаясь восстановлением физиологии полости носа в кратчайшие сроки.
4. Предлагаемый способ лечения легко воспроизводим, дает выраженный клинический эффект, может быть использован в любых лечебных учреждениях.

Особенности верхней эстетической блефаропластики в различных клинических ситуациях.

Грищенко С.В.

ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии», Москва

В настоящее время существуют общепринятые подходы к верхней эстетической блефаропластике (ВЭБ), которые счи-

таются универсальными и достаточно хорошо освещены в отечественной и зарубежной литературе. Но в практической работе не редко встречаются нестандартные ситуации, когда классические техники не достаточно эффективны. С целью повышения эффективности блефаропластических операций мы постарались проанализировать полученные результаты и выявить клинические ситуации, когда целесообразно изменить стандартные хирургические подходы, усложнить технику ВЭБ.

Цель работы: разработка оптимально эффективных подходов к ВЭБ в различных клинических ситуациях.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов ВЭБ у 302 пациентов с инволюционными изменениями верхних век, которые обратились в ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии» (ИПХ и К) за период с 2010 по 2015 г., из них 281 женского и 21 мужского пола в возрасте от 43 до 73 лет. Данные пациенты имели блефарохалазис с гипоплазией естественных складок (46-15,3%), птоз бровей (псевдоблефарохалазис) с одной или двух сторон (147-48,2%), внутренние эпикантусы (17-5,6%), утолщение наружных краев верхних век (одутловатые веки) (78-25,8%), односторонний или двусторонний блефароптоз легкой или средней степени выраженности (14-4,7%) и нуждались в усложнении хирургической техники ВЭБ. Так, у 17 пациентов с внутренними эпикантусами удалось получить оптимальные результаты ВЭБ в сочетании с одномоментной эпикантопластикой по V.P. Blair (1932). ВЭБ у 78 пациенток, которые имели утолщенные верхние веки, ВЭБ была эффективно дополнена частичной плоскостной резекцией ROOF (retroorbicularis oculi fat) и процедурой углубления естественной складки века шовной техникой путем септо-апоневротической фиксации. Пациентам с псевдоблефарохалазисом и птозом бровей (147 случаев) была выполнена эндоскопическая коррекция верхней трети лица с эффектом бровпексии (82 пациента), нитевой лифтинг бровей SPRING-THREAD (54 пациента) или доступом через верхнее веко и фиксацией проленовой сеткой «Virgo II» (11 пациентов). Следует отметить, что у пациентов с псевдоблефарохалазисом или птозом бровей приоритетной остается бровпексия, а лишь потом – ВЭБ. Удовлетворительные результаты наблюдали у всех пациентов с односторонним и двусторонним птозом 1) легкой и 2) средней степени век, которым одновременно с ВЭБ произведено укорочение леватора без резекции в первом случае и частичной резекцией во втором. При глазной форме миастении отмечен частичный рецидив деформации – до 2 мм за 3 года. У пациентов с блефароптозом средней степени исследованы операционные биопсии – фрагменты резецированного леватора, взятые во время ВЭБ. Выявлены выраженные дистрофические, атрофические и склеротические морфологические изменения мышечных структур леватора и периферических ветвей соматических нервов, а также расширение просвета, изменение конфигурации, склероз стенок кровеносных сосудов. Наиболее явные патологические изменения леватора отмечены у пациенток при миастении. Анализ клинических проявлений блефароптоза, выявленных нейроциркуляторных нарушений и полученных результатов хирургической коррекции выявили необходимость у данной категории пациентов своевременной до операционной его диагностики с учетом функциональной активности левато-

ра, обследования у офтальмолога и невролога, дифференцированного подхода к хирургической коррекции, а при тяжелой степени – лечение в специализированном учреждении. Важной составляющей в эффективной реабилитации пациентов после ВЭБ является восстановительный период, который может продолжаться до 4-6 месяцев. Применение косметологических и физиотерапевтических процедур (кислородоозонотерапия, ручной и криомассаж, магнитотерапия, ультразвук, лимфодренаж, миостимуляция и др.), миогимнастики, силиконовых накладок, Букки-терапии в разных сочетаниях, местной гормонотерапии и др. позволили значительно сократить сроки полной медицинской реабилитации и улучшить результат хирургической коррекции инволюционных изменений век.

Результаты хирургического лечения паралитического лагофтальма с использованием пальпебрального имплантата.

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

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва

Цель: оценить результаты коррекции паралитического лагофтальма утяжеляющим имплантатом.

Задачи: выяснить эффективность методики постановки пальпебрального имплантата пациентам с хроническим параличом лицевого нерва (ХЛП) с целью коррекции и устранения лагофтальма, выявить изменения биометрических показателей верхнего века и глазной щели, изучить влияние имплантата на роговицу, выявить возможные осложнения на сроках наблюдения до 36 месяцев, а также проанализировать удовлетворенность пациентов результатами имплантации.

Материал и методы. В исследование было включено 70 пациентов с лагофтальмом при одностороннем ХЛП. Коррекция ПЛ осуществлялась за счет первичной постановки оригинального имплантата (патент RU 2395258 С1 производства ОАО «НПК «Суперметалл»). Комплексное обследование проводили до операции и на следующих сроках после нее: 1, 3, 6, 12, 24, 36 мес. Для подбора веса имплантата использовали оригинальный набор наружных грузиков (патент RU 2500369 С1) с шагом 0,1 г. Также 30 больным измеряли толщину роговицы, индекс астигматизма в центре, исследовали топографические показатели передней и задней поверхности роговицы (Pentacam («Oculus»). Во всех случаях удаления имплантата выполняли гистологическое исследование окружающих тканей и сканирующую электронную микроскопию с использованием химического микроанализа и энергодисперсионной спектроскопии (ЭДС) (Carl Zeiss EVO LS 10). Всем больным до операции и через 2 мес. после нее было предложено на добровольной основе пройти психологическое тестирование. Результаты. Средняя величина лагофтальма до операции составляла 5,5 мм. Среднее значение MRD1 на стороне с ХЛП не отличалось от здоровой ($p=0,23$), разница PFv между сторонами составила 2,1 мм, PFвниз 2,4 мм, экскурсия верхнего века 2,9

мм ($p<0,05$). Технических трудностей и осложнений во время операции и в ранние сроки после операции не возникло.

В результате операции отмечено статистически значимое изменение параметров глазной щели: уменьшение величины лагофтальма до среднего значения в 0,5 мм ($p<0,05$); увеличение экскурсии верхнего века в среднем на 2 мм ($p<0,05$); на 2 мм в среднем уменьшилось и значение MRD1 ($p=0,000$). Через 36 мес. после операции значения PFv, PF вниз и экскурсии верхнего века на стороне ХЛП значительно приблизились к показателям здоровой стороны ($p<0,05$). На этом сроке уменьшение лагофтальма составило в среднем на 5 мм. Через 3 года после постановки имплантата лагофтальм отсутствовал у 45 (71,4%) пациентов. Проминенция имплантата была выраженной у 15 (21,4%), умеренно выраженной у 19 (27,1%) и слабой/отсутствовала у 35 (50%) больных. Остаточный лагофтальм (среднее значение 0,5 мм) регистрировали в 18 случаях (28,5%), птоз верхнего века определялся в 24 случаях (34,3%), в 14 (22,2%) случаях он был секторальным. Мобильность имплантата выявлена в 7 (10%), в 6 (8,6%) – миграция с обнажением, в 4 (5,7%) – реакция на имплантат, в 2 (2,8%) – халязион верхнего века, в 1 (0,7%) – лигатурная гранулема. Удаление имплантата было проведено в 7 (10%) случаях, из них в 4 случаях в результате хронического воспалительного отека верхнего века. Сроки удаления, данные клинических, гистологических исследований позволяют говорить о вялотекущей хронической воспалительной реакции организма на имплантат. Данные исследования и ЭДС показали полную биодеградацию шовного материала и химическую чистоту материала имплантата, что позволило отвергнуть экзогенные причины и говорить об аллергической реакции. Исследование роговицы выявило увеличение индекса астигматизма в среднем на 1,1D ($p<0,05$), по данным литературы тот же показатель составлял 1,4D при постановке молитного имплантата. Выявлено уменьшение толщины роговицы в центре, что, вероятно, связано с восстановлением ее передних слоев в результате исчезновения кератопатии. Психологическое тестирование после операции показало, что у 93% пациентов ожидания оправдались полностью или почти полностью.

Вывод. Результаты 70 операций показали хорошую переносимость разработанного пальпебрального имплантата, его минимальное влияние на рефракцию. Показана высокая эффективность коррекции ПЛ имплантатом как с функциональной, косметической, так и с психологической точки зрения в отдаленные сроки наблюдения. Собственный алгоритм подбора имплантата позволил достичь оптимальных результатов операции.

Междисциплинарный подход к реабилитации пациентов с врожденными аномалиями наружного уха.

Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Назарян Д.Н., Харазян А.Э., Кондратчиков Д.С., Яранцев С.В., Пашинина О.А., Умаров П.У., Михалевич А.Е.

Среди различных аномалий органа слуха наиболее часто встречается комбинированный порок, известный как врож-

денная атрезия наружного слухового прохода (АНСП), который включает в себя аномалии развития наружного слухового прохода, среднего уха и сопутствующее этому дефекту недоразвитие ушной раковины. Реконструктивно-пластические операции, направленные на формирование ушной раковины и наружного слухового прохода, восстановление структур среднего уха, являются технически сложными и далеко не всегда приносят ожидаемого эстетического и функционального результата. Часто возникают рестеноз наружного слухового прохода и латерализация неотимпанальной мембраны, а устранение атретической пластинки нередко приводит к развитию сенсоневральной тугоухости (СНТ). Кроме того, при дисплазии III типа, когда у пациента отсутствуют нормальные структуры ушной раковины, для комплексных реконструктивных вмешательств требуется использование дополнительных фрагментов кожи или хряща. Большинство исследователей соглашались с тем, что черепно-лицевая реабилитация с помощью эктопротезирования на экстраоральных остеointегрируемых имплантатах (ЭОИ) является безопасным, надежным и предсказуемым способом восстановления нормального внешнего вида пациента и приводит к эстетически более удовлетворительному результату, чем применение аутогенной реконструкции. Учитывая наличие функционального и эстетического дефекта при врожденной АНСП с аномалией и высокой вероятности получения неудовлетворительных функциональных и эстетических результатов и осложнений при реконструктивно-пластической хирургии, вопрос о комплексном подходе к реабилитации таких пациентов остается актуальным.

Цель исследования: создание и внедрение в практику эффективного способа комплексной эстетической и функциональной реабилитации пациентов с АНСП и аномалией.

Материалы и методы. На базе ФГБУ НКЦО ФМБА РФ сотрудниками научно-клинических отделов заболеваний уха и челюстно-лицевой хирургии прооперировано пять пациентов с АНСП и аномалией в возрасте от 16 до 25 лет.

В ходе операции латеральную часть наружного слухового прохода расширяли сверху до твердой мозговой оболочки средней черепной ямки, спереди до височно-нижнечелюстного сустава, снизу и сзади до вертикальной порции канала лицевого нерва. Перед удалением атретической пластинки производили заднюю тимпанотомию и дезартикуляцию наковальне-стременного сустава для минимизации передачи колебаний и предотвращения развития СНТ в послеоперационном периоде. Удаляли атретическую пластинку и единый костный конгломерат молоточка и наковальни. Проводили ревизию барабанной полости и оссиклопластику частичным титановым протезом. Тимпанопластику выполняли фасциальным лоскутом. Затем истонченный языкообразный лоскут, сформированный из кожи рудиментов ушной раковины, укладывали на переднюю стенку трепанационной полости. Остальные стенки покрывали свободными тонкослойными кожными трансплантатами. В области фиксации имплантатов (над верхушкой сосцевидного отростка и височной линией) выполняли иссечение подкожной жировой клетчатки для создания протезного ложа, отсепаковку надкостницы. В указанные участки височной кости устанавливали перкутанно экстраоральные титановые имплантаты вместе с формирователями.

Вторым этапом на отделении челюстно-лицевого протезирования изготавливали мягкий индивидуальный силиконовый протез ушной раковины.

Результаты и обсуждение. В результате применения описанной методики получены стойкие анатомические результаты в отдаленные сроки наблюдения. Случаев стенозирования слухового прохода и перимплантита отмечено не было. Кроме того, снижение порогов воздушного звукопроведения составило, в среднем, 40-45 дБ, без повышения порогов костного звуковосприятия, что следует расценивать как хороший функциональный результат.

Использование индивидуального протеза ушной раковины полностью скрывало врожденный дефект. Эктопротезы улучшали внешний вид пациента, а высокое качество удержания протеза, и простота его использования обеспечили высокий уровень активности пациента и повышение качества жизни. Снизить частоту перимплантитов позволяет создание тонкого подкожного слоя в перимплантатной области и тщательная гигиена в послеоперационном периоде.

Заключение. Предложенный способ симультанного с устранением атрезии с тимпанопластикой и эктопротезированием на ЭОИ может быть успешно применен для замещения отсутствующей ушной раковины, формирования стойкого НСП и улучшения естественного слуха. Основные преимущества по сравнению с традиционными хирургическими методами реконструкции: предсказуемость и стойкость полученного результата, высокая скорость реабилитации пациента.

Особенности кохлеарной имплантации при кохлеовестибулярной патологии.

**Дайхес. Н.А., Диаб Х.М., Пащинина О.А.,
Кондратчиков Д.С., Михалевич А.Е.**

Кохлеарная имплантация (КИ) является самым результативным способом слухоречевой реабилитации взрослых и детей с сенсоневральной тугоухостью IV степени и глухотой и значительно улучшает их коммуникабельность. Кохлеарная оссификация усложняет хирургический КИ этап из-за трудности введения достаточного количества электродов в облитерированный просвет улитки и возможных осложнений, которые оказывают значимое влияние на результат слухоречевой реабилитации. Также в практике отохирургов достаточно часто встречаются случаи, когда проведение КИ является затруднительным в силу проведенной ранее радикальной операции (РО) на среднем ухе по поводу хронического гнойного среднего отита (ХГСО). Многие осложнения в большинстве случаев связаны с недостаточной фиксацией активного электрода в трепанационной полости, приводящей к его экстрюзии и дислокации. Отсутствие систематизации доступов к спиральному каналу улитки при различных патологиях внутреннего и среднего уха делает актуальным вопрос о разработке оптимального алгоритма хирургического этапа КИ с определением способов введения активного электрода в улитку и его фиксации.

Цель работы: улучшение результатов слухоречевой реабилитации пациентов с сенсоневральной тугоухостью IV степени (глухотой), осложненной патологией внутреннего или среднего уха, путем оптимизации хирургического этапа кох-

леарной имплантации.

На базе ФГБУ НКЦО ФМБА РФ с декабря 2014 по декабрь 2015 г. обследовано и прооперировано 40 пациентов с сенсоневральной тугоухостью 4 степени и различной патологией среднего или внутреннего уха. Пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили 12 пациентов с оссификацией после перенесенного менингита. Во вторую группу вошли 19 пациентов с аномалиями внутреннего уха: общая полость – 3 пациента, 4 пациента с неполным разделением улитки I типа (cystic cochlea) и 12 пациентов с неполным разделением улитки II типа (аномалия Мондини). Девять пациентов перенесших РО на среднем ухе по поводу ХГСО составили третью группу.

Всем пациентам проводилась расширенная антромастоидотомия, максимально расширенная задняя тимпанотомия. В случаях оссификации улитки удалялись мостик и наковальня, при оссификации в пределах основного завитка до 5 мм оссифицированные участки удалялись бором, начиная от окна улитки до появления ее просвета, после чего полностью вводился активный электрод. При оссификации более 5 мм освобождение спирального канала улитки помимо удаления очагов оссификации в базальном завитке производилось через верхнюю кохлеостому. Сверление алмазным бором начиналось у передней ножки стремени книзу и медиально и прекращалось по достижению созданного просвета со стороны нижней кохлеостомы.

Высокое расположение луковички внутренней яремной вены и отсутствие её костной стенки обнаружены у 5 пациентов второй группы. У таких пациентов для предотвращения травмы луковички яремной вены накладывалась кохлеостома. Остальным 14 пациентам активный электрод вводили трансмембранно. Недоразвитие мыса и атипичное расположение окна улитки под выражено развитым пирамидальным отростком или медиально расположенным лицевым нервом были выявлены у 5 пациентов. Для визуализации окна улитки потребовалось пересечение сухожилия стремени мышцы и частичное удаление пирамидального отростка.

Пациентам из 3 группы после вскрытия трепанационной полости формировали туннели у заднего края мастоидальной части трепанационной полости и в «шпоре» над лицевым нервом. Далее активный электрод проводили через туннели и вводили в тимпанальную лестницу через мембрану окна улитки. Открытые участки электрода укрывали аутохрящевыми пластинками. На подготовленное ложе для тимпанопластики в барабанном сегменте и поверх пластинок хряща укладывали аутофасциальный лоскут, поверх которого направляли сохранившуюся выстилку полости.

Таким образом, применение описанных методик позволяет установить максимальное количество электродов в спиральный канал улитки, что дает возможность пациентам с оссифицированной или аномальной улиткой получать хорошие результаты слухоречевой реабилитации. Обеспечение хорошей визуализации окна улитки с трансмембранным введением активного электрода в спиральный канал улитки у пациентов с аномалиями развития внутреннего уха дает возможность минимизировать травму спирального органа улитки, контролировать ликворею и получать хорошие результаты слухоречевой реабилитации. Формирование кост-

ных туннелей для активного электрода в трепанационной полости и его покрытие аутохрящем позволяет избежать протрузии и дислокации активного электрода в раннем и позднем послеоперационном периодах и тем самым повышает эффективность кохлеарной имплантации у пациентов с хроническим гнойным средним отитом, ранее перенесших радикальную операцию на среднем ухе.

Щадящий подход к хирургическому удалению опухолей лицевого нерва с сохранением/восстановлением его функции и слуха.

Дайхес. Н.А., Диаб Х.М., Нажмутдинов И.И., Кондратчиков Д.С., Умаров П.У., Пашнина О.А., Михалевич А.Е.

Научно-клинический отдел заболеваний уха ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва, (директор – д.м.н., профессор Н.А. Дайхес)

Наиболее часто встречающимися первичными опухолями лицевого нерва являются невриномы и гемангиомы. Менее распространены нейрофиброма, менингиома и первичная гломусная опухоль. Описаны также злокачественные эпителиоидные опухоли оболочек черепных нервов, вовлекающие тройничный и лицевой нерв, но большинство злокачественных опухолей лицевого нерва являются результатом метастазов или периневральной инвазии. Хотя первичные опухоли лицевого нерва относительно редки, при медленно прогрессирующем парезе лицевого нерва необходимо исключение новообразования, до установки диагноза Паралич Бэлла. В этой работе представлен наш опыт хирургического лечения новообразований лицевого нерва.

За период с января 2015 по октябрь 2016 г. на базе ФГБУ НКЦО обследовано и прооперировано 6 пациентов с опухолями лицевого нерва. Для оценки степени пареза лицевой мускулатуры мы используем 6-ступенчатую шкалу Хауза-Брэкмана. По данным КТ височных костей и МРТ головы определяли степень распространения новообразования и выбирали оптимальную тактику хирургического лечения.

Целями оперативного лечения являлись:

- полное удаление опухоли с сохранением функции лицевого нерва/восстановление функции лицевого нерва при невозможности сохранения целостности нервного ствола;
- сохранение или восстановление слуховой функции.

Всем пациентам была выполнена антромастоидотомия с расширением доступа в зависимости от распространенности опухоли для обеспечения полного ее удаления и возможности сохранения и контроля жизненно важных структур. Все операции проводились с использованием нейромониторинга лицевого нерва и применением навигационной системы. Двум пациентам (1 группа) выполнено удаление опухоли с последующей пластикой лицевого нерва, четырем пациентам (2 группа) – удаление опухоли с сохранением целостности лицевого нерва.

В ходе оперативного вмешательства у пациентов 1 группы опухоль удаляли до неизменной нервной ткани в области

шилососцевидного отверстия. Проксимальную часть лицевого нерва выделяли до лабиринтного сегмента. С передней поверхности кивательной мышцы производили забор фрагмента большого ушного нерва. Аутографт подшивался конец в конец к проксимальному и дистальному концам лицевого нерва. Сформированный ствол нерва ограничивали от окружающих тканей аутофасцией височной мышцы. Выполняли ревизию барабанной полости, тимпанопластику.

Пациентам второй группы выполнена антроаттикомастоидотомия. Перед удалением опухоли из мастоидального сегмента для визуализации лицевого нерва выполнялась задняя тимпанотомия. При расположении опухоли в тимпанальном сегменте или на границе тимпанального и мастоидального сегментов удаляли заднюю стенку наружного слухового прохода для обеспечения хорошей визуализации всей опухоли и идентификации нормальной нервной ткани. После удаления опухолевой ткани выполняли тимпанопластику.

По данным гистологического исследования выявлена пролиферирующая шваннома фасцикулярного типа (тип Антони В) в двух случаях, пролиферирующая нейрофиброма – 1 случай, невринома – в двух случаях, гемангиома – 1 случай. Функция лицевой мускулатуры у пациентов первой группы восстановилась до 5 степени. При удалении опухолей с сохранением целостности лицевого нерва функция лицевой мускулатуры улучшилась на 1-2 ступени в течении 3-6 месяцев после операции. Слух сохранен на дооперационном уровне у всех пациентов с локализацией опухоли в тимпанальном или на границе тимпанального и мастоидального сегментов.

Эффективность хирургического лечения опухолей лицевого нерва и восстановления функции последнего напрямую зависит от распространенности опухолевого процесса и длительности пареза. Успех оперативного вмешательства обеспечивается адекватным выбором хирургической техники и грамотным использованием современных вспомогательных средств (навигационные системы и нейромониторинг). Использование предложенных хирургических тактик позволяет полностью удалить новообразование и сохранить слуховую функцию.

Эффективные слухосохраняющие способы хирургического лечения пациентов с болезнью меньера.

Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Корвяков В.С., Михалевич А.Е., Пашнина О.А., Кондратчиков Д.С.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, Москва

Effective way to preserve hearing in the surgical treatment of patients with meniere's disease.

Dayhes N.A., Diab H.M., Korvyakov V.S., Mikhalevich A.E., Paschinina O.A., Kondratchikov D.S.

Распространенность болезни Меньера среди населения нашей планеты относительно небольшая и составляет от 0.001% до 0.02% по данным разных авторов. Однако, учитывая симпто-

матику, проявляющуюся известной триадой и тяжесть заболевания, которая нередко приводит к инвалидизации, становится понятной актуальность исследований, направленных на установление этиопатогенеза, а также методов лечения, которые позволяют купировать приступы, в том числе системного головокружения и социально адаптировать данную категорию пациентов. Общеизвестно, что при неэффективности консервативного лечения пациентов с болезнью Меньера методом выбора является хирургическое лечение. На сегодняшний день из всего арсенала оперативных вмешательств по данным мировой практики чаще всего выполняется операция дренирования эндолимфатического мешка; в РФ, кроме этого, в двух центрах с целью купирования приступов системного головокружения применяется селективная лазеродеструкция ампулы горизонтального полукружного канала. Другие виды оперативных вмешательств: хорд- и хордплексусэктомия, пересечение сухожилий внутрибарабанных мышц, операция Арслана, декомпрессивные и деструктивные операции, а также операции на преддверноулитковом нерве проводятся значительно реже и при соответствующих показаниях. Результаты хирургических вмешательств неоднозначны и различаются в зависимости как от методики, так и от длительности послеоперационного наблюдения.

Цель – повышение эффективности хирургического лечения пациентов с болезнью Меньера.

Задачи работы. Разработка и усовершенствование эффективных слухосохраняющих способов хирургического лечения пациентов с болезнью Меньера.

В ФГБУ НКЦ Оториноларингологии ФМБА РФ в последние несколько лет стали выполняться малоинвазивные хирургические вмешательства, которые сочетают в себе комплекс одномоментно проводимых операций: хордплексусэктомия, пересечение сухожилий внутрибарабанных мышц и модифицированную операцию Арслана (вместо кристалликов поваренной соли на вторичную мембрану укладываются кусочки желатиновой губки, пропитанные гипертоническим раствором поваренной соли). Динамическое наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде до 2-3 лет показало достаточно высокую эффективность предложенного метода лечения. Однако для того, чтобы назвать эту операцию операцией выбора, требуется большее количество наблюдений и их длительность.

Учитывая наши представления об этиопатогенезе болезни Меньера, а также неоспоримые факты патологоанатомических исследований, которые показали, что в 100% случаев локусом эндолимфатического гидроста является срединная лестница (улитковый канал) и только в 50% – сакулос, 30% – утрикулос, 13% – эндолимфатический мешок, мы разработали новую методику хирургического вмешательства у пациентов с болезнью Меньера – дренирование срединной лестницы (оформлена заявка на патент РФ). Методика отработана на кадаверных височных костях.

Материалы и методы. За период с января 2015 года по июнь 2016 года в нашем центре по данной методике прооперировано уже 14 больных, с подтвержденным диагнозом болезни Меньера и высокой степенью сенсоневральной тугоухости. Суть метода заключается в следующем: после выполнения тимпанотомии либо трансмеатальным, либо заушным доступом в проекции основного завитка улитки, придерживаясь костных ориентиров (окна лабиринта, ponticulus, subiculum) ал-

мазным бором высверливается промонториальное окно, при этом кость снимается то тех пор, пока не покажется голубоватое просвечивание капсулы лабиринта (эндост). Микроиглой, после дифференцировки лестниц лабиринта, производится вскрытие срединной лестницы. В промонториальное окно укладывается полукольцо аутохряща, для предотвращения его рубцового зарращения, далее укладывается желатиновая губка пропитанная раствором поваренной соли (NaCl 10%), поверх укладывается листок аутофасции, что в последующем создает депо гипертонического раствора.

Результаты. Первые результаты проведенных операций показывают ее высокую эффективность (исчезновение приступов головокружения), по крайней мере, в ближайшем послеоперационном периоде (до 1 года), что вызывает сдержанный оптимизм и позволяет надеяться, что при достаточной длительности и количестве наблюдений она займет достойное место в ряду других оперативных вмешательств у пациентов с болезнью Меньера.

В заключении следует отметить, что выбор методики операции у пациентов с болезнью Меньера зависит, помимо клинических проявлений заболевания и этиологических причин возникновения эндолимфатического гидропса лабиринта, от соматического состояния пациента, квалификации отохирурга, оснащенности соответствующей аппаратурой.

Междисциплинарный подход с использованием инфратемпорального доступа в хирургическом лечении пациентов с параганглиомами латерального основания черепа.

Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Нажмутдинов И.И., Умаров П.У., Пашчинина О.А., Кондратчиков Д.С.

Научно-клинический отдел заболеваний уха ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва, (директор – д.м.н., профессор Н.А. Дайхес)

Cross-disciplinary approach with use of infratemporal approach in surgical treatment of patients with paragangliomas of the lateral skull base.

Daikhes N.A., Diab K.M., Najmutdinov I.I., Umarov P.U., Pashchinina O.A., Kondratchikov D.S.
State Scientific Clinical Center of Otorhinolaryngology, Moscow, Russia

Параганглиома (глумусная опухоль, хемодектома) латерального основания черепа доброкачественная опухоль, которая характеризуется медленным ростом, тенденцией к инвазии в костные структуры и твердую мозговую оболочку, обильной васкуляризацией, частым рецидивированием. Опухоль развивается из параганглионарных клеток, связанных с адвентицией луковичи яремной вены или с нервами Якобсона и Арнольда. Медиальная стенка луковичи яремной вены действует как барьер для распространения опухоли, после преодоления которого опухоль распространяется книзу через яремное или рваное отверстие на шею, что проявляется поражением IX-XII пар черепно-мозговых нервов.

Существуют различные тактики лечения пациентов с параганглиомами латерального основания черепа. Радиохирургическому воздействию (гамма- и кибернож) подвергаются больные с интактными нижними черепными нервами и пациенты с опухолью класса C4 с инвазией во внутреннюю сонную артерию. Однако во всем мире предпочтение отдается тотальному хирургическому удалению опухоли.

Все эти качества делают гломусные опухоли одной из самых трудных патологий головы и шеи и подчеркивают важность раннего выявления данных образований и их своевременно-го полного хирургического удаления с сохранением функции жизненно важных органов.

Цель исследования. Повысить эффективность хирургического лечения параганглиом латерального основания черепа за счет внедрения в отохирургическую практику инфратемпорального доступа.

Пациенты и методы. За период с декабря 2014 по сентябрь 2016 года на базе ФГБУ НКЦО обследовано и прооперировано 20 пациентов с параганглиомами латерального основания черепа (6 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 35 до 75 лет.

Для определения степени распространения опухолевого процесса всем пациентам на догоспитальном этапе выполнялась компьютерная томография и МРТ височных костей и головного мозга. В зависимости от распространенности процесса больные были разделены на несколько групп.

Параганглиома типа А была выявлена у 5 пациентов, которые составили I группу. Во II группу вошли 10 пациентов с опухолями типа В. И 5 пациентов, у которых была диагностирована параганглиома типа С, составили III группу.

Во время предоперационной подготовки за 48 часов пациентам выполнялась ангиография ветвей наружной сонной артерии с последующей селективной эмболизацией питающих сосудов.

Пациентам с параганглиомой типа А опухоль была удалена через ретроаурикулярно-трансмаеатальный доступ. Пациентам II группы произведено удаление опухоли с помощью трансмастоидального доступа.

Пациентам III группы, с опухолями типа С, выполнено хирургическое вмешательство совместно с челюстно-лицевыми хирургами с применением инфратемпорального доступа типа А. Выполнялась перевязка наружной сонной артерии и яремной вены. Лицевой нерв деканализировали от шилососцевидного отверстия до коленчатого ганглия и выполняли его транспозицию кпереди. Далее скелетизировали, вскрывали и облитерировали сигмовидный синус. Опухоль удаляли вместе с луковичей яремной вены. Проводили ревизию послеоперационной полости до стенки внутренней сонной артерии. После удаления опухоли и гемостаза послеоперационную полость облитерировали аутожиром. Лицевой нерв отграничивали фасцией. Слуховой проход ушивали по типу «слепого мешка».

Все операции проводились с использованием нейромониторинга лицевого и языкоглоточного нервов. Для облегчения ориентирования при удалении опухолевой ткани вдоль вертикальной порции канала внутренней сонной артерии и из инфралабиринтного пространства использовалась электромагнитная навигационная система.

Результаты. У пациентов I и II группы в послеоперационном периоде пареза лицевого нерва не было, все больные отме-

чали улучшение слуха. После операции у всех пациентов III группы отмечался парез лицевого нерва 5 степени, в позднем послеоперационном периоде функция нерва восстанавливалась до 3 степени по Хаус-Бреkmэну.

Заключение. В заключении следует отметить, что использование инфратемпорального доступа для удаления параганглиом височной кости позволяет полностью удалить новообразование и предотвратить интракраниальное распространение опухоли, а применение нейромониторинга и навигационной системы дает возможность избежать травм внутренней сонной артерии и VII, IX-XII пар ЧМН. Выполнение таких оперативных вмешательств требует мультидисциплинарной и тщательно подготовленной операционной бригады и современного оснащения операционной.

Интраоперационный контроль расположения электродной решетки на хирургическом этапе кохлеарной имплантации.

**Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Васильев А.Ю.,
Потрахов Н.Н., Грязнов А.Ю., Соколова В.Н.
Diab H.M., Vasilev A.Yu., Potrakhov N.N.,
Gryaznov A.Yu.**

В настоящее время широко применяются различные методы лучевой диагностики пациентов, перенесших кохлеарную имплантацию, доступные на пред-, интра- или послеоперационном этапах. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) в основном используются при предоперационной подготовке для оценки состояния структур височной кости. Новый способ, цифровая объемная томография или конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), все чаще используется интра- или послеоперационно, благодаря высокой информативности получаемых данных и меньшей дозовой нагрузке в сравнении с МСКТ. Тем не менее известные способы лучевой диагностики при кохлеарной имплантации имеют определенные недостатки, основные из которых это достаточно высокая радиационная нагрузка, технические сложности при проведении интраоперационно.

Методика микрофокусной технологии съемки хорошо зарекомендовала себя в тех клинических областях, где мощность подобных приборов достаточна для получения изображения, таких как стоматология, челюстно-лицевая хирургия, маммография, травматология и др. Преимуществами данного способа являются не только возможность прямого увеличения изображения без потери качества, но и хорошая визуализация костных структур, уменьшение суммационного эффекта, высокая степень различимости деталей изображения, а также низкая доза радиационной нагрузки.

В ходе экспериментального исследования получены снимки кадаверной височной кости, в улитку которой введена электродная решетка. Снимки выполнялись на портативном микрофокусном рентгеновском аппарате «Пардус-Р» («ЭЛТЕХ-Мед», Россия), с размером фокусного пятна 0,1 мм

на кассету. Электродная решетка, введенная в барабанную лестницу улитки препарата височной кости, дифференцировалась на всем протяжении, контуры ее были четкие, определялись отдельные электроды, артефакты на изображениях отсутствовали.

Установлено, что рентгенография с микрофокусным источником излучения обеспечивает высокое разрешение, при минимальной дозе экспозиции и отсутствие артефактов от металлических частей импланта. Экспозиция одного снимка на 1-2 порядка была ниже, чем при использовании всех известных способов диагностики.

Также впервые экспериментально были получены изображения височных костей при помощи конусно-лучевого микрофокусного способа. Конусно-лучевая микрофокусная технология съемки при обеспечении высокого качества рентгеновского изображения дополнительно обеспечивает хорошую детальную визуализацию структур внутреннего уха.

Выводы: применение микрофокусной технологии съемки при кохлеарной имплантации имеет большой потенциал в оценке положения электродной решетки, обеспечивает наименьшую радиационную нагрузку, при сохранении качества снимков. Дальнейшие разработки прибора для интраоперационной съемки могут быть полезными для уменьшения риска реимплантации при неправильно размещенной электродной решетке, особенно в случаях кохлеовестибулярной патологии, врожденной или приобретенной.

Усовершенствование способов хирургического лечения пациентов хроническим гнойным средним отитом с инвазивной холестеатомой.

**Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Варосян Е.Г.,
Пацинина О.А., Кондратчиков Д.С.,
Михалевич А.Е.**

*ФГБУ «Научно-клинический центр
оториноларингологии» ФМБА России, Москва*

Холестеатома височной кости с инвазивным ростом в инфра- и супралабиринтное пространство является достаточно сложной патологией. Ее особенность заключается в выраженной деструкции подлежащих костных структур в связи с повышенной пролиферативной активностью холестеатомного матрикса и развитием отогенных осложнений.

Тщательная санация при инвазивном росте холестеатомы остается единственным способом реабилитации пациента с данной патологией. Однако ее удаление, как правило, сопряжено с риском повреждения важных анатомических структур – твердой мозговой оболочки средней и задней черепной ямок, сигмовидного синуса, луковицы яремной вены, внутренней сонной артерии, лицевого нерва, структур лабиринта.

На современном этапе хирургия при инвазивном росте холестеатомы имеет два принципа: полноценная санация и щадящий подход.

Цель. Усовершенствование хирургического лечения пациентов с инвазивной холестеатомой височной кости.

Материалы и методы. На базе клинического отдела заболеваний уха ФГБУ НКЦО ФМБА РФ с 2014 по 2016 г. проведено комплексное обследование и хирургическое лечение 73 пациентов хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой.

Холестеатома распространялась в супралабиринтное пространство у 4 пациентов, в инфралабиринтное пространство у 3 пациентов, у одного – с разрушением базального и среднего завитов улитки, а у второго – до вершущи пирамиды. У остальных пациентов с деструктивными изменениями структур среднего уха матрикс холестеатомы распространялся в лицевой и тимпанные синусы, в надтубарное улубление и устье слуховой трубы. Деструкция костной стенки канала лицевого нерва, в основном тимпанального отдела, была обнаружена у 23 пациентов, у 5 – в сочетании с деструкцией костной капсулы латерального и верхнего поукружных каналов. В 6 случаях было поражение лицевого нерва: парез мимической мускулатуры лица II степени (по Хауз-Брэкман) – при супралабиринтном распространении холестеатомы, IV степени – при инвазии холестеатомы в вершущу и в завитки улитки. Все пациенты имели различной степени снижение слуха: в большинстве случаев была выявлена смешанная тугоухость II-III степени, при инфралабиринтном и транскохлеарном распространении холестеатомы – IV степени с выраженным сенсоневральным компонентом.

Всем пациентам под эндотрахеальным наркозом произведена расширенная мастоидотомия: при инфралабиринтном и аппикальном распространении холестеатомы применяли транслабиринтный доступ, при инвазии в костную капсулу улитки – транслабиринтно-транскохлеарный доступ, в супралабиринтное пространство – модифицированный трансметалльный доступ через скуловой отросток височной кости.

Результаты. Средний срок наблюдения составил 9 месяцев (от 6 до 18 месяцев). У всех оперированных пациентов отмечен стойкий saniрующий эффект – при контрольной МРТ (в специальных режимах) височных костей признаков рецидива холестеатомы не обнаружено. Функциональные показатели улучшились, КВИ сократился в среднем на 16,25 дБ. Через 6 месяцев после операции функция лицевого нерва восстановилась до нормы у пациентов с инвазией холестеатомы в супралабиринтное пространство, до II степени – при аппикальном и транскохлеарном распространении. Ухудшение функции лицевого нерва не было не у одного пациента в данный срок наблюдения.

Заключение. При распространенной холестеатоме височной кости выбор адекватного хирургического доступа позволяет производить тщательную санацию и обеспечивает хорошие морфофункциональные результаты в отдаленном послеоперационном периоде.

Хирургия мягкого нёба: удалять нельзя сохранять.

Джафарова М.З., Авербух В.М., Бебчук Г.Б.
ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, Москва

По мнению большинства авторов, храп в 80% случаев обусловлен флотацией мягкого неба и язычка. Следовательно, операции направленные на укрепление мягкого неба будут

способствовать уменьшению храпа. Впервые такая операция была проведена Ellis в 1994 г. и модифицирована Maig в 2000 г. Оба автора использовали электрокоагуляцию. Недостатком их метода являлось развитие латерального сужения за счет формирования гофрированного рубца. В 2007 г. Pang усовершенствовал методику, предложенную Maig, в результате которой удалось избежать формирования грубого рубца и бокового сужения глотки, что сделало ее более эффективной с анатомо-физиологической точки зрения.

Цель исследования. Оценка эффективности и течения послеоперационного периода при нерезекционной и резекционной методиках операций на мягком небе и язычке.

Материалы и методы. В исследование вошли пять пациентов с храпом и 30 пациентов с СОАС легкой степени, оперированных в ФГБУ НКЦО ФМБА России в 2015–2016 гг. Всем пациентам было проведено предоперационное обследование, включающее в себя: анкетирование (ВАШ ощущения инородного тела в глотке, шкала Эпворта, SF-36), полисомнографию, слипэндоскопию. Течение послеоперационного периода оценивалось по данным ПСГ и с помощью опросника, содержащего ВАШ боли и ощущения инородного тела в глотке.

Результаты. 25 пациентам I группы выполнены радиоволновая резекция задних дужек и язычка и установка имплантатов мягкого неба. 10 пациентам II группы проведена передняя холодно-плазменная палатоластика, 9 пациентам III группы – передняя холодно-плазменная палатоластика с резекцией гипертрофированной слизистой оболочки задних дужек и язычка. У троих пациентов I группы изменений через 3 месяца после операции по ВАШ и через 6 месяцев по данным ПСГ не было. Остальные 22 пациента I группы и все пациенты II и III групп отметили уменьшение громкости храпа (по ВАШ и данным ПСГ $p < 0,05$). В послеоперационном периоде у троих пациентов I группы, у двух пациентов II группы, у одного пациента III группы было отмечено исчезновение ощущения инородного тела в глотке (до операции по ВАШ – 5,3; 4,8; 5,9 соответственно). Стоит отметить, что именно у этих пациентов была выраженная гипертрофия слизистой оболочки язычка, который касался корня языка при положении языка по Фридману I-II. В то же время, у семи пациентов I группы и одного пациента III группы наоборот появилось ощущение инородного тела в глотке (3,2 по ВАШ). Болевой синдром был более выраженным и длительным у пациентов I и III группы. У пациентов I группы на вторые сутки оценка боли по ВАШ в среднем составила 8,2, на 14-ые сутки – 4,7. У пациентов II группы на вторые сутки оценка боли по ВАШ – 4,9, на 14-ые сутки – 0,5. У пациентов III группы на вторые сутки – 7,8, на 14-ые – 2,4.

Выводы. По предварительным данным, более высокая эффективность в отношении уменьшения храпа характерна для передней палатоластики и ее сочетания с резекцией слизистой оболочкой задних дужек и язычка. Болевой синдром в послеоперационном периоде наименее выражен при нерезекционной методике операции на мягком небе. Прослеживается тенденция к появлению ощущения инородного тела в глотке у ряда пациентов после резекции задних дужек и язычка.

Хирургическое омоложение средней зоны лица, выбор методики.

Дикарев А.С.

ККБ-2 г. Краснодар. Клиника пластической хирургии и косметологии «Линии», Краснодар

Омоложение лица в рейтинге популярности хирургических процедур набирает популярность. Основной причиной роста популярности в США является выбор пациентами процедур, позволяющих добиться стойкого результата меньшей ценой конечных вложений. Хирургическое омоложение лица характеризуется отсутствием стандартизации, что является итогом индивидуальности подбора методов. В практике коррекции возрастных птотических изменений мы разделим процедуры на два сегмента. Первый – это манипуляции с коррекцией нижней трети лица. Второй – процедуры периорбитального омоложения. Развивающиеся с возрастом изменения области глаз не ограничиваются проблемами век. В подобных случаях подтяжка средней зоны лица определяет в значительной мере результат. В арсенале хирургии средней зоны лица существует ряд методик, не являющихся взаимозаменяемыми. Перед хирургом становится выбор между эндоскопической подтяжкой лица, поднадкостничным транспальпебральным мидфейслифтом и чеклифтом. Эндоскопическая трансоральная подтяжка средней зоны лица требует сопровождения в виде подтяжки верхней зоны. Достоинством данного метода является минимализация рисков осложнений в виде эктропиона и симптома «круглого глаза», склералшоу. Недостатком является особенность в виде латерализации векторов перемещения, как результат – наличие высоких скул и связанная с этим манголоидизация глаз. Стоит отметить, что эндоскопическая трансоральная подтяжка средней зоны лица в ряде случаев дает эффект визуального усугубления малярных мешков. Чеклифт является наиболее щадящей процедурой, позволяющей поднять мягкие ткани средней зоны лица, скорректировав при этом носо-слезную борозду. Метод предполагает пересечение orbital retaining ligament с возможностью низведения жировых компартментов нижних век. Транспальпебральный поднадкостничный мидфейслифт не является идентичным по технике выполнения и конечным целям эндоскопической трансоральной подтяжке. Отличительной особенностью этих двух методов является возможность при транспальпебральном доступе использования вертикального и концентрического векторов перемещения. Это позволяет избежать эффекта высоких скул, обеспечив при этом наполнение скуловых и подглазничных областей. Также данная техника с максимальной эффективностью позволяет провести коррекцию носо-слезной борозды путем пересечения orbital retaining ligament, используя низведение жировых компартментов век. Поднадкостничный транспальпебральный мидфейслифт требует процедуры кантопексии, что минимализирует риски получения как осложнений (эктропион, склералшоу), так и исходов в виде изменения формы глазных щелей. Чеклифт является щадящей процедурой, позволяющей скорректировать носо-слезную борозду. Метод предполагает пересечение orbital retaining ligament с возможностью низведения жировых компартментов век. Отсутствие

включения в лоскут скуловых мышц, проводимых при прочих методах, не позволяет добиться эффекта высоких скул. Для хирургии средней зоны лица характерен длительный период реабилитации, составивший в нашей практике от 2 недель до 3 месяцев. В период 2013-2016 г. нами оперировано 62 пациента (57 женщин, 5 мужчин, возраст от 32 до 72 лет) в различных объемах, с включением подтяжки средней зоны лица. Процедуры чеклифта выполнены в 11 случаях. Транспальпебральный поднадкостничный мидфейслифт произведен в 15 случаях. В 36 случаях выполнена трансоральная поднадкостничная эндоскопическая подтяжка средней зоны лица. Хирургических осложнений в раннем послеоперационном периоде не встречено. Сроки реабилитации составили от 2 недель до 3 месяцев. В трех случаях после трансоральной подтяжки отмечено стойкое обратимое снижение чувствительности верхней губы, что в группе составило 8,3%. У одной пациентки, перенесшей чеклифт, отмечено развитие асимметрии глазных щелей (9,09%). Стойкие малярные мешки отмечены у одной пациентки, перенесшей трансоральную эндоскопическую подтяжку средней зоны лица (2,8%). Ни в одном случае не отмечено двигательных неврологических нарушений, эктропионов, склеротизации, симптомов круглого глаза. В одном случае результат проведенного лечения расценен, как отсутствующий. 59 из 62 пациентов (95,1%) положительно расценили эстетический результат хирургического омоложения. Хирургическая подтяжка средней зоны лица является эффективной процедурой в комплексе периорбитального омоложения. Особенностью методики является подбор показаний с анализом состояния анатомического строения лицевого скелета, состояния тканей периорбитальной области, пожеланий пациента.

Анестезиологические аспекты ведения пациентов с реваскуляризованными аутоотрансплантатами, перенесенными в область головы и шеи.

Добродеев А.С., Малыгина И.Ф.

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

Введение. Реконструктивная челюстно-лицевая хирургия немыслима без пересадки реваскуляризованных лоскутов. Если технические детали отработаны и известны, то обеспечение жизнеспособности пересаженных тканей остается проблемой хирургов и анестезиологов. Успешность приживления реваскуляризованных лоскутов в крупных центрах микрохирургии составляет 95,9-99%. Невысокий процент некрозов обусловлен ранней диагностикой и быстрым устранением нарушений жизнеспособности пересаженных тканей за счет ревизий, частота которых достигает 3,7-16%. Важность оценки жизнеспособности пересаженных тканей и факторов, улучшающих их выживаемость, не вызывает сомнений. Одним из таких факторов признаны агонисты α 2-адренергических рецепторов (дексмедетомидин), которые вызывают седацию, анксиолизис, анальгезию и симпатолитизис. Доказанная эффективность тканевой оксиметрии подталкивает к использованию методики как маркера

изменения перфузии пересаженных тканей под действием дексмететомидина.

Цель работы: изучение влияния интраоперационного применения и послеоперационной седации дексмететомидином на жизнеспособность ревааскуляризованных лоскутов, пересаженных в область головы и шеи.

Материал и методы. В исследование включили три группы пациентов в возрасте от 20 до 74 лет (средний возраст $38,72 \pm 14,54$, медиана – 35) с соматическим статусом II и III по ASA после микрохирургической реконструкции средней и нижней зон лица. Индукцию анестезии обеспечивали пропофолом, фентанилом, рокурониумом. Поддержание анестезии проводили севофлураном и опиоидами. В группу №1 вошел 31 пациент, которые не получали дексмететомидин. В группу №2 включили 34 больных, которым проводили седацию дексмететомидином в течение 12 часов после операции. Группа №3 содержала 20 пациентов, у которых дексмететомидин входил в схему общей анестезии, и обеспечивал послеоперационную седацию в течение 12 часов. Схема введения дексмететомидина в группах №2 и №3 оказалась идентичной (нагрузочная доза в течение 20 мин 1 мкг/кг/час , поддерживающая доза $0,4-0,6 \text{ мкг/кг/час}$). В послеоперационном периоде уровень седации контролировали BIS индексом, удерживая его величину в диапазоне 80-87%. Жизнеспособность пересаженных тканей определяли четырехканальным соматическим оксиметром INVOS 5100 (Covidien). Критерием жизнеспособности лоскута считали разницу с контралатеральными показателями (PKП rSO₂) менее 31%. Применяли описательную статистику (среднее, медиану, стандартное отклонение, ошибку среднего, 95% доверительный интервал). Различия между группами определяли методом дисперсионного анализа для независимых выборок (Манна-Уитни и Краскела-Уоллиса). Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В группе №1 разница с контралатеральными показателями соматической оксиметрии (PKП rSO₂) составила $29,13 \pm 6,51\%$, в группе №2 PKП rSO₂ оказалась достоверно ниже $18,24 \pm 5,31\%$ ($p < 0,05$), а в группе №3, где дексмететомидин использовали и во время анестезии, и с целью послеоперационной седации PKП rSO₂ достоверно отличалась от критерия выживаемости лоскутов в группе №1 ($p < 0,05$), но незначительно разнилась с показателем выживаемости лоскутов в группе №2, достигнув $17,68 \pm 5,69\%$. Диагностические критерии выживаемости лоскутов на основе соматической оксиметрии в группах больных №2 и №3 достоверно не отличались между собой.

Таким образом, применение дексмететомидина для послеоперационной седации в течение 12 часов оказалось достаточным для заметного улучшения перфузии малоберцовых лоскутов. Интраоперационная инфузия дексмететомидина не приводила к статистически значимому усилению кровоснабжения ревааскуляризованных лоскутов. Денервированная после пересадки ткань лоскута подвержена лишь гуморальной регуляции тонуса сосудов. Использование дексмететомидина, сопровождающееся снижением тонуса симпатической нервной системы, привело к устранению элементов сосудистого спазма ревааскуляризованных лоскутов. Дексмететомидин, вызывая седацию в послеоперационном периоде, обеспечивает позиционный комфорт и

аналгезию микрохирургическим пациентам. В течение самых критических для вновь созданных сосудистых анастомозов 12 часов после операции удается удерживать голову в одном положении, что сказывается на сохранности сосудистой ножки и адекватности перфузии пересаженных малоберцовых лоскутов.

Заключение. Инфузия дексмететомидина в периоперационном периоде у больных с микрохирургической реконструкцией средней и нижней зон лица сопровождается достоверным улучшением кровоснабжения пересаженных тканей.

Новая операция для устранения А-образной деформации век.

Добрякова О.Б., Добряков Б.С., Носов А.П., Булхов О.А.

*Новосибирский государственный университет,
ООО «Сибирский институт красоты»,
Новосибирск*

Актуальность. А-образная деформация (A-frame deformity) является косметическим дефектом верхнего века и брови. Данные состояния сопровождается уменьшением объема тканей в медиальной трети брови и над складкой верхнего века. При этом создается эффект «ввалившихся глаз». Пациенты с таким эстетическим недостатком имеют характерный тревожный или озабоченный вид, возможно, из-за тени, вызванной дефицитом объема в медиальной части века, и иногда идущей параллельно брови. Западение тканей в верхней периорбитальной области может быть конституционным, инволюционным, ятрогенным, посттравматическим. Одной из причин A-frame deformity является избыточное удаление орбитальных грыж верхнего века во время эстетической блефаропластики.

Цель исследования. Улучшить результаты коррекции А-образной деформации век с использованием оригинальной техники перемещения фасциально жировых лоскутов.

Задачи.

1. Изучить результаты операций у пациентов, имеющих А-образную деформацию век, оперированных по собственной методике.
2. Провести сравнительную оценку эффективности предложенной авторами техники по отношению к существующим ранее методам филлинга аутожира и наполнителями на основе гиалуроновой кислоты.

Материалы и методы. Исследование выполнялось в ООО «Сибирский институт красоты» в период 1999-2016 гг. В исследование включены 60 пациентов, имеющих А-образную деформацию верхних век. Они были разделены на 3 группы. В первой группе – 15 пациентов – дефицит ткани восполнялся при помощи введения аутологичного жира. Во второй группе – 15 пациентов – применялись наполнители на основе гиалуроновой кислоты высокой плотности. В третьей группе – 30 пациентов – была использована новая методика операции транспозиции фасциально-жировых лоскутов верхнего века. Предлагаемая методика заключается в следующем. В положении сидя, при взгляде вперед определяются избытки кожи и область дефицита тканей верхне-медиальной части века и брови. Линия разметки проходит от внутреннего до наружного угла глаза. Нижняя линия идет по пальпебральной бороз-

де, а верхняя – на ширину избыточной кожи века. Операция проводится под тумесцентной анестезией 0,1 % р-ра лидокаина с добавлением 0,1 % адреналина. По намеченным линиям рассекается кожа и подкожная клетчатка. Лоскут кожи иссекается, круговая мышца глаза рассекается продольно волокнам от внутреннего угла глаза до средней трети длины мышцы. Тарзоорбитальная фасция рассекается. Далее вытягиваются медиальная (назальная) порция параорбитального жира и срединная порция параорбитального жира, покрытых нежной фасциальной пластинкой. Тупо выполняется диссекция тканей в верхне-медиальной части субмускулярно, таким образом, чтобы визуализировался край надкостницы. Максимально вытянув жировые комки вместе с их ножками, перемещая их вверх и медиально под круговую мышцу глаза. Мышцу при этом отделяют в слое между тарзоорбитальной фасцией и мышцей. Перемещенные фасциально-жировые комки, находящиеся на ножках, подшивают к надкостнице внутренне-верхнего края орбиты тонкой нерассасывающейся нитью 6/0. На кожу век накладывают швы.

Результаты. Методы липофилинга и введения наполнителей на основе гиалуроновой кислоты дали неустойчивые результаты, так как при данных методиках рецидив дефекта наступал относительно рано: при липофилинге – через 1 год, а при введении препаратов на основе гиалуроновой кислоты через один год наблюдаем 86,6% рецидивов и к срокам в 19 месяцев в 100% случаев. Разработанная и применяемая нами технология позволяет добиться стабильного эстетического эффекта в сроки наблюдения до 5 лет в 97% случаев.

Выводы.

1. Аугментационная блефаропластика показала устойчивый косметический результат, является легко выполняемой операцией и может быть рекомендована для практического применения у врачей-офтальмологов и пластических хирургов.

2. Разработанный в Сибирском институте красоты новый способ аугментационной верхнемедиальной блефаропластики показал хороший и устойчивый косметический результат. Данный метод не травматичен, полностью устраняет косметический дефект, и может быть предложен пациентам в любом возрасте.

3. Ввиду неустойчивости косметического результата и раннего наступления рецидивов А-образной деформации при применении липофилинга и филлинга препаратами гиалуроновой кислоты, эти методики могут быть использованы в тех случаях, где невозможна хирургическая аугментационная блефаропластика и как временная мера восполнения дефицита тканей в области верхних век.

Новый метод открытой капсулотомии «ёлочная игрушка».

Добрякова О.Б., Кузнецова Н.В., Носов А.П.
*Новосибирский государственный университет,
ООО «Сибирский институт красоты»,
Новосибирск*

Актуальность. Фиброзная капсулярная контрактура развивается через несколько недель или лет после операции, но наиболее часто ее появление отмечается в течение первого

года после вмешательства. Коррекция сформировавшейся капсулярной контрактуры 3-4 степени возможна только хирургическим путем. Хирургическое лечение подразумевает открытую капсулотомию и капсулэктомию, а также эндоскопическое рассечение капсулы. Открытая капсулотомия позволяет визуально определить состояние протеза, толщину капсулы, корригировать положение протеза, а также при необходимости изменить величину кармана.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения фиброзно-капсулярной контрактуры.

Задачи.

1. Изучить ближайшую эффективность предложенного нами способа открытой капсулотомии.

2. Оценить устойчивость результата.

Материалы и методы. Исследовались 48 пациенток с фиброзной капсулярной контрактурой 3-4 степени. Из них 20 пациенткам выполнялась капсулотомия по методу, описанному Белоусовым (1 группа), и 28 – разработанным нами методом (2 группа). Группы пациенток статистически однородны по длительности наблюдения за ними после проведенной операции. После повторной операции все пациентки наблюдались не менее 1 года. Диспансерные осмотры проводились на 1 и 6 месяцах наблюдения, далее каждые полгода. Результат операции оценивался клинически (осмотр и пальпация молочных желез), также учитывалось наличие жалоб пациенток (боль, онемение и т.п.). 48 пациентов с капсулярной контрактурой 2-3 степени. Всем была выполнена капсулотомия по предложенной нами технологии. Оценивались ближайшие результаты по классификации Baker, а также толщина соединительнотканной капсулы по данным УЗИ. Изучались отдаленные результаты, в частности, процент рецидивирования констриктивного фиброза в сроки наблюдения до 5 лет. Методика операции заключается в следующем. Предлагаемый способ открытой капсулотомии у пациенток с фиброзной капсулярной контрактурой 3-4 степени после маммопластики силиконовыми протезами включает циркулярный разрез фиброзной капсулы в месте перехода ее основание в периферическую часть, нанесение насечек (разрезов) со стороны внутренней поверхности фиброзной капсулы рядами, расположенными в параллельных циркулярному разрезу плоскостях в шахматном порядке. Каждый разрез выполняют длиной 1,5-2 см, расстояние между разрезами одного ряда составляет 0,5-1 см, расстояние между рядами составляет 1-1,5 см.

Результаты. Выявлено, что у 6 пациенток (30%) из 1 группы развилась повторно фиброзная капсулярная контрактура. У пациенток из 2 группы повторная фиброзная капсулярная контрактура развилась только в 2 случаях (7%).

Выводы. Разработанная нами методика капсулотомии, которую мы назвали «ёлочная игрушка», основана на принципе увеличения длины тканей в направлении, перпендикулярном разрезам, расположенным в шахматном порядке. Данный прием является универсальным для местнопластических операций на коже, однако, на фиброзной капсуле использован впервые нами. Оригинальная конструкция рассечения соединительнотканной капсулы показала высокую эффективность в увеличении площади поверхности последней, и, с нашей точки зрения, может стать полезным хирургическим приемом для лечения фиброзно-капсулярной контрактуры у пациентов после увеличивающей маммопластики.

Мультипрограммная динамическая электростимуляция как метод восстановления иннервации мимических мышц.

Доманский В.Л., Неробеев А.И., Сомова М.М., Салихов К.С.

Научно-технологический центр уникального приборостроения РАН, Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Цель работы. Исследование метода мультипрограммной динамической электростимуляции (МПДЭС) нервных стволов и мышц челюстно-лицевой области после нейромиопластики для ускорения регенерации аксонов и восстановления иннервации мышц лица.

Задачи.

1. Создание аппаратных средств МПДЭС и программного обеспечения для решения следующих задач: активация регенеративных процессов в трансплантированных нейромышечных структурах; поддержание физиологической активности трансплантата на протяжении процесса регенерации нервов; развитие и закрепления динамических стереотипов симметричных и синхронных движений мимической мускулатуры.

2. Разработка метода и протокола применения МПДЭС.

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 (23 чел.) На этапе восстановительного лечения после реконструктивных операций, включающих кросспластику лицевого нерва, пациентам целевой группы проводили процедуры транскутанной (ЭНДМС). Для активизации роста аксонов применяли ЭНДМС в режиме под субпороговой стимуляции, а для сохранения и восстановления сократимости мимических мышц и повышения их тонуса – супрапороговую ЭНМС в режимах имитации фазных мимических актов и тонического антигравитационного напряжения. Для МПДЭС использовали специально созданный портативный стимулятор, обеспечивающий проведение лечения как в стационаре, так и 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 электромиографии (ЭМГ), электродиагностических тестов и видеорегистрации произвольных и вызванных ЭС моторных актов.

Результаты. Стабильный клинический эффект проявлялся при продолжительности курса МПДЭС от 4 до 9 месяцев. 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 ЦНИИСиЧЛХ и НТЦ УП РАН разработана технология проведения консервативного и оперативного лечения поражений лицевого нерва с применением методов и технических средств тестирующей нейромиостимуляции. Определена параметрическая и программная структура тестов. Сформирован концептуальный подход к планированию оперативного вмешательства и лечебного процесса в целом. Выводы. Созданные в процессе исследований образцы портативных мультипрограммных электростимуляторов и релазированных в них набор динамических стимуляционных программ обеспечивают выполнение сформулированных выше задач. Мультипрограммная электростимуляция трансплантированных нервов и мышц является эффективным средством активации аксональной реиннервации мимических мышц при комплексном лечении паралича лицевого нерва. Метод перспективен для использования в неврологии, нейрохирургии, восстановительной медицине.

Актуальность липофилинга в ортогнатической хирургии у пациентов с III скелетным классом.

Дробышев А.Ю., Дзампаева И.Р., Глушко А.В., Клипа И.А.

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

Введение. На сегодняшний день ортогнатическая хирургия проводится не только для коррекции неправильного прикуса и связанной функции зубочелюстной системы, но также для улучшения эстетики лица. При проведении ортогнатической операции существенный объем мягких тканей лица остается нетронутым, либо изменяется в недостаточном масштабе. Зачастую это влечет за собой неудовлетворительные эстетические результаты. У пациентов с III скелетным классом основной зоной дефицита мягких тканей является средняя треть лица. В настоящее время существует множество хирургических техник коррекции средней зоны лица, которые применяются как одномоментно с ортогнатической операцией, так и отсрочено. В нашем исследовании мы провели сравнительный анализ двух групп пациентов, которым в качестве симультанной процедуры во время ортогнатической операции проводился липофилинг и/или остеотомия скуловых костей.

Цель исследования: оценить необходимость и эффективность применения липофилинга для коррекции средней зоны лица при проведении ортогнатической операции у пациентов с III скелетным классом.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 16 пациентов с III скелетным классом аномалии развития зубочелюстной системы. В до- и послеоперационном периоде проводился клинический анализ эстетики лица, фото- и цефалометрия. При этом для выявления участков дефицита мягких тканей в средней зоне лица использовались специальные оценочные критерии и классификация William J.

Blinder. Пациенты были разделены на две равные группы, распределение было случайным. I группе проводилась ортогнатическая операция, II группе – ортогнатическая операция и липофилинг средней зоны лица. В обеих группах пациентам с выявленным дефицитом в проекции малярного возвышения проводилась остеотомия скуловых костей. Оценка результатов проводилась в сроки 6 мес. после операции.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного обследования в I группе были выявлены удовлетворительные эстетические результаты в 50% случаев (I тип деформации по WJ Blinder или отсутствие деформации) и относительно удовлетворительные в 12,5% случаев (V тип деформации по WJ Blinder). Неудовлетворительные результаты – в 37,5% случаев (II, III и IV тип деформации по WJ Blinder), и были обусловлены выраженным дефицитом мягких тканей средней зоны лица в проекции подскулового треугольника, что в ряде случаев усугублялось после проведенной остеотомии скуловых костей. Во II группе в послеоперационном периоде сохраняющейся деформации средней зоны лица выявлено не было, удовлетворительная эстетика лица была достигнута в 100% случаев.

Заключение. Применение липофилинга для коррекции дефицита мягких тканей средней зоны у пациентов с III скелетным классом является весьма эффективным и в ряде случаев значительно улучшает эстетические результаты ортогнатической хирургии.

Применение липофилинга для улучшения эстетики лица у пациентов после онкологических операций в челюстно-лицевой области.

Дробышев А.Ю., Дзампаева И.Р., Глушко А.В., Михайлюков В.М., Свиридов Е.Г.

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

Введение. Опухоли и опухолеподобные образования мягкотканых и костных структур лицевого скелета занимают особую нишу по количеству нозологических форм, распространенности, а также сложности лечения и послеоперационного восстановления. Анатомические особенности органов лица и шеи являются причиной того, что даже небольшие по объему опухолевые процессы вынуждают хирургов к проведению объемных и тяжелых оперативных вмешательств, что, конечно же, влечет за собой грубые функциональные и косметические нарушения. В настоящее время имеется реальная возможность и необходимость оценивать не только срок жизни пациента после подобного лечения, но качество жизни. В данной работе мы обратили внимание на коррекцию косметических нарушений и восстановление эстетики.

Цель исследования: оценить эффективность применения липофилинга для коррекции эстетических нарушений у пациентов после удаления опухолей/опухолеподобных образований челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 10

пациентов с различными послеоперационными дефектами и деформациями после резекции костных и мягкотканых опухолей/опухолеподобных образований челюстно-лицевой области. На этапе предоперационного планирования проводился анализ дефицита мягких тканей клинически и по данным МСКТ. Всем пациентам был проведен липофилинг в области деформации мягких тканей в один или несколько этапов в зависимости от необходимого объема восполнения. В послеоперационном периоде анализ результатов проведенного лечения выполнялся на сроках 6 мес. по данным клинического обследования, МСКТ или МРТ.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного лечения отмечено восстановление или значительное улучшение конфигурации лица, восстановление объема мягких тканей в области деформации. Вместе с тем, отмечено улучшение эластичности и мобильности мягких тканей в области трансплантации, а также улучшение качества рубцов.

Заключение. Липофилинг является эффективным и малоинвазивным методом улучшения эстетики лица после удаления опухолей/опухолеподобных образований челюстно-лицевой области. Указанная методика позволяет восстановить конфигурацию лица и объем мягких тканей послеоперационной области, что оказывает существенное влияние на качество жизни данная группа пациентов.

Нейрофизиологические и ультразвуковые методы в диагностике повреждений периферических нервов.

Дружинин Д.С., Новиков М.Л., Торно Т.Э.
ООО «МИФРМ», Ярославль

Повреждение периферических нервов и плечевого сплетения является важной клинико-инструментальной проблемой. У взрослых повреждение чаще происходит в результате дорожно-транспортных происшествий, особенно у мотоциклистов, реже при других повреждениях, у детей в результате интранатального повреждения. Использование ультразвуковых методов визуализации ПС и периферических нервов в сочетании с игольчатой электронейромиографией позволяет существенно дополнить клиническую картину и определить прогноз для спонтанного восстановления функции.

Материал и методы: алгоритм разработан в результате совместной многолетней работы врача нейрофизиолога и реконструктивного микрохирурга путем сопоставления полученных электрофизиологических и ультразвуковых данных с интраоперационными находками. Использовалась стандартная методика электронейромиографии с использованием концентрических игольчатых электродов, исследование скорости распространения возбуждения по моторным и сенсорным волокнам на аппарате «Нейрософт» РФ. Ультразвуковое исследование плечевого сплетения проводилось на сканере Sonoscape S20 pro.

Результаты. При сложных сочетанных травмах и многоуровневой компрессии требуется проведение игольчатой миографии ключевых мышц, которые являются важным для оценки сегментарного уровня поражения, например, ром-

бовидные мышцы (С5), круглый пронатор (С6), трехглавая мышца (медиальная головка) – С7, локтевой сгибатель запястья (С8). Важным является проведение исследования большой грудной мышцы (её стеральной и ключичной части, имеющей разную иннервацию из над- и подключичного отдела ПС соответственно). При регистрации денервационной активности в передней зубчатой мышце высокая вероятность отрыва спинномозгового нерва от спинного мозга. После перенесенной травмы при негрубых повреждениях (повреждение менее 60% аксонов) реиннервация наступает через 3-6 месяцев и характеризуется появлением в исследуемых мышцах полифазных высокоамплитудных потенциалов двигательных единиц, которые в дальнейшем приобретают нормальную форму, рекрутируются с небольшой частотой. Частота рекрутирования ПДЕ с течением времени увеличивается с включением как высокопороговых, так и низкороговых ПДЕ. В условиях более тяжелого повреждения (повреждение более 60%) «зарождающиеся» ПДЕ регистрируются в меньшем количестве, они рекрутируются с малой частотой и не в каждой точке мышцы. Визуализация невромы с оценкой её размера позволяет оценить вероятность спонтанного восстановления функции пораженной конечности: при величине невромы более 5 миллиметров и отсутствия рекрутирование ПДЕ в иннервируемых мышцах в течении 3 месяцев после травмы свидетельствует о неблагоприятном прогнозе для спонтанного восстановления функции конечности. ЭМГ в сочетании с ультразвуковым исследованием периферического нерва имеет важное значение в оценке реиннервации после проведения реконструктивных оперативных вмешательств.

Заключение: таким образом, комплексное электрофизиологическое и ультразвуковое исследование плечевого сплетения и периферических нервов позволяет получить исчерпывающую информацию о состоянии поврежденных нервов.

Проблемы качества косметологической помощи в РФ.

Дубовая Е.Г., Королькова Т.Н.

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

В обществе сложилось устойчивое мнение, что качество медицинской помощи зависит, прежде всего, от тех, кто ее оказывает, т.е. от медицинских работников. Однако результаты научных исследований показывают, что эффективное управление качеством косметологической помощи возможно на региональном уровне. Проблема управления и организации косметологической помощи населению с учетом новых организационных технологий, обеспечивающих надлежащее качество, представляет большой научный и практический интерес. Перечень нормативно-правовых документов о качестве и о контроле качества медицинской помощи составляет несколько десятков. Среди них закон от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля». Именно в этом нормативном акте раскрываются

смыслы понятия «государственный контроль (надзор)», «мероприятия по контролю», «проверка», «эксперты» и иные. Термин контроль качества и безопасности медицинской деятельности введен ФЗ от 21.11.2011 № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». В соответствии со ст. 85 Контроль качества и безопасности медицинской деятельности является составной частью понятия «Контроль в сфере охраны здоровья». Кроме того, в косметологии необходимо применять Приказ Минздрава России от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», который перечисляет более 20 тезисов, которые в совокупности составляют подробное описание всего процесса клинической работы врача с пациентом и документами. Такое количество критериев одновременно живому человеку оценивать крайне сложно. Не зря с целью объективизации управления качеством приходится обращаться к компьютерной обработке данных. Ключевым аспектом применения системы менеджмента качества на практике, дающим уверенность потребителям и руководству компании в стабильно высоком уровне качества, является сертификация системы менеджмента качеством, проводимая третьими лицами. Подобная сертификация осуществляется согласно общепризнанных стандартов, обозначаемых хорошо известной аббревиатурой ISO. Например, у СЗГМУ им. И.И. Мечникова есть действующий сертификат Cro Cert ISO 9001:2008 на образовательную, научную и клиническую деятельность. Для пациента важно, чтобы клиника публично информировала о своих достижениях. В 2015 году принят Национальный стандарт РФ «ГОСТ Р ИСО 9001-2015». В тексте документа (С.7) сообщается, что применен процессный подход, который включает цикл «Планируй – Делай – Проверь – Действуй» (PDCA) и риск-ориентированное мышление. Реализация процессного подхода позволяет организации обеспечить процессы необходимыми ресурсами, осуществлять их менеджмент, определять и реализовывать возможности для улучшения. Риск-ориентированное мышление позволяет определить факторы, которые могут привести к отклонению от запланированных результатов, а также предусмотрительно минимизировать негативные последствия и максимально использовать возникающие возможности. С развитием законодательства о защите прав потребителя появились юридические конфликты (споры) о качестве. Закон о защите прав потребителя сегодня устанавливает требование качества и безопасности услуг, в соответствии с критерием «пригодность для целей, для которых... услуга такого рода обычно используется». Юристы предлагают использовать понятие «цель использования услуги». Тогда при оценке качества медицинской услуги можно будет исходить из того, достигнута цель или нет, оставляя без внимания уровень лечебно-диагностических технологий и их ресурсное обеспечение. При том, что цель услуги должна быть сформулирована достаточно широко, включая, например, такие параметры, как «минимизация болевых ощущений», «незаметность следов операции на коже», «комфортное пребывание в стационаре», «отсутствие послеоперационных осложнений», «применение определенных (конкретно указать) методов лечения, реабилитации» и т.д. То есть для оценки качества необходимо

определить цель. А целью для медицинских организаций и их сотрудников мы признаем качественное оказание медицинской помощи! Таким образом, применение систем менеджмента и мониторинга качества в косметологической клинике снижает риск юридических конфликтов и помогает формированию удовлетворенности пациентов.

Особенности юридической ответственности при оказании косметологических услуг средним медицинским персоналом.

Дубовая Е.Г., Королькова Т.Н.
Северо-Западный государственный медицинский университет им. Мечникова И.И., Санкт-Петербург

Социальная психология называет всех медработников «люди помогающей профессии». Нормативные документы Минздрава и типовые должностные инструкции среднего медперсонала обязывают их выполнять ряд процедур по назначению врача, при выполнении более сложных манипуляций, исполнении инвазивных косметологических вмешательств, медсестра ассистирует врачу. То есть на средний медицинский персонал возложены обязанности помогать вместе с врачом и помогать врачу. Анализ юридических конфликтов позволяет обнаружить большую значимость участия младшего и среднего медицинского персонала в развитии или урегулировании конфликтов с пациентами в медицинских организациях. Получается, что средний медицинский персонал несет очень важную функциональную нагрузку при оказании косметологической помощи. Мы являемся свидетелями формирования в России системы аккредитации медицинских работников.

Права и обязанности младшего, среднего персонала, врачей, медицинских организаций и сотрудников образовательных учреждений проясняются по мере принятия нормативно-правовых документов. Сегодня звучат высказывания о том, что введение системы аккредитации должно повысить личную или персональную ответственность медработников за свою профессиональную деятельность.

Юридическая ответственность медработника за профессиональные правонарушения – широкое понятие. Оно включает в себя уголовную, гражданско-правовую, административную и дисциплинарную ответственность. Существует определенный баланс, или распределение юридической ответственности между медицинскими работниками и его медицинской организацией. Кроме того, необходимо соблюдать этические нормы, которые опубликованы в Медико-социальной хартии медицинских сестер РФ, включает в себя Декларацию, Этический кодекс, Клятву..., международные документы. Применение одного из четырех перечисленных выше видов юридической ответственности не исключает применение другого. Какой будет окончательная форма негативных последствий для медицинской организации и для медицинского работника, не бывает, очевидно, понятно в начале юридического конфликта. Негативный результат правоприменения зависит от изменяющейся позиции всех участников конфликта. Многие иссле-

дования показывают, что самыми эффективными, с точки зрения оптимального расходования ресурсов (времени, финансов, психоэмоциональных затрат с обеих сторон), являются разного рода примирительные процедуры. Описание негативных последствий конфликта для его участников будет неполным, если не коснуться профессиональной репутации медицинского работника. Опросы врачей и медсестер на кафедре косметологии показывают, что репутация – самый подверженный риску объект конфликта. Для работы специалиста очень важна уверенность в своей профессиональной компетентности. Угроза этой уверенности вредит качеству работы.

Для совместного решения многих, в том числе и правовых вопросов, создана Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России». Существует практика страхования гражданско-правовой ответственности медицинских работников, в России этот механизм пока работает на добровольной основе. Видимо, сегодня под персональной ответственностью медработника понимают в большей степени нравственно-этические требования к медикам, доступность информации об их профессиональной подготовке, которая будет подтверждаться документом об аккредитации и, вскоре станет доступна пациентам. Все меры контроля со стороны государства направлены на стимулирование специалистов к развитию и совершенствованию своих профессиональных компетенций и умений. Таким образом, в настоящее время не обнаруживаются признаки усиления юридической ответственности медработников в РФ, скорее, идет поиск баланса ответственности или оптимального взаимодействия всех участников отношений с целью повышения качества медицинской помощи. Особенности для среднего медицинского персонала в рамках лицензированной деятельности по специальности косметология: ограниченная самостоятельность принятия решений, сохраняется обязанность выполнять медицинские вмешательства по назначению врача, крайне важно деликатное соблюдение этических норм и внимательное отношение к пациенту.

Роль реконструктивно-пластической хирургии в устранение дефектов у онкологических больных.

Дустов Ш.Х., Жумаев А., Исмаев Ж., Хикматов Ж.

Бухарский областной многопрофильный медицинский центр, Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Актуальность: Одной из серьезных проблем реконструктивно-пластической хирургии является поиск методов лечения больных с дефектами и деформациями после онкологических операций при местно-распространенных опухолях без отдаленного метастазирования и рецидивов. Часто больные обращаются в специализированные онкологические учреждения на III-IV стадиях опухолевого процесса, когда даже комбинированное и комплексное лечение приводит к незначительному регрессу опухолевого процесса и приходится выполнять травмирующие, а иногда и инвалидирующие

операции. Это приводит к образованию выраженного анатомо-функционального дефекта органа или ткани, в связи с чем больные нуждаются в реконструктивно-пластических операциях.

Цель работы. Оценить эффективность различных вариантов реконструктивно-пластических операций у пациентов с дефектами и деформациями органов после онкологических операций в условиях Бухарской области.

Материал и методы исследования. В период 2015 по 2016 г. на базе Бухарского областного онкологического диспансера и Бухарского многопрофильного медицинского центра выполнено 30 одномоментных и отсроченных реконструктивно-пластических операций у онкологических больных, из них 10 женщин, 20 мужчин. Возраст больных варьировал от 31 до 85 лет ($m=58$). По локализации дефектов: дефекты молочной железы у 9 больных (30,0%), дефекты и деформации области головы и шеи у 21 больных (70%). Для закрытия дефектов использовались лучевой лоскут – 3, лоскут на основе прямой мышц живота – 3, лоскут широчайшей мышцы спины – 5, лоскут на основе большой грудной мышцы – 7, лопаточный лоскут – 2, кожно-фасциальный лоскут – 5, свободный лоскут кожи – 4. Используются различные варианты пластических операций: микрохирургическая пластика на сосудистой ножке – 6 операции, пластика перемещенным лоскутом – 17, пластика местными тканями – 7 операции.

Результаты. У группы пациентов с перемещенным лоскутом на сосудистой питающей ножке (17 больных) осложнение наблюдалось в 1 случаях в виде краевого некроза лоскута, частичного расхождения швов. Приживление лоскутов имело место в 100% случаев. В группе пациентов с ауто-трансплантацией васкуляризованного лоскута (6 больных) осложнения наблюдались у 1 пациента в виде тромбоз сосудов лоскута. У этого пациента пересаженный лоскут некротизировался, в связи с чем в последующем выполнялась повторная пластика. В группе больных пластика местными тканями (7 больных) осложнение наблюдалась у 1 больного в виде вторичного заживления.

Выводы. Выбор ауто-трансплантата в зависимости от их тканевой структуры и сосудистой ножки для закрытия дефекта подбирается в каждом конкретном случае индивидуально. Применения реконструктивно-пластических операций в устранение дефектов и деформаций после онкологических операций способствует улучшению качества жизни пациентов перенесших расширенные резекции органов социально важной, функционально значимой локализации и способствует скорейшей трудовой и социальной реабилитации. Выбор ауто-трансплантата в зависимости от их тканевой структуры и сосудистой ножки для закрытия дефекта подбирается в каждом конкретном случае индивидуально. С появлением микрохирургической техники и возможности проведения ауто-трансплантации тканей и органов стало возможным восстановления как анатомической, так и физиологической целостности органа. Реконструктивно-пластические операции особенно важны для черепно-челюстно-лицевой области, когда травмирующая операция наносит не только анатомический, физиологический, но и косметический, а затем и психологический вред больному.

Ключевые слова: реабилитация, реконструктивно-пластическая хирургия, лоскут, онкологические больные.

Мультисрезовая компьютерная томография в оценке анатомических структур наружного носа.

Дутова М.О., Лежнев Д.А., Давыдов Д.В., Пуцилло С.П.

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

Цель работы. Определить возможности мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ) в изучении анатомических структур наружного носа.

Материалы и методы. МСКТ (Philips Brilliance 64, США) была выполнена 50 пациентам (24 женщины (48%), 26 мужчин (52%), в возрасте 19-55 лет), не предъявляющим жалоб эстетического или функционального характера, по различным показаниям (воспалительные заболевания зубо-челюстной системы, кистовидные образования челюстно-лицевой области). Проведен анализ полученных данных МСКТ с последующей постпроцессинговой обработкой изображений, включающей в себя построение мультипланарных и объемных реконструкций с возможностью их сегментации. Изображения служили основой для выполнения необходимых измерений.

Результаты. Визуализированы анатомические структуры, определяющие конфигурацию наружного носа: костная пирамида, кожно-хрящевой отдел и воздухоносные пути. Были выявлены различные анатомические типы носовых костей и грушевидного отверстия, являющие собой варианты нормы, без развития клинически и эстетически выраженных деформаций. Кроме того, у 4 пациентов (8%) были обнаружены консолидированные переломы и краевые дефекты костей носа как результат ранее не диагностированных посттравматических изменений. Ввиду практически идентичной плотности покровных мягких тканей и хрящей носа получить достоверную объемную визуализацию отдельных хрящей, по данным МСКТ, не представлялось возможным, однако в 12 случаях (24%) было получено дифференцированное изображение хрящей, что связано с наличием выраженного слоя подкожно-жировой клетчатки в этой зоне. Воздухоносные пути полости носа оценивались как на плоскостных срезах, так и при построении объемных реконструкций, что позволило оценить их форму, симметрию, в ряде случаев выявить причину нарушения проходимости, в том числе конфигурацию носового клапана, перегородки и раковин.

Выводы. Широкий диапазон окон визуализации и методика постпроцессинговой обработки изображений МСКТ дает возможность получить изображение всех анатомических структур наружного носа как морфологическую составляющую его формы и возможных деформаций, что является основой для планирования хирургических вмешательств. Наряду с этим, метод позволяет косвенно оценить функциональное состояние дыхания, что обязательно должно учитываться на до- и послеоперационных этапах хирургии наружного носа.

Исследование эффективности новых способов интерферонотерапии у пациентов с папилломатозом гортани при проведении комбинированного лечения.

Егоров В.И., Симбирцев А.С., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва

В настоящее время наряду с хирургическими методами лечения папилломатоза гортани (ПГ), для элиминации вируса и снижения количества рецидивов целесообразно проводить противовирусное лечение с иммунокоррекцией расстройств, на фоне которых развивается поражение гортани. Предложенные методы адьювантной терапии эффективны не во всех случаях и имеют побочные эффекты. Этот факт вызывает необходимость поиска других подходов терапии ПГ, основанных на его этиологической и патогенетической сущности. На данный момент в терапии ПГ, в основном применяют инъекционные формы рекомбинантного ИФН. Побочными действиями при лечении инъекционными формами препаратов ИФН являются пирогенная реакция, гриппоподобный синдром, тошноту, рвоту, анорексию, головную боль, боли в мышцах, суставах, сонливость. В ответ на введение инъекционных форм рекомбинантных ИФН у больных вырабатываются нейтрализующие антитела, которые обладают способностью нейтрализовать противовирусную и антипролиферативную активность ИФН. Известно, что вирус папилломы человека (ВПЧ) заражает самый нижний глубокий слой слизистой оболочки гортани, но интенсивное размножение его происходит в поверхностных слоях – в клетках, которые по мере оттеснения к поверхности перестают делиться и становятся более пригодными для размножения вируса. Этот факт позволяет полагать, что именно местное действие ИФН будет способствовать противовирусной резистентности клеток, чувствительных к вирусам и препятствовать репродукции вирусов и пролиферации клеток. Кроме того, ингаляционный способ введения позволяет снизить терапевтическую дозу, осуществить целевую доставку биологически активного вещества, уменьшить токсичность и побочные действия. В этой связи применение препарата на основе интерферона альфа является актуальным и потенциально важным в терапии ПГ.

Целью данного следования является изучение эффективности лечения больных папилломатозом гортани с помощью нового способа комбинированного лечения, включающего эндоларингеальное микрохирургическое удаление папиллом с применением холодной плазмы и последующим проведением местной противовирусной терапии рекомбинантным интерфероном альфа-2b.

Материалы и методы. В ЛОР-клинике ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с 2014 г. проходит научное исследование эффективности применения интерферона альфа-2b в лечении больных ПГ. В основной группе – 25 пациентов, которые получают терапию рекомбинантным интерфероном альфа-2b 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, растворенным в 5 мл физиологического раствора с помощью небулайзера. В контрольной группе (25 человек) пациенты оперируются так же методом эндоларингеальной микрохирургии с применением холодной плазмы, но без назначения медикаментозной терапии. В настоящее время уже пролечено и наблюдаются 10 пациентов из основной группы, больные для контрольной группы набраны путем ретроспективного анализа историй болезни. Период наблюдения за больными состоит из времени пребывания больных в стационаре (примерно 1 неделя) и последующего амбулаторного наблюдения после выписки из стационара в течение двух лет. Пациентам обеих групп выполняется оториноларингологическое исследование с видеофибрларингоскопией. В качестве дополнительного критерия эффективности проводимого лечения – оценка динамики показателей иммунного статуса. При иммунологическом исследовании до лечения у большей части больных (84%) отмечалось снижение содержания Т-киллеров и естественных киллеров по сравнению с нормой, выраженное снижение показателей в системе интерферона. У некоторых пациентов также имелись изменения в уровне иммуноглобулинов и ЦИК. После проведенного лечения у пациентов первой группы установлено увеличение межрецидивного периода и уменьшение тяжести и частоты рецидивов, тенденция к нормализации показателей иммунного и интерфероновых статусов.

Заключение. По предварительным результатам можно сделать следующий вывод: предложенный нами метод комбинированного лечения ПГ, включающий местное применение рекомбинантного интерферона альфа-2b приводит к статистически значимому снижению продолжительности и тяжести рецидивов ПГ и уменьшению частоты последующих рецидивов. Данный способ введения интерферона хорошо переносится, не вызывает развитие побочных реакций.

Значение микрохирургической техники в профилактике осложнений после радикальных мастэктомий.

Ермощенкова М.В., Зикиряходжаев А.Д.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, Москва

Введение. Хирургия лимфатической системы берет начало с середины XX века и связана с появлением методик формирования лимфовенозных анастомозов. Впервые в 1950 г. отечественный хирург Н.И. Махов без использования микроскопа выполнил погружение трех лимфатических сосудов в большую подкожную вену по типу конец-в-бок. За рубежом к изучению возможности создания лимфовенозных анастомозов

приступили в 60-х годах. В 1968 г. J. Nieludowicz сообщил о хороших результатах лечения лимфедемы конечностей с помощью лимфовенозных анастомозов. В нашей стране заслуга разработки техники и внедрения в клиническую практику микрохирургических операций на лимфатических сосудах принадлежит А.В. Покровскому, В.С. Крылову, Н.О. Миланову, К.Г. Абалмасову, Т.В. Савченко, Л.В. Лебедеву. Основным ранним осложнением хирургического лечения рака молочной железы (РМЖ) является длительная послеоперационная лимфорея (ЛР), обусловленная пересечением лимфатических сосудов при лимфодиссекции, способствующая развитию поздних осложнений, удлинению периода реабилитации, инвалидизации.

Цель работы. Разработка эффективной профилактики длительной и выраженной лимфорей (ЛР) у пациенток после радикальных мастэктомий (РМЭ) с использованием новой методики с включением микрохирургической техники, способствующей улучшению результатов лечения и реабилитации больных РМЖ.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 124 больных РМЖ. Контрольную группу составили 78 пациенток, которым была выполнена РМЭ с лимфаденэктомией трех уровней по стандартной методике. В основной группе (46) больные 0 ст. ТisN0M0 составили 2,2% (1), I ст. – 17,4% (8), IIА ст. – 21,7% (10), IIВ – 10,9% (5), IIIА – 21,7% (10), IIIВ – 8,7% (4), IIIС – 6,5% (3), IV – 10,9% (5). Средний возраст – 60,3. 32,6% пациенток находились в социально-активном состоянии, 52% больных имели сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания. Всем пациенткам основной группы была выполнена РМЭ с лимфаденэктомией трех уровней и перевязкой лимфатических сосудов подмышечной, подключичной, подлопаточной областей, определяемых с помощью бинокулярных микрохирургических луп. У 18 больных данной группы имел место бездренажный способ ведения послеоперационного периода.

Результаты. В контрольной группе после РМЭ средний объем (срV) ЛР составил 1746 мл при среднем количестве дней – эвакуаций лимфы (КДЭЛ) – 19, ранние раневые осложнения (воспалительные изменения в области раны) выявлены у 17 (21,8%) больных, постмастэктомический отек (ПМОК) I-II степени развился у 48%, болевой синдром – у 32,7%. В основной группе срV ЛР составил 385 мл при КДЭЛ=5, воспалительные изменения в области раны отмечены у 1 больной (2,2%), болевой синдром, купированный введением нестероидных противовоспалительных препаратов, – у 5 (10,9%), ПМОК I степени – у 4 (8,7%) пациенток, из которых у 3 – ранний ПМОК с уменьшением после проведенного консервативного лечения.

Выводы. Применение методики перевязки определяемых с помощью бинокулярных луп лимфатических сосудов способствует уменьшению срV ЛР на 78% и снижению ее длительности на 14 дней, способствует возможному бездренажному способу ведения послеоперационного периода. Определение частоты развития ПМОК у данной категории больных требует дальнейшего наблюдения. Данная методика способствует сокращению периода госпитализации больных, уменьшению срока реабилитации и улучшению качества жизни больных раком молочной железы.

Профилактика и лечение невропатий лицевого нерва.

Жарова Е.Н., Бондаренко А.Б.

РНХИ им.А.Л. Поленова – филиал СЗФМИЦ им.В.А. Алмазова, Санкт-Петербург

Невропатия лицевого нерва, по данным ВОЗ, является одним из самых распространенных видов мононеврита. Заболевание характеризуется длительной временной нетрудоспособностью, высокой частотой развития осложнений (парезы мимической мускулатуры, контрактуры мимических мышц и др.). Вследствие имеющегося косметического дефекта, качество жизни пациентов снижается, а сопутствующий лагофтальм может провоцировать утрату глаза. Больным с невритом лицевого нерва с первых дней заболевания необходимо комплексное лечение, включающее методы ЛФК и физиотерапии.

Целью исследования являлась оптимизация методов профилактики и лечения послеоперационных невропатий лицевого нерва. Для оценки эффективности реабилитационного лечения использовались шкала House-Brackmann и шкала нейромиографических изменений по J1. О. Бадалян, И. А. Скворцову. За 2015 год под нашим наблюдением находилось 76 пациента в возрасте от 7 до 78 лет (мужчин 27, женщин 49). Наиболее частой причиной лицевых невропатий являлось оперативное вмешательство при удалении опухоли слухового нерва. Из них невриномы наблюдались у 48 пациентов, менингиомы – у 11 больных, глиобластомы – 4 чел. Поствоспалительная лицевая невропатия наблюдалась у 4 пациентов. Состояние после реиннервации лицевого нерва у 9 чел. По степени выраженности пареза мимической мускулатуры пациенты распределялись следующим образом: тяжелая дисфункция – 27 чел, средне-тяжелая – 42 пациента, умеренная – 7 больных. В раннем восстановительном периоде (10-30 дней от начала заболевания) на восстановительное лечение поступило 49 больных, в позднем (30 дней-6 мес.) – 16, в периоде стойких остаточных явлений (более 6 мес.) – 11. Для уменьшения вероятности анатомического повреждения лицевого нерва, проводили интраоперационный электрофизиологический мониторинг. Однако даже в случае сохранности целостности лицевого нерва, в послеоперационном периоде возможно появление периферического пареза мимических мышц разной степени выраженности. Обычно эти явления носят обратимый характер и регрессируют на фоне проводимой консервативной терапии и реабилитационных мероприятий. В таких случаях лечение невропатий направлено на восстановление микроциркуляции в стволе нерва, снятии отека, улучшение питания мышц, предупреждение развития мышечных контрактур. Во все периоды лечения применялась лечебная гимнастика (артикулярная и мимическая), точечный массаж лица, из методов физиотерапии использовались электростимуляция мимической мускулатуры, узкополосное светодиодное излучение длиной волны 540 нм. Наибольший эффект наблюдался при сочетании всех факторов. В результате проведенного консервативного лечения отмечено улучшение у 39 больных, у 27 значительное улучшение, 2 пациентов – практическое выздо-

рование. Без изменений 8 человек. Большим проведены реконструктивно-восстановительные операции с хорошим функциональным результатом.

Таким образом, комплексный командный подход, включающий интраоперационную профилактику поражений лицевого нерва, послеоперационное консервативное восстановительное лечение и, при необходимости, дифференцированную тактику хирургической коррекции позволяет во всех случаях получить хороший функциональный и косметический результат.

Симультанный подход при коррекции молочных желез передней брюшной стенки.

Жуков М.И., Стефкивская О.В.

ДонНМУ, кафедра комбустиологии и пластической хирургии ФИПО, «Клиника доктора Жукова», Донецк

Симультанный подход при коррекции молочных желез передней брюшной стенки.

Цель. Применение одномоментного подхода для осуществления коррекции дефектов передней брюшной стенки и увеличения молочных желез.

Материалы и методы. В клинике, в период с 2014 по 2016 г. проведен отбор пациенток с комбинированными жалобами на изменения передней брюшной стенки и молочных желез (6 пациенток в возрасте 28-45 лет). Пациенткам проведена симультанная операция по увеличению молочных желез имплантами через трансабдоминальный доступ с коррекцией объема передней брюшной стенки. Особенности планирования операции заключались в определении уровня новых инфрамаммарных складок, связанных с их опущением из-за натяжения тканей передней брюшной стенки вследствие иссечения избытка дермалипидного лоскута. С целью более точной предоперационной подготовки столь сложной реконструкции нами был рассчитан коэффициент, благодаря которому можно определить уровень локализации новой ИМС по данным объем натяжения передней брюшной стенки.

Таким образом побочный эффект понижения инфрамаммарных складок при симультанном подходе, позволяет компенсировать птоз либо уменьшить его степень (при низведении инфрамаммарных складок), исключает необходимость дополнительной коррекции в виде вариантов мастопексии в случаях, когда автономная аугментация их подразумевает. Реабилитация включает длительную иммобилизацию бандажами.

Результаты и обсуждение. Симультанный метод расширяет спектр возможностей и имеет ряд преимуществ:

1. Операция выполняется через единственный трансабдоминальный доступ, без дополнительных разрезов в области МЖ.
2. Одномоментная коррекция двух крупных эстетически важных областей (МЖ и ПБС).
3. Устранение птоза, либо снижение его выраженности за счет сопутствующего момента, такого как – снижение уровня ИМС, а также в связи с этим исключение необходимости

применения вариантов мастопексии, либо возможность использования менее инвазивных их вариантов.

4. Сокращение срока коррекции за счет одного оперативного вмешательства.

5. Единый наркоз (в сравнении с суммой длительности наркозов за 2 отдельные операции).

6. Снижение стоимости оперативной коррекции за счет сокращения общих сроков реабилитации и объема медикаментозного обеспечения.

7. Положительный психологический фактор за счет одного оперативного вмешательства для пациентки.

Выводы. Таким образом, использование трансабдоминального доступа с целью одномоментной коррекции дефектов ПБС и аугментации МЖ требует индивидуальной оценки исходных анатомических данных пациентки и при предоперационной разметке и подборе имплантов должен учитываться факт переноса инфрамаммарных складок, который зависит от объема натяжения напрямую связанного с объемом иссекаемого избытка дермалипидного лоскута.

Эстетическая ортопедия кисти и стопы.

Заварухин В.И.

ФГБУ НИДОИ им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург

Коррекция деформаций кисти и стопы, вызывающих преимущественно жалобы эстетического характера предъявляет особые требования к методикам и техникам оперативного лечения. Эстетические операции не должны отрицательно сказываться на функции кисти или стопы, хирургические доступы должны быть минимально заметны и послеоперационный период по возможности не должен значительно ограничивать активность пациента.

Цель: Демонстрация методик оперативного лечения врожденных и приобретенных деформаций кисти и стопы, вызывающих жалобы преимущественно эстетического характера.

Материалы и методы: Представляются результаты оперативного лечения 51 пациента, из которых у 38 имелись деформации кисти, а у 13 – деформации стопы, вызывающие неудовлетворенность пациентов внешним видом конечности. У 10 пациентов присутствовала клинодактилия пальцев кисти, у 18 – укорочение пястных костей или фаланг пальцев кисти, у 10 – посттравматическая деформация ногтевой фаланги и ногтевой пластинки. Среди пациентов с деформациями стопы у 7 была выявлена брахиметатарзия, у 7 – врожденная синдактилия 2-3 пальцев, у 3 – клинодактилия пальцев. Оценка эффективности оперативного лечения производилась с использованием визуальных аналоговых шкал удовлетворенностью внешним видом конечности до и после операции, а также применением опросника качества жизни ВОЗ WHOQOL-BREF и опросника DASH для пациентов с деформациями верхних конечностей.

Результаты. Оценка отдаленных результатов оперативного лечения в сроки от 1 года до 5 лет продемонстрировала удовлетворенность всех пациентов проведенным лечением, отсутствием негативного влияния на функцию стопы и кисти, низкую частоту осложнений.

Оптимизация абдоминопластики.

Зайнутдинов А.М.

ГОУ ДПО Росздрава «Казанская государственная медицинская академия», ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казанский университет, Казанский федеральный университет, Городская клиническая больница №117

В настоящее время для достижения эстетического результата операция абдоминопластика нередко сочетается с другими оперативными вмешательствами: липосакцией, грыжесечением, пластическими операциями на груди, лице. Данное сочетание может увеличивать осложнения после проведения этих операций.

Цель исследования: сравнить частоту осложнений в различных группах пациентов, подвергнутых различными методами абдоминопластики.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 63 больных (59 женщин, 4 мужчин, средний возраст 48 год) с различными формами передней брюшной стенки и наличием вентральной грыжи и были разделены на три группы согласно модифицированной классификационной системе абдоминопластики (Matarasso A., 1989). Все пациенты оценивались по эластичности кожи, выраженности подкожно-жировой клетчатки, слабости мышечно-апоневротического слоя, различным формам грыж, индексу массы тела. Больные были представлены с выраженными нарушениями эластичности кожи, дряблостью апоневроза как в нижней, так и в верхнесрединном участках, с грыжей белой линии живота, с малыми средними пупочными грыжами, средними и большими послеоперационными вентральными и боковыми грыжами. У 12 больных с малыми пупочными (б) и грыжами белой линии живота (б) проводилось грыжесечение контактными способом без использования сетчатых имплантов. У 36 пациентов со средними и большими послеоперационными вентральными и боковыми грыжами пластика грыжевых ворот проводилась с использованием различных сетчатых протезов. 15 пациенткам проводились различные техники абдоминопластики без грыжесечения. У 24 больных проводилась классическая абдоминопластика горизонтальным доступом с транспозицией пупка. У 12 пациентов абдоминопластика с Т-инверсионным разрезом с липодермэктомией. У 9 была применена абдоминопластика с горизонтальным доступом без транспозиции пупка с эндоскопической пликацией апоневроза в эпигастрии. У 4 пациенток была проведена миниабдоминопластика. У 6 пациентов миниабдоминопластика с использованием приемов эндоскопической пластики апоневроза надпупочным доступом. У 8 абдоминопластика сочеталась с липосакцией (у 4 пациенток использовали шейверную липосакцию).

Результаты исследования. Среди больных разделенных по группам согласно модифицированной классификации абдоминопластики (Matarasso A., 1989) преобладали осложнения в группе с Т-инверсионным доступом в виде краевых некрозов кожи (4), в группе с абдоминопластикой в сочетании с липосакцией с эндоскопической пликацией апоневроза в эпигастрии в виде сером (3) и гематом передней брюшной

стенки (1). При этом преобладали пациентки с осложнениями у которых ИМТ был выше 32 кг/м². В группе пациентов с использованием полипропиленовых сеток с техникой "bridge" отмечалось длительное образование сером на отдаленных послеоперационных сроках (2-4 месяца). В группе больных, у которых применялись полиэстерные сетки с использованием техники "bridge" серомы самостоятельно рассасывались.

Выводы. 1. Ведущей причиной раневых осложнений после абдоминопластики у пациентов с различными грыжами является ишемический некроз краев раны и образование сером. 2. Оптимальным, безопасным эстетичным методом абдоминопластики 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 липосакции, в том числе шейверной и эндоскопической пликации апоневроза увеличивают осложнения в виде сером, гематом передней брюшной стенки, но позволяют достичь более эстетичного результата.

Зашивание субмаммарного разреза при эндопротезировании груди.

Зеленин Н.В., Мантурова Н.Е., Зеленин В.Н.

ФГБУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», ФУВ РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Иркутск, Москва

Эндопротезирование груди с целью увеличения и придания более эстетичной формы является одной из самых распространенных операций в пластической хирургии. Установка эндопротезов груди под большую грудную мышцу через разрезы в субмаммарных областях является «золотым стандартом» выполнения этой операции. Однако вопросу зашивания раны уделено недостаточное внимание. Большинство хирургов не приводит подробного описания этого этапа операции, ограничиваясь указанием количества рядов швов и использованного шовного материала.

Целью исследования было разработать способ зашивания субмаммарного разреза после эндопротезирования груди и определить возможность получения более короткого рубца путем гофрирования швами.

С 2011 года при субпекторальном эндопротезировании груди через субмаммарный доступ мы сохраняем брюшную порцию большой грудной мышцы, а также используем швы, гофрирующие рану, с целью получить более короткий рубец. Всего было выполнено более 400 операций. Результаты показали хороший эффект, использованной методики. Для того чтобы получить объективные данные применения предлагаемого способа, нами было выполнено исследование, целью которого было сравнение результатов зашивания разреза в субмаммарной области после субпекторального эндопротезирования груди по известной и предлагаемой технологии. Объектом наблюдения были 10 пациенток, которым с эстетической целью было проведено эндопротезирование груди силиконовыми имплантатами анатомической формы, запол-

ненными когезивным гелем и текстурированной оболочкой. Во всех случаях использовали эндопротезы фирмы «Евросиликон» (Франция). Для этого в субмаммарных областях выполняли симметричные разрезы длиной $5,26 \pm 0,04$ см, через которые устанавливали одинаковые имплантаты, но рану слева и справа зашивали по-разному: с одной стороны, по известной технологии (M.V.Collabrace, 2014), а с другой стороны, по технологии, предлагаемой нами (приоритетная справка № 2016112890 от 04.04.2016). Сравнивали время, необходимое для зашивания раны, длину получившегося шва, а в сроки 6 месяцев и через 1 год производился плановый осмотр, фотографирование, измерение образовавшегося рубца, его локализацию и субъективную оценку пациенткой. Среднее время зашивания рубца, предлагаемым способом составило 5 минут $29 \pm 0,04$ секунд и было достоверно меньше, чем при сравнительном методе зашивании – 6 минут $10 \pm 0,06$ секунд ($p < 0,01$). Общее количество стежков при выполнении швов по известной методике составило 24, а по предлагаемой – 15. Гофрирование операционного разреза полукисетными швами по предлагаемой методике приводило к достоверному укорочению послеоперационного шва по сравнению с классической методикой $3,71 \pm 0,07$ см, против $4,24 \pm 0,06$ см ($p < 0,01$). В ближайшем послеоперационном периоде у 10 пациенток не возникло каких-либо осложнений. В отдаленном послеоперационном периоде наблюдали стабильное положение имплантата по отношению к субмаммарной складке, в которой располагался послеоперационный рубец. В сроки от 6 месяцев до года длина рубца на стороне гофрирования составляла $4,18 \pm 0,05$ см, и была достоверно меньше, чем на контрольной стороне $4,71 \pm 0,06$ см ($p < 0,05$). Через год длина рубца на стороне гофрирования составляла $4,37 \pm 0,13$ см, и была достоверно меньше, чем на контрольной стороне $4,80 \pm 0,11$ см. Гофрирование приводило к незначительной деформации рубца ($p < 0,05$). Все пациентки были довольны результатом операции. Субъективная оценка пациенткой качества рубца была выше на опытной стороне (7 случаев против 3). Однако это не явилось статистически достоверным признаком ($p = 0,3$). Предлагаемый способ зашивания операционной раны в субмаммарной области создает условия, при которых послеоперационный рубец располагается в субмаммарной складке, что делает его менее заметным, а гофрирование раны швами позволяет уменьшить длину послеоперационного рубца и сократить время операции.

Онкопластические резекции при мультифокальном раке молочной железы.

Зикиряходжаев А.Д., Аблицова Н.В., Власова М.Ю.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, Москва

Введение. Оценка результатов лечения при выполнении онкопластических резекций у больных с мультифокальным раком молочной железы.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 37 больных с мультифокальным раком молочной железы, получавших лечение в отделении ОРПХ молочной железы и кожи МНИОИ им. П.А. Герцена в период с 2013 по 2016 г. Средний возраст больных составил 55,2 лет. Распределение больных мультифокальным раком в зависимости от стадии заболевания оказалось следующим: I стадия (T1N0M0) выявлена у 13 (35,13%), II A стадия (T1-2N0-1) – у 15 (40,54%), II B стадия (T2-3N0-1M0) – у 5 (13,5%), III A стадия (T1-3N1-2M0) – у 2 (5,4%), III C стадия (T4bN3c M0) – у 1 (2,7%). Два опухолевых узла выявлено у 20 больных (54,0%), три – у 16 (43,24%), четыре – у 1 пациентки (2,7%). По размерам наибольшего из опухолевых узлов больные распределились следующим образом: опухоль до 2 см выявлена у 26 больных (70,3%), от 2 до 5 см – у 11 (29,7%). В большинстве случаев (81,1%) опухоли располагались в одном квадранте молочной железы, в 45,9% случаев – в двух квадрантах молочной железы. Среди гистологических форм преобладал инвазивный рак без признаков специфичности – 45,9%. Инвазивный дольковый рак выявлен в 16,2% случаях, комбинированный рак молочной железы – в 10,8% случаях. При анализе молекулярно-биологических подтипов преобладал люминальный подтип A – 45,9%. Остальные типы распределились следующим образом: люминальный B Her-негативный подтип – 18,9%, люминальный B Her-позитивный подтип – 16,2%, Her2 позитивный – 18,9%, тройной негативный в 8,11% случаев. Комбинированное лечение получили 16 больных (43,24%), комплексное – 21 (56,75%). Всем 37 пациенткам были выполнены онкопластические резекции, из них: по методике Batwing 5 пациенткам (13,5%), модифицированные по типу Hall Findlay 14 (37,8%), модифицированные по типу Madlen Lejour – 3 (8,11%), по методике Round block – 3 (8,11%), ST-inverse – 9 (24,3%), B-plastic – 2 (5,4%), модифицированные по типу D.Hammond – 1 пациентке (2,7%). За период наблюдения местных рецидивов и отдаленных метастазов не выявлено. Вывод: онкопластические резекции при мультифокальном раке молочной железы могут быть выполнены при локализации опухолей в пределах одного квадранта. Позволяют достичь хороших эстетических результатов. Не увеличивают частоту местных рецидивов, а также не ухудшают отдаленные результаты лечения.

Корректирующий липофилинг у больных раком молочной железы после комбинированного и комплексного лечения.

Зикиряходжаев А.Д., Ермошеникова М.В., Масри А.А., Сухотько А.С., Ратушная В.В., Евтягина Н.В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, Москва

Цель исследования. Улучшить эстетические результаты у больных раком молочной железы (РМЖ) при комбинированном и комплексном лечении после реконструктивно-пла-

стических операций с использованием аутожирового трансплантата.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 26 больных РМЖ, госпитализированные в отделение онкологии и реконструктивно-пластической хирургии молочной железы и кожи МНИОИ им. П.А. Герцена. Средний возраст больных составил 46,1 лет. I стадия РМЖ диагностирована у 7 пациенток (26,9%), IIA – 10 (38,4%), IIB – 6 (23%), IIIA – 1 (3,8%), IIIB – 2 (7,7%). С февраля 2015 по июль 2016 г. с помощью шприцевого и аппаратного методов было выполнено 30 сеансов липофилинга 26 пациенткам. У 5 больных липофилинг явился подготовительным этапом перед установкой тканевого экспандера с целью последующей отсроченной реконструкции молочной железы, в 14 случаях липофилинг выполняли через 6 месяцев после реконструктивно-пластической операции для улучшения косметических результатов, в 5 – на втором этапе одномоментной и отсроченной реконструкции, при замене тканевого экспандера на эндопротез. Повторная процедура липофилинга выполнена 4 пациенткам через один месяц после первого сеанса. Все больные на момент исследования находились в состоянии стойкой ремиссии на протяжении от 1 до 10 лет. Максимальный срок наблюдения после выполнения липофилинга составил 30 месяцев. Оценка приживаемости аутожирового трансплантата осуществляли с помощью ультразвукового и визуального методов исследования.

Результаты. У 18 (69%) пациенток отмечена частичная резорбция аутожирового трансплантата, однако был достигнут удовлетворительный эстетический результат, повторный сеанс липофилинга не потребовался. В среднем сохранено около 60% аутожирового трансплантата в местах введения в области сформированной молочной железы. У 8 (31%) пациенток диагностирована частичная или полная резорбция аутожирового трансплантата, и для достижения удовлетворительного эстетического результата установлена необходимость выполнения повторного сеанса липофилинга. Инфекционные осложнения, липогранулемы в зонах введения аутожирового трансплантата выявлены не были. **Выводы.** Липофилинг приводит к улучшению косметических результатов после реконструктивно-пластических операций по поводу РМЖ за счет нормализации объемного соотношения тканей, коррекции симметрии молочных желез.

Опыт использования полиуретановых имплантатов в реконструктивной хирургии рака молочной железы

Зикиряходжаев А.Д., Ермощенко М.В., Сухотько А.С., Тукмаков А.Ю.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Введение. В настоящее время 80% реконструкций молочной железы по поводу рака в мире выполняют с применением силиконовых эндопротезов в связи с более простой техникой операции, меньшей травматичностью, коротким реабилитационным периодом.

Частота капсулярной контрактуры при применении силиконовых имплантатов варьирует по данным различных авторов от 5 до 25%. Различные научные исследования показали снижение частоты капсулярной контрактуры при применении полиуретановых имплантатов.

Материалы и методы. В 2015 г. в МНИОИ им. П.А. Герцена выполнены 45 операций с использованием полиуретанового имплантата. Средний возраст больных составил 43,9 лет (27–61). РМЖ 0 стадии диагностирован в 1 случае, I T1N0M0 – 16, IIA T1N1M0 – 5, T2N0M0 – 12, IIB T2N1M0 – 6, IIB T3N0M0 – 1, IIIA T3N1M0 – 2, IIIB T4bN1M0 – 1, IIIC T2N3M0 – 1. Радикальная подкожная/кожесохранная мастэктомия с одномоментной реконструкцией полиуретановым и сетчатым имплантатами выполнена 9 больным (49,1%), дезэпителизированным лоскутом – 2, торакодorzальным лоскутом – 1. Двухэтапная реконструкция молочной железы – замена тканевого экспандера на полиуретановый имплантат выполнена 24 больным. Отсроченная реконструкция молочной железы с установкой на I этапе тканевого экспандера и последующей заменой на полиуретановый эндопротез выполнена в 6 случаях. Аугментационная контралатеральная маммопластика применена у 19 пациенток, периареолярная мастопексия – 3. В 3 случаях в связи с выявленной мутацией гена BRCA 1,2 выполнена контралатеральная профилактическая подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией полиуретановым и сетчатым имплантатами. В 3 случаях в связи с развившейся капсулярной контрактурой III степени по Baker выполнена замена ранее установленного текстурированного эндопротеза на полиуретановый имплантат. Всем больным было рекомендовано проведение лекарственного лечения, послеоперационной лучевой терапии в зависимости от стадии заболевания и иммуногистохимического исследования.

Результаты. При использовании полиуретанового имплантата не было выявлено случаев клинически значимой капсулярной контрактуры и других осложнений. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение нового поколения силиконовых имплантатов с полиуретановым покрытием в реконструктивной хирургии рака молочной железы с преимуществом при двухэтапных реконструкциях и реоперациях по поводу капсулярной контрактуры.

Онкопластические резекции молочной железы.

Зикиряходжаев А.Д., Ермощенко М.В., Чиссов В.И., Тукмаков А.Ю.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Введение. В настоящее время при хирургическом лечении рака молочной железы (РМЖ) широкое внедрение в практику получили онкопластические резекции (ОПР). Преимущество ОПР заключается в возможности удаления больших объемов железистой ткани при наличии больших размеров МЖ и воссоздании формы железы с использованием различных методик ре-

дукционной маммопластики, что может быть применимо также у больных после неоадьювантного лекарственного лечения с эффектами частичной или полной регрессии опухоли.

Целью нашей работы явилась разработка различных методик ОПР, способствующих улучшению эстетических результатов органосохраняющих операций (ОСО) и реабилитации больных РМЖ.

Материалы и методы. С 2013 по 2015 г. в отделении онкологии и реконструктивно-пластической хирургии молочной железы и кожи МНИОИ им. П.А. Герцена выполнена 331 ОСО по поводу РМЖ 0-IV стадий у пациенток средним возрастом 54,7 лет. 0 стадия TisN0M0 была диагностирована у 13 больных (из них 3 – рак Педжета молочной железы), I T1N0M0 – 167, IIA T1N1M0 – 45, T2N0M0 – 53, IIB T2N1M0 – 53, IIIA T1N2M0 – 12, T2N2M0 – 3, T3N1M0 – 1, T3N2M0 – 2, IIIC T2N3M0 – 10, T1N3M0 – 3, IV T1N1M1 – 1. Радикальные резекции молочной железы в классическом варианте выполнены в 154 случаях, онкопластические резекции в различных модификациях – в 177. Методика ротированных лоскутов применена в 39 случаях. Технология редуцированной маммопластики, предложенная E. Hall-Findlay, использована в 37 случаях: 16 – с ротацией верхне-медиальной гландулярной ножки, 4 – верхне-латеральной гландулярной ножки, 7 – комбинированного гландулярного лоскута, включающего верхне-медиальную и нижнюю части, 3 – двух отдельных гландулярных ножек (верхне-медиальной и нижней), в 7 случаях – кожно-гландулярной ножки при необходимости иссечения кожных покровов над опухолевой тканью. В 2 случаях ОПР применен ротированный торакоэпигастральный лоскут, кровоснабжаемый перфорантными сосудами a. et v. epigastrica superior при локализации опухоли в нижне-внутреннем и нижне-наружном квадрантах.

Результаты. При оценке косметических результатов учитывали симметричность молочных желез, расположение и вид сосково-ареолярных комплексов, состояние послеоперационных рубцов, объем реконструированных молочных желез, наличие или отсутствие операционных дефектов в реконструированных молочных железах, удовлетворенность полученных результатов пациенткой и хирургом. Косметические результаты при применении ротированных перфорантных лоскутов по методике Hall-Findlay отмечены как отличные в 95% (35) случаев, хорошие – в 5% (2), при использовании торакоэпигастрального лоскута в 100% (2) – хорошие результаты. Рецидивов при использовании указанных ротационных лоскутов у больных РМЖ диагностировано не было.

TRAM-лоскут для реконструкции у больных раком молочной железы.

Зикиряходжаев А.Д., Рассказова Е.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, Москва

Цель исследования: оценить возможность использования TRAM-лоскута для реконструкции молочной железы. В лечении рака молочной железы (РМЖ) хирургический метод яв-

ляется ведущим. Для реконструкции молочной железы после радикального онкологического лечения возможно применение аутоканей и искусственных материалов (импланты, экспандеры, сетчатые имплантаты), а также их комбинация. Одним из вариантов использования аутоканей для реконструкции молочной железы является TRAM-лоскут.

Материалы и методы: в МНИОИ им.П.А. Герцена с 2013 по 2016 г. выполнено 27 реконструкций молочной железы TRAM-лоскутом при РМЖ. Средний возраст больных 45,5±15,7 лет. Объем оперативного вмешательства при РМЖ: радикальная кожесохраняющая мастэктомия – 12, радикальная подкожная мастэктомия – 10. В 5 случаях выполнена отсроченная реконструкция молочной железы, после радикальной мастэктомии, выполненной по поводу РМЖ в анамнезе. Одномоментные операции выполнены по поводу РМЖ 0 ст – у 1, I ст – у 5, IIA ст – у 9, IIB ст – у 4, IIIA ст – у 2 больных. Отсроченная реконструкция выполнена по поводу РМЖ IIA ст – у 3, IIB ст – у 2, IIIB ст – у 1 больной. Для реконструкции во всех случаях был использован нижнеабдоминальный кожно-жировой лоскут.

Результаты: за период наблюдения у одной пациентки со IIB стадией через 8 месяцев диагностированы внутрикожные метастазы в области сформированной молочной железы. Частота ранних послеоперационных осложнений диагностирована у 4 (14,8%) пациенток, а именно краевой некроз кожи живота. Не диагностировано краевых некрозов и некроза лоскута в сформированной молочной железе, а также грыж передней брюшной стенки. Для достижения симметрии молочных желез в дальнейшем применялись корригирующие операции: в одном случае липосакция сформированного лоскута, во втором случае сформирована субмаммарная складка. Для восстановления сосково-ареолярного комплекса после отсроченной реконструкции и после кожесохраняющих мастэктомий использовали местные ткани.

Выводы: по показаниям при одномоментных реконструкциях при РМЖ TRAM-лоскут позволяет достичь симметрии молочных желез. Для отсроченных реконструкций после радикальных мастэктомий одним из вариантов реконструкций – является TRAM-лоскут, данная операция это прежде всего метод реабилитации пациенток для полноценного восстановления после лечения онкологического заболевания.

Поражение сосково-ареолярного комплекса при раке молочной железы.

Зикиряходжаев А.Д., Рассказова Е.А., Сарибекян Э.К., Волченко Н.Н.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, Москва

Цель исследования: изучить поражение сосково-ареолярного комплекса при раке молочной железы.

Материалы и методы: в МНИОИ им. П.А. Герцена в 2015-16 г. у 101 больной РМЖ выполнено хирургическое лечение, разное по объему, но с обязательным удалением сосково-ареолярного комплекса. У двух пациенток был диагностирован синхронный РМЖ и, соответственно, выполнена

двухсторонняя радикальная мастэктомия. Средний возраст больных 57,9 года (от 37 до 78 лет). Объем хирургических вмешательств – радикальная мастэктомия – 72, кожносохранная радикальная мастэктомия с одномоментной реконструкцией – 20, радикальная резекция – 11. Во всех 103 случаях выполнено удаление сосково-ареолярного комплекса. По стадиям распределение было следующим: I – 20, IIА – 35, IIБ – 17, IIIА – 12, IIIБ – 11, IIIС – 8. Наиболее частая локализация опухолевого узла в верхненаружном квадранте (32%). В отделение патоморфологии при исследовании удаленной молочной железы измеряли расстояние от ареолы до опухолевого узла. Обязательное исследование сосок и ареолы, вне зависимости от локализации опухолевого узла.

Результаты: мультицентричность опухолевых узлов диагностирована в 14 (13,6%) случаях. При этом в 8 случаях патоморфологически диагностированы 2 узла, в 3 – три узла, 1 – 4 узла, 2 – 5 узлов. Поражение опухолевым процессом САК выявлено в 19 случаях из 103, что составляет 18,5%. В 2 случаях наличие опухолевых клеток выявлено в области ареолы и в 17 случаях поражение протоков соска. Поражение САК было выявлено при локализации узлов в верхненаружном квадранте в 7 случаях из 33 (21,2%), в центральном квадранте в 4 из 12 (33,3%). При мультицентричном расположении опухолевых узлов, что диагностировано в 13,6%, в 2 случаях было поражение САК. Поражение САК при тройном негативном подтипе выявлено в 15,4%, при нег позитивном в 14,3%, при люминальном А в 25%, при люминальном В в 21,0%. И основная зависимость поражения САК выявлена от расстояния опухолевого узла от ареолы. Так при расстоянии до опухоли до 2 см вовлечение САК диагностировано в 14 из 41 (34,1%), от 2 до 3 см – поражение в 2 из 23 (8,7%), в остальных 3 случаях при локализации опухоли от САК на расстоянии более 3 см.

Выводы. Таким образом, при расположении опухолевого узла от ареолы до 3 см, необходимо удалять САК. Это основной фактор для вероятного поражения САК. При локализации опухолевого узла в центральном квадранте необходимо удалять САК. Другие параметры опухоли, такие как мультицентричность, подтип опухоли, гистологическая структура не играют решающей роли. Таким образом, необходимо помнить, что отсутствие клинических данных за поражение САК, не может полностью исключить его поражение, что в свою очередь может привести к неадекватному объему оперативного вмешательства.

Необходимость выполнения профилактической мастэктомии у больных с генетически обусловленным раком молочной железы.

Зикирходжаев А.Д., Сухотько А.С., Масри А.А.
Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Введение. Присутствие мутаций в генах BRCA1 или BRCA2 может увеличить вероятность рака молочной железы более

чем в 5 раз, а рака яичников – в 10-28 раз. В среднем, риск возникновения рака в контрлатеральной молочной железе составляет около 1% в год у пациентов из общей популяции. Это означает, что через десять лет риск нового рака возрастет до 10%. Однако в том случае, если у женщины имеются наследуемые мутации генов BRCA1 или BRCA2, то риск заболеть раком в будущем становится еще выше, и уже составляет более 4% в год. Профилактическая мастэктомия (ПМЭ) контрлатеральной молочной железы с последующей реконструкцией считается наиболее эффективным методом снижения риска развития РМЖ. Одной из первых работ, в которой оценивалась эффективность профилактических мастэктомий по предотвращению РМЖ, была представлена в клинике Мэйо (США, Рочестер), где профилактические мастэктомии выполняются с 1960 г. Снижение риска развития болезни при выполнении двусторонней профилактической мастэктомии составило 96%. Выполнение контрлатеральной профилактической мастэктомии у больных РМЖ снизило риск развития болезни на 96%. Однако четких показаний к выполнению профилактической мастэктомии, применяемой в Европе и США, нет. Данный вид операции в некоторых странах выполняется только на основании желания пациентки.

Материалы и методы. За период с января 2014 по август 2016 г. на базе МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России было проведено генетическое исследование 1050 здоровых и больных женщин, проходивших лечение.

Результаты исследования. В ходе проведенного анализа, мутация в гене BRCA1 выявлена у 35 больных РМЖ и у 2 – также выявлена мутация в гене BRCA2. Выявлено, что у 28 (75,7%) женщин встречалась мутация 5382insC гена BRCA1, 2080delA гена BRCA1 – у 2 (5,4%), 300T/G гена BRCA1 – у 2 (5,4%), 3819delGATAA гена BRCA1 – у 1 (2,7%), 3875del4 гена BRCA1 – у 1 (2,7%), 4153delA гена BRCA1 – у 1 (2,7%), 617delLT гена BRCA2 – у 1 (2,7%) и редкая мутация Asn372His гена BRCA2 – у (2,7%). Средний возраст больных составил 42,1 года. У 4,7% пациентки диагностирован РМЖ 0 ст., у 52,9% – I ст., у 9,5% – IIА ст., у 4,7% – IIIА ст. У 28,6% пациенток диагностирован первично-множественный рак. Первично-множественный метакхронный рак молочных желез встретился у 14,3% больных. У 14,3% пациенток диагностирован первично-множественный метакхронный рак молочной железы в комбинации со злокачественными заболеваниями следующих локализаций: у 4,7% пациентки – рак яичников, у 4,7% – рак анального канала, у 4,7% – рак тела матки. По морфологическому строению опухоли наиболее часто диагностировался инвазивный протоковый рак в 81% случаях, низко дифференцированные опухоли (G3) у 76,2% больных, тройной негативный рак – 90,5%. ПМЭ контрлатеральной молочной железы в объеме простой мастэктомии выполнена у 3 (8,6%) больных, в объеме подкожной мастэктомии с одномоментной реконструкцией эндопротезом и сетчатым имплантатом/АДМ/деэпителизованным кожным лоскутом – у 18 (51,4%), в объеме кожносохранной мастэктомии с использованием тканевого экспандера, с последующей заменой на эндопротез – у 14 (40%), профилактическая лапароскопическая аднексэктомия выполнена – у 15 (42,8%).

Выводы. Таким образом, с учетом результатов нашего исследования определены к выполнению контрлатеральной профилактической мастэктомии. Риск возникновения рака контрлатеральной молочной железы значительно выше для больных молодого возраста носителей мутаций генов BRCA, а также с онкологически отягощенным семейным анамнезом, что составила в нашем исследовании 56,9%.

Анатомическая классификация «протезных грыж».

Зотов В.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Протезирующая пластика грыжевых ворот значительно уменьшила, но не избавила полностью от рецидивов грыж в зоне имплантации. В связи с большим количеством применения сетчатых протезов накопилось значительное количество наблюдений, характеризующих данную группу больных.

Грыжи, возникшие после протезирования, называем «протезными грыжами». Этот термин краток, но достаточно ёмко характеризует прошлое и суть настоящего состояния: возникновение рецидива грыжи после протезирующей пластики грыжевых ворот.

Анатомическая классификация протезных грыж включает в себя:

1. подпротезные грыжи;
2. чрезпротезные грыжи;
3. парапротезные грыжи;
4. околопротезные грыжи.

Подпротезная грыжа возникает при технике «on lay» и характеризуется отслоением в виде купола сетчатого протеза и выходом под него грыжевого содержимого через зону старых грыжевых ворот. Край протеза фиксирован по всему периметру. При внешнем осмотре поверхность протеза скрывает под собой грыжевое содержимое и грыжевые ворота. Ревизия грыжевых ворот требует отделения протеза по участку периметра или требуется рассечение протеза над грыжевым содержимым. Сам протез участвует в образовании грыжевого мешка. Чрезпротезная грыжа характеризуется наличием дефекта (щелевидного или круглого отверстия) в самом протезе, через которое выходит грыжевой мешок. Отверстие в протезе является грыжевыми воротами. Причина, как правило, разрушение ткани протеза при манипуляциях в зоне имплантации «вслепую» при ревизии лигатурных свищей зажимом или ножницами, либо распускание тканого протеза. Парапротезная грыжа характеризуется отрывом части протеза и выходом грыжевого мешка вдоль оторвавшегося протеза в окружающие ткани. Протез является частью грыжевых ворот. В свою очередь, степень отрыва можно характеризовать, как отрыв на 1/4, 1/2, 3/4 и 4/4 периметра. Околопротезная грыжа. Грыжевые ворота и грыжевой мешок находятся в непосредственной близости от протеза, но не касаются его. Протез не участвует в образовании грыжевого мешка, и не является частью грыжевых ворот. Однако грыжа является «протезной», так как причина ее рецидива связана с предшествующей протезирующей пластикой. Излишняя мобилизация, разрушение анатоми-

ческих структур, денервация, деваскуляризация ослабили ближайший участок апоневроза, либо был использован протез недостаточной площади. Данная классификация помогает лучше представить биомеханику формирования рецидива «протезных грыж», и облегчает выбор варианта последующей операции.

Эстетические операции у онкологических пациентов, или Что мы можем предложить нашим больным.

Иванов В.Г., Волох М.А., Ермилова Е.В., Сурмач А.А., Курпас И.А., Жильцова Е.К., Иванова О.А.

ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Еще несколько лет назад сочетание онкологический пациент и эстетическая операция звучали если не крамольно, то странно. Однако по прошествии времени стало понятно, что основным тормозом в развитии эстетического направления в онкохирургии является исключительно психология врача-онколога, а не пациента и возможных противопоказаний. Поэтому в настоящее время онкохирургия значительно изменилась по отношению к пациенту и приобрела, говоря знакомым языком – человеческий облик, направленный не только на избавление пациента от опухолевого заболевания, но и на улучшение качества жизни больного. Применительно к пациентам, страдающим опухолевыми заболеваниями (не только рак молочной железы, но и саркома, большая филоидная опухоль, рак in situ) молочной железы, это вылилось в сочетание двух терминов: онкология и пластика и стало называться онкопластической хирургией, однако данный термин, по нашему мнению, применим лишь к молочной железе, пораженной опухолью, в то время как здоровая железа – это предмет эстетической хирургии, основной целью которой является улучшение формы здорового органа. Что же мы можем предложить нашим пациентам с онкологической патологией применительно к здоровой молочной железе? Это полный спектр операций на молочной железе, которые стандартно выполняются в клиниках эстетической хирургии.

Основными показаниями для такого рода операций у больной раком молочной железы являются: 1. Желание больного (пациента) (улучшение внешнего вида здоровой молочной железы).

2. Симметризация здоровой молочной железы с реконструируемой (в случае выполнения реконструктивной операции).

3. Улучшение качества жизни путем уменьшения здоровой молочной железы.

В нашей клинике за период с 2010 по 2014 г. выполнено 103 эстетические операции на здоровой молочной железе у больных раком молочной железы: Вертикальная маммопластика 21, редукция молочной железы на медиальной ножке 15, редукция молочной железы по Хаммонду 13, редукционная пластика со свободной пересадкой сосково-

ареолярного комплекса 8, аугументация молочной железы имплантом 17, аугументация молочной железы жировым трансплантатом 8, мастопексия (циркулярная, циркувертикальная) 21. Средний возраст пациентов составил 48 лет (самая молодая пациентка 24 года, максимальный возраст 68 лет). Медиана наблюдения составила 2,6 лет. Во всех случаях наблюдался хороший эстетический результат. Наибольший эффект от эстетической операции с точки зрения пациенток отмечался у больных молодого возраста, которым была выполнена аугументация здоровой молочной железы и реконструкция контрлатеральной, до размера увеличенной. Вторую группу составили пациентки, у которых одномоментно (в двух случаях отсрочено) была выполнена редукционная пластика здоровой молочной железы с целью уменьшения размеров.

Таким образом, выполнение эстетических операций на здоровой молочной железе у больных раком молочной железы ничем не отличается от таковых при отсутствии онкопатологии, однако, эстетический результат зачастую зависит от дальнейшего системного и местного лечения (химиотерапии, лучевой терапии, биотерапии), что может приводить к более длительному заживлению ран и более частым осложнениям, связанным с расхождением краев ран, нагноением, частичному некрозу тканей. Анализ и характер осложнений у больных раком молочной железы, которым выполнена эстетическая операция будет выполнен нами в отдельной печатной работе.

Оригинальный способ формирование субмаммарной складки (борозды) при реконструкции молочной железы.

**Иванов В.Г., Волох М.А., Ермилова Е.В.,
Сурмач А.А., Курпас И.А., Меджидова А.А.**
*ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава
РФ, Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург*

Формирование субмаммарной складки (борозды) является важнейшей составляющей эстетических и реконструктивных операций на молочной железе. Зачастую правильно выполненная операция по увеличению молочной железы, теряет свою эстетическую привлекательность после того, как происходит разрушение субмаммарной складки под тяжестью импланта после аугументации или смещения тканей молочной железы под действием гравитации. Поэтому как укрепление, так и формирование субмаммарной борозды является важнейшим этапом в эстетической и реконструктивной хирургии молочной железы. Визуальное и фактическое отсутствие субмаммарной складки после реконструкции молочной железы, приводит к тому, что на передней поверхности грудной клетки формируется не более чем объем, лишь отдаленно напоминающий прообраз молочной железы. Восстановленная молочная железа не имеет четких границ, отсутствует проекция молочной железы, нижний склон, ниже-внутренняя и ниже-наружная

граница молочной железы. Анализ литературы по способам формирования субмаммарной складки с целью восстановления последней показал, что все представленные методы (S. Bayati и B. R. Seckel, V. R. Pennisi, J.J. Ryan, J. Bostwick, B.R. Seckel, A.D. Versaci, M. Nava, K.C. Shestak, A.K. Antony) различаются по способу фиксации складки к грудной клетке (надкостница ребер, задний или передний листок капсулы) и тех структур мягких тканей, тракция которых способствует формированию самой складки (кожа, подкожная клетчатка, внутренний листок фасции, передний или задний листок капсулы). Основная причина большого количества предложенных методов заключается в неудовлетворенности хирургов конечными результатами. Нами предложен метод фиксации субмаммарной складки, который обеспечивает максимальную фиксацию тканей к передней грудной стенке в тех случаях, когда необходимо осуществлять тракцию тканей с передней брюшной стенки вверх для формирования нижнего склона молочной железы. В таких случаях на фиксирующие швы оказывается максимальная нагрузка самим имплантом, гравитационными силами и обратной тракцией кожи вниз. Особенность метода заключается не только в том, что мы фиксируем складку к надкостнице передней поверхности ребер, но и проводим швы чрезкожно, через предварительно сделанные короткие надрезы кожи по линии будущей субмаммарной складки (борозды). По ранее выполненной разметке осуществляются короткие не более 0,5 см разрезы скальпелем, в результате чего образуется минимально дезэпидермизированный участок. Чрезкожно, изнутри кнаружи и обратно, через данный участок накладывается горизонтальный П-образный шов, который затем и фиксируется к надкостнице. После тракции кожи происходит закрытие кожного дефекта с формированием минимального рубца. Участок нити закрывается кожными краями и не требует наложения дополнительных поперечных узловых швов. Для формирования и фиксации складки используется атравматическая игла с длительно рассасывающимся или нерассасывающимся материалом. По такой методике нами было выполнено 11 операций. Все операции выполнялись с целью формирования субмаммарной складки (борозды) на этапе замены экспандера на имплант. Медиана наблюдения составила 32 недели, что по нашему мнению, является достаточным сроком для оценки надежности метода. Основным недостатком метода было отмечено возникновение умбиликации в месте фиксации тканей по сравнению с прилегающими участками, что требовало наложение дополнительных фиксирующих швов по одной из ранее представленных методик с целью выравнивания кожных покровов. В этом случае швы накладывались изнутри с захватом всех слоев тканей в промежутках между ранее фиксированными участками, тем самым сглаживая возникновение умбиликации.

Таким образом, субмаммарная складка получалась более ровной и анатомически правильной. В тоже время, у больных, у которых такой маневр не был выполнен, через 12-16 недель отмечалась сглаживание образовавшихся вдавлений. Таким образом: предложенный метод эффективно работает в тех случаях, когда требуется максимально прочно фиксировать субмаммарную складку при использовании имплантов больших объемов и сильной тракции кожного лоскута с передней брюшной стенки.

Можно ли избежать деформации центральной зоны молочной железы после удаления сосково-ареолярного комплекса у больных раком молочной железы.

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

ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Локализация злокачественной опухоли в центральной зоне молочной железы, а именно ретроареолярно, с поражением сосково-ареолярного комплекса (рак соска Педжета) и околоареолярно, встречается в 15-25% случаев. До недавнего времени хирургическое лечение при таком расположении опухоли ограничивалось или ампутацией молочной железы, или мастэктомией, а после внедрения в клиническую практику органосохраняющих операций – больным предлагалось удаление центральной зоны двумя окаймляющими разрезами с выраженной деформацией формы молочной железы. Поиск вариантов хирургических вмешательств позволил использовать в клинической практике операцию с формированием лоскута по Гризотти, при которой замещение дефекта центральной зоны происходит благодаря выкраиванию лоскута на границе нижних квадрантов. Эффектная и простая по исполнению операция, тем не менее, не всегда может быть применена, особенно при небольшом размере молочной железы, пожилом возрасте пациенток и наличии тяжелых сопутствующих заболеваний. Наложение стандартных швов после удаления центральной зоны приводило к тому, что молочная железа сильно деформировалась, в результате чего нарушался основной принцип органосохраняющей операции: сохранение контуров и формы молочной железы с максимальным косметическим эффектом. Нами предложен шов при резекции центральной зоны, который позволяет не только хорошо адаптировать все слои после удаления центральной зоны, но и создавать эстетически красивую форму молочной железы, с хорошим отдаленным результатом. За период с 2012 по 2016 г. по данной методике было прооперировано 9 больных. У всех пациенток был диагностирован рак молочной железы T1-2N01. Причиной использования такой методики, как правило, было нежелание пациенток выполнять различного рода реконструктивные операции, возраст больных, соматический статус, который требовал быстрого выполнения операции и отказ пациенток от сложных реконструктивных операций, включающих симметризирующие операции на контралатеральной молочной железе. Всем пациенткам выполнялась операция с иссечением центральной зоны и сосково-ареолярного комплекса в виде колонны, основание которой заканчивалось на фасции большой грудной мышцы. Выполнялся гемостаз, оценка краев резекции на наличие опухолевых клеток. При отрицательном ответе накладывался оригинальный шов в виде спирали. Каждый последующий вкол осуществлялся выше предыдущего. Конец нитки оставлялся достаточным для того, чтобы по оконча-

нии наложения шва его можно было без технических трудностей завязать с другим концом нити.

Таким образом, мы получали спиралевидный шов, а завязывание узла между двумя концами нити обеспечивало компрессию молочной железы в вертикальном (передне-заднем) направлении. Заключительным этапом операции выполнялась сепаровка кожи вокруг раны и наложение циркулярного шва на кожу. У всех пациенток удалось добиться хорошего эстетического результата без деформации молочной железы и с соблюдением онкологических требований.

Еще раз о профилактической мастэктомии. Возможно ли понимание проблемы?

Иванов В.Г., Волох М.А., Мейер Е.О., Ермилова Е.В., Сурмач А.А., Курпас И.А.

ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Рак молочной железы занимает первое место в структуре онкологической патологии у женщин в России и имеет тенденцию к росту. Доля наследственно-обусловленного РМЖ колеблется от 5 до 10%, 30% из которых ассоциировано с мутациями в генах BRCA1/2. Поиски наиболее эффективных и минимально финансово затратных методов профилактики рака молочной железы привели к широкому внедрению в клиническую практику подкожной или профилактической мастэктомии. Наиболее развито это направление профилактики приобрело в США, в которых практически каждая восьмая женщина имеет риск развития рака молочной железы. Большой ажиотаж этого направления вызвало сообщение о выполнении профилактической мастэктомии известной актрисой Анджелиной Джоли. После которой в мире был отмечен всплеск интереса к такому хирургическому вмешательству. Наиболее масштабные исследования по оценке эффективности профилактических мастэктомий выполнены в Mayo Clinic (США), где подобные операции выполняются с 1960 г. По данным этой клиники снижение риска развития РМЖ у женщин, входящих в группу высокого риска, при применении двухсторонней профилактической подкожной мастэктомии составило 96%, в группе умеренного риска – 89,5%. Средний возраст пациенток, которым была выполнена операция, составил 42 года. Опубликованные в 2009 г. данные 10 европейских центров по наблюдению 550 женщин, перенесших профилактические мастэктомии, также подтверждают высокую эффективность подобных операций. Вероятность развития РМЖ после контралатеральной профилактической мастэктомии у женщин, которые уже имеют диагноз рак молочной железы, по данным различных исследований, составляет от 0,4% и 0,5% (медиана наблюдения 17,3 года) до 1,1% случаев (медиана наблюдения 10 лет). В то же время, изучение гистологических препаратов профилактически удаленных молочных желез у женщин с высоким генетическим риском развития рака молочной железы (у 66% женщин имелись мутации генов BRCA1 или BRCA2) проводилось в работе Hoogerbrugge.

Было изучено 67 гистологических препаратов молочных желез. У 57% женщин были обнаружены различные типы гистопатологических изменений высокого риска: у 21% – атипичная дольковая гиперплазия, у 39% – атипичная протоковая гиперплазия, у 25% – дольковая карцинома *in-situ* и у 15% – протоковая карцинома *in-situ*. Ни одно из этих изменений не было обнаружено на дооперационном этапе обследования, что говорит об отсутствии возможных методов диагностики рака молочной железы на доклиническом этапе. Это подтверждается и данными операционных находок у женщин, которым удалялась ткань молочной железы с профилактической целью или без клинически значимых данных. Доля злокачественных опухолей молочной железы составила в этой группе более 3% (инвазивный рак молочной железы и рак *in situ*).

В России теме подкожной или профилактической мастэктомии уделено повышенное внимание. Это связано с отсутствием понимания о правовых основах для выполнения ПМЭ. С одной стороны, закон не запрещает выполнение профилактических мероприятий, с другой, возможные юридические последствия выполненной операции могут привести к серьезным нежелательным последствиям во взаимоотношениях между оперирующим хирургом и пациентом. Поэтому для выполнения профилактической мастэктомии необходимо понимание как медицинских, так и юридических аспектов.

Из медицинских аспектов актуальным являются следующие вопросы:

1. Является ли профилактическая мастэктомия эффективным методом профилактики рака молочной железы в группах риска или у всех пациенток безотносительно оценки факторов риска? 2. Является ли профилактическая мастэктомия эффективным методом профилактики рака контрлатеральной молочной железы у женщин с уже диагностированным раком молочной железы. И оказывает ли эта операция влияние на продолжительность общей и безрецидивной выживаемости. Из юридических аспектов целесообразно отметить следующие вопросы:

1. Есть ли у хирургов законные основания для выполнения такого рода операций.
2. Кто из специалистов может выполнять данного рода вмешательства.
3. Какие необходимо выполнить процессуальные мероприятия для того, чтобы в случае развития нежелательных ситуаций уменьшить их последствия.

Еще раз о профилактической мастэктомии. Возможно ли понимание проблемы?

Иванов В.Г., Волох М.А., Сурмач А.А.

ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Развитие хирургии при раке молочной железы направлено на менее радикальные и обезображивающие операции, которые не будут препятствовать лечению рака. Основ-

ная проблема органосохраняющих операций заключается в создании эстетической формы МЖ. В данном обзоре мы рассмотрим онкопластические операции при резекции центрально расположенных опухолей, позволяющие соблюсти принципы онкологического радикализма и при этом добиться эстетически приемлемого результата. Онкопластические операции позволяют выполнить резекцию больших объемов железистой ткани путем ремоделирования паренхимы молочной железы для равномерного распределения и возмещения объема. Это перераспределение может быть достигнуто с помощью ротационных лоскутов, а также адаптационных мастопексий и масторедукций. Резекция единым блоком САК и подлежащей ткани железы до пекторальной фасции доступом через периареолярный разрез либо через разрез кожи веретенообразной формы, который в дальнейшем превращается в горизонтально ориентированный рубец. Коррекция послеоперационного дефекта осуществляется при помощи сближения краев паренхимы молочной железы. На кожу накладывается кисетный шов при периареолярном доступе. При выполнении подобной техники существует высокий риск возникновения деформации центральной зоны – «симптом вулкана». Выходом из создавшейся ситуации является применение центральной сегментэктомии, описанной доктором Andrea Grisotti в 1994 г. Центральная сегментэктомия с дермогландулярной ротацией по Гризотти подразумевает иссечение опухоли вместе с САК, а образовавшийся дефект закрывается перемещением и ротацией нижнего дермогландулярного лоскута, включающего glandулярно-жировую ткань из нижнего квадранта молочной железы с округлой зоной эпидермиса – аналогом САК, что позволяет не только закрыть дефицит объема, но и создать новый САК. Онкопластическая резекция молочной железы по методике Бэтвинг используется при опухолях, расположенных глубже САК без вовлечения САК. Соответственно, предоперационной разметке (в виде ленточной мыши – полукруглый разрез над ареолой с крыльями с каждой стороны) рассекают кожу и подкожную клетчатку, выделяют центральный фрагмент молочной железы с САК, удаляют, glandулярные ткани мобилизуют, накладывают наводящие швы соответственно маркировке с формированием эскиза молочной железы и последующим наложением внутрикожного шва. Онкопластическая резекция молочной железы по S-методике: Существуют несколько модификаций данной техники в зависимости от продолжения линий разрезов до S- или W-образных. Эти модификации объединены в единый термин «BSW-пластика», введенный Norbert K. Schondorf. Особенностью этой техники является не только удаление железистой ткани с опухолью, но и кожного лоскута над ней в виде полуовала и циркулярной дезэпидермизацией кожи вокруг соска. Онкопластическая резекция молочной железы по типу round-block можно использовать для удаления опухоли любой локализации за исключением области непосредственно под соском. Предоперационная разметка включает линии внешнего и внутреннего разреза и площадь между ними, которая будет дезэпидермизована. Диаметр внутреннего круга (новой ареолы) должен быть от 38 до 42 мм. В случае птоза и симметричного расположения сосково-ареолярного комплекса, боковые разрезы должны быть от 1 до 1,5 см от внутреннего круга

(новой ареолы) для сохранения положения сосково-ареолярного комплекса. Рассекают дерму в области локализации опухоли, выделяют необходимый участок ткани молочной железы с опухолью в пределах здоровых тканей не менее 5 мм последней по окружности, сектор удаляют. Для ушивания послеоперационной раны используют методику наложения периареолярных швов Хаммонда («interlocking» technique), Бинелли. Масторедукция по типу инвертированного Т впервые была описана Robert Wise в 1956 г., а в качестве онкопластической процедуры была популяризирована Krishna Clough в 1990 г. Данная операция эффективна в отношении женщин с большими размерами молочных желез, а также при диспропорциональности размеров опухоли по отношению к размерам молочной железы.

Отсроченная реконструкция молочной железы аутоканями с одномоментной пересадкой паховых лимфатических узлов для устранения лимфатического отека руки после комплексного лечения рака молочной железы.

Ивашков В.Ю., Соболевский В.А.
ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва

В структуре смертности среди женщин в развитых странах, рак молочной железы остается второй причиной смерти на протяжении последних трех десятилетий. Хирургическое лечение рака молочной железы включает в себя полное удаление ткани молочной железы (радикальная мастэктомия с сохранением грудных мышц) и различные варианты органосохраняющих операций. В настоящий момент в России любой вариант радикального хирургического лечения рака молочной железы включает в себя выполнение подмышечной лимфодиссекции. Полное удаление подмышечных лимфоузлов сказывается на пассаже лимфы в руке на стороне лимфодиссекции. У 30-80% пациентов в различные сроки после лечения развивается лимфатический отек. По данным ВОЗ, около 140 млн людей в мире страдают данной патологией. При условии, если хирургическое лечение рака молочной железы дополняется лучевой терапией, риск развития лимфатического отека значительно возрастает. Возможности и значение реконструктивной хирургии в современном мире значительно увеличились. При условии необходимости выполнения отсроченной реконструкции молочной железы и наличия у нее лимфатического отека возможно выполнение TBAR (Total Breast Anatomy Restoration). Данный тип операции впервые предложен J. Masia. В РОНЦ им. Н.Н. Блохина выполнено 15 подобных операций. Протокол исследования подразумевал предоперационное проведение 10 сеансов пневмомассажа и магнитотерапии. Затем в отделении реконструктивной и пластической хирургии выполнялась отсроченная реконструкция молочной железы TRAM-лоскутом с пересадкой паховых лимфатических узлов в аксиллярную область. Предоперационно при помощи индоцианина зеленого и аппарата Novadaq SPY выполнялась флуоресцентная лимфография и разметка латеральной группы паховых лимфоузлов. Для разметки латеральной группы паховых лимфатических узлов индоцианин зеленый вводился ин-

традермально в гипогастральную область. Спустя 20 мин выполнялось исследование фотодинамической камерой аппарата SPY. Таким образом, контрастировались лимфоузлы в которые оттекает лимфа от нижней части живота, что позволяет исключить проблемы с пассажем лимфы в нижних конечностях после выделения лоскута. Во время операции индоцианин зеленый введен внутривенно, что позволило оценить перфузию различных зон TRAM лоскута, а так же перфузию лимфатического лоскута. Далее TRAM лоскут перемещен в позицию левой молочной железы, лимфатический лоскут уложен в левую аксиллярную область. Результат. Первая оценка эффективности операций произведена спустя 6 месяцев после операции. По данным УЗИ в левой подмышечной области определяются лимфоузлы, с четкой структурой, что доказывает их функциональную активность, т.к. при ее отсутствии, лимфатический узел утрачивает свою структуру и склерозирован. По результатам измерений регресс лимфатического отека составляет около 30 %.

Выводы. Лимфатический отек является функционально и эстетически ограничивающим состоянием, вызывает трудности в повседневной жизни, мешает полноценной физической и психологической реабилитации онкологических больных. Использование современных методов реконструктивной хирургии и высокотехнологичного оборудования позволяет достичь как хорошего эстетического результата после хирургического лечения рака молочной железы, так и значительно уменьшить лимфатический отек верхних конечностей.

Биомеханические характеристики тканей век и трансплантатов для их замещения.

Иомдина Е.Н., Филатова И.А., Некрасов И.О.
ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава РФ, Москва

Рубцовые деформации век и окружающих тканей помимо значительных функциональных нарушений являются причиной развития различных эстетических дефектов, что требует проведения реконструктивно-пластической коррекции век с иссечением рубцово-измененной ткани и, при необходимости, трансплантацией других тканей с целью восполнения дефекта кожи. Обычно для этой цели используют избыток кожи верхнего века, кожу задней поверхности ушной раковины и внутренней поверхности плеча. На практике нередко приходится сталкиваться с использованием для восстановления век неадекватных трансплантатов, например, свободных расщепленных и послойных лоскутов с конечностей и области живота, применяемых как средство экстренной помощи, так и для плановой реконструкции, что нередко приводит к частичному некрозу, сокращению пересаженного лоскута с вторичной деформацией и отличию тканей по цвету. Представляется актуальным провести сравнительное изучение биомеханических параметров тканей век и тканей, использующихся для пересадки, для обоснованного выбора наиболее адекватных трансплантатов.

Цель работы: сравнительное изучение упруго-прочност-

ных свойств поверхностных тканей придаточного аппарата глаза и свободных трансплантатов, применяемых для их замещения.

Материал и методы. Всего было исследовано 188 образцов тканей век и свободных трансплантатов, из них:

- 1) 93 образца кожи верхнего века, из них 48 образцов взяты у 36 пациентов с блефарохалазисом (средний возраст $57,2 \pm 1,8$ лет), и 45 образцов у пациентов с рубцовыми изменениями век (средний возраст $29,8 \pm 2,7$ лет);
- 2) 26 образцов кожи нижнего века с рубцовыми изменениями, взятых у 16 пациентов (средний возраст $39,9 \pm 5,7$ лет);
- 3) 11 образцов кожи брови 5 пациентов с рубцовыми изменениями в данной области (средний возраст $25,6 \pm 3,4$ лет);
- 4) 12 образцов кожи задней поверхности ушной раковины 7 пациентов (средний возраст $57,0 \pm 4,9$ лет) при свободной пересадке кожи из данной области;
- 5) 15 образцов кожи внутренней поверхности плеча, взятых у 7 пациентов (средний возраст $44,5 \pm 1,6$ лет) при свободной пересадке кожи из данной области.

Для биомеханического испытания из тканей, взятых в ходе хирургического вмешательства, вырезали стандартные полоски шириной 4,0 мм и длиной 10 мм и помещали в зажимы испытательной машины Autograph (Shimadzu Universal Testing Machine, Япония). При нагружении с постоянной скоростью (1 мм/мин) вплоть до разрыва регистрировали зависимости «напряжение-деформация», на основе которых рассчитывали упруго-прочностные показатели ткани: модуль упругости (E) и максимальную продольную деформацию (ϵ).

Результаты. В ходе проведенных испытаний выявлено, что модуль упругости (E) рубцово-измененной кожи значительно изменяется в зависимости от локализации образца – области брови, нижнего и верхнего века – и составляет у больных схожих возрастных групп (средний возраст $33,9 \pm 5,7$ лет) соответственно $E=6,3 \pm 2,1$ МПа, $E=4,3 \pm 0,8$ МПа ($p < 0,05$) и $E=3,6 \pm 0,5$ МПа. Значение модуля упругости кожи внутренней поверхности плеча ($E=4,0 \pm 0,5$ МПа) близко к значениям данного показателя рубцово-измененной кожи нижнего века ($E=4,3 \pm 0,8$ МПа). В то же время модуль упругости кожи заушной области ($E=2,5 \pm 0,4$ МПа) достоверно ниже всех этих показателей ($p < 0,05$). Выявлено, что показатель растяжимости кожи верхнего века с рубцом ($\epsilon=73,9 \pm 7,5\%$) близок к соответствующему показателю кожи заушной области ($\epsilon=72,6 \pm 12,2\%$), а кожа брови с рубцовыми деформациями характеризуется достоверно ($p < 0,05$) более низкими значениями растяжимости, т.е. меньшей эластичностью, чем рубцово-измененная кожа нижнего и верхнего века.

Обсуждение. Сравнительный анализ упруго-прочностных параметров позволил выявить отличия в биомеханических характеристиках кожи верхнего и нижнего века, а также кожи в области бровей у близких по возрастному диапазону пациентов при наличии рубцовых деформаций, а также кожи в области внутренней поверхности плеча и заушной области. В целом, с учетом модуля упругости (E) и максимальной деформации (ϵ) биомеханические показатели кожи внутренней поверхности плеча больше соответствуют аналогичным показателям нижнего века, а задней поверхности ушной раковины – кожи верхнего века. Эти соответствия могут служить биомеханическим критерием для выбора наиболее

адекватного трансплантата при реконструктивно-пластическом хирургическом лечении рубцовых деформаций тканей век.

Заключение. Полученные данные следует принимать во внимание при выборе свободных трансплантатов и определении тактики хирургического лечения.

Гармонизирующая хирургия.

Искорнев А.А., Васильев М.Н.

Клиника пластической хирургии Platinental, Москва

Гармонизирующая хирургия, как самостоятельное направление эстетической пластической хирургии, сформировалось ответом медицинского сообщества на потребность рынка в естественном послеоперационном результате. К внешним факторам можно также отнести феномен развития социальных сетей, общий мировой бум на «селфи», что, безусловно, повлияло на запросы пациентов перед пластическими хирургами. Главным отличием гармонизации от антивозрастной эстетической хирургии является возможность одновременного выполнения комплекса самых разнообразных вмешательств, направленных на улучшение внешнего вида пациента. Гармонизирующие операции претендуют на улучшение именно привлекательности пациента. И такой субъективный критерий оценки послеоперационного результата ставит перед хирургом крайне амбициозную задачу, апеллировать к его эстетическому чутью. Работая с собственными протоколами гармонизирующих операций, мы впервые стали сочетать художественные каноны красоты, современные антропометрические данные о пропорциях «привлекательной внешности» с возможностями хирургии (эндопротезирование, работа с глубокими жировыми пространствами лица и шеи и так далее). В данном докладе мы коснемся актуальных канонических красота, оптимальных способов сочетания хирургических приемов, направленных на достижение максимального результата за одну операцию, а также обсудим способы оценки послеоперационного результата.

Варианты контурной пластики лица.

Казанский государственный медицинский университет, КОБ ООО «РЖД» на ст. Казань

Цель. Показания к методам операций и видам имплантатов при пластических операциях.

Задачи. Целесообразность применения ауто-, алло- или ксенотрансплантатов. Значение имплантов из металла и полимеров в контурной пластике перед натуральными тканями. Преимущества в контурной пластике лица пластики местными тканями, включая удаление части тканей при асимметрии.

Материал. Прооперированы пациенты с дефектами на веках, ушах, носу (седловидное западение, горб или посттравматическая деформация носа), губах, челюстях (прогения, прогнатия), подбородке, щечной и скуловой областях, шее. Выполнены ауто- и ксенотрансплантации фрагментов гребня подвздошной кости и ребер, аллотрансплантация леофили-

зированным реберным хрящом или ксенотрансплантация биологическим имплантом Permacol из очищенного свиного коллагена. Имплантация конструкций из титана и полимерных материалов Rogex и Силикона. С учетом анамнеза и данных физикального обследования, телерентгенограмм, ОПГ и КТ с 3D, ставился диагноз и принималось решение об операции. Всего прооперировано 69 пациентов с 2011-16 гг.

Методы. При открытой ринопластике для устранения посттравматической деформации пациенту удалили экзостозы и репонировали перегородку носа. Для спинки и кончика носа был создан каркас из леофилизированного реберного хряща, два элемента: ладьевидный для спинки и стропилка для кончика, связанные между собой под углом в 85°. Все 5 пациентов, которым были выполнены подобные операции, были удовлетворены, но через 2-3 года у всех происходило частичное рассасывание имплантов, что приводило к деформации носа. Трём пациентам для устранения седловидного западения устанавливались титановые сетки. Которые создавали правильную форму, но давали температурную реакцию на морозе, что не вполне устраивало пациентов. 12-летнему мальчику с расщелиной, заниженным размером и седловидным западением носа, реконструкцию провели, используя импланты из полимерного материала Rogex, компании Medpor, получив хороший результат. Этот материал использовался еще у 12 пациентов при реконструкции не только носа, но и формы нижней челюсти и скуловых костей. Вполне приемлемыми оказались импланты из силикона, компании Implantech, при рино- и ментопластике. Оба эти материала биоинертны, обеспечивают хорошее прилегание с последующим прорастанием собственными тканями, имеют готовые формы и размеры, хорошо моделируются и возможна их повторная стерилизация. Результаты были стабильными как на ранних, так и на отдаленных сроках. Для формирования спинки носа или закрытия вдавленных дефектов лба применялся биологический ксенотрансплантант из очищенного свиного коллагена компании Permacol.

Пациентам с деформациями ушных раковин реконструкция проводилась путем вмешательства на хряще с достижением правильной формы по Кручинскому, Tanzer. Мальчику с дефектом ушной раковины в результате укушенной раны и потерей ее трети, восстановление объема проведено путем пересадки фрагмента с противоположной ушной раковины. Восстановление правильного контура при оттопыренности ушей, особенно в случаях с одной ушной раковиной, достигался за счет формирования противозавитка и уменьшения размеров скафы по Субирану.

Пациентам с прогенией и прогнатией проводилась реконструкция челюстей методами Dal Pont, Лимберга, Рудько. Лечение больных с синдромом Робена, при котором выражена микрогения и открытый прикус, увеличение нижней челюсти проводилось с помощью компрессионно-дистракционных аппаратов, с последующим рациональным протезированием. При синдроме Ромберга и связанной с ним выраженной односторонней костной или жировой дистрофией, дефицит тканей восполнялся за счет имплантации силиконовых протезов или пересадки дезэпидермезированных кожно-жировых лоскутов с ягодиц. При невыраженной асимметрии удалялась часть ткани со здоровой стороны. При восстановлении контура шеи, результат достигался за счет субментальной пластики по Burke и Peterson или лифтинга нижней

трети лица и шеи. Контуры глаз улучшались за счет верхней и нижней блефаропластики с удалением жировых грыж по показаниям. При жировой гипертрофии щёк, уменьшение объема жира проводилось внутри ротовым доступом через разрез по линии смыкания зубов. Устранение носогубных складок проводилось путем липофилинга.

Выводы. Сказать однозначно какие методы и материалы лучше затруднительно, у каждого из них есть свои положительные и отрицательные стороны, поэтому к каждому случаю необходимо подходить индивидуально.

Возможности липографтинга в реконструктивной хирургии конечностей.

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

ОГАУЗ Томская областная клиническая больница, Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Актуальность. Сегодня липографтинг является трендом пластической и реконструктивной хирургии, а постоянные фундаментальные и клинические исследования показывают великолепные результаты лечения с использованием липоаспирата и стромально-васкулярной фракции. Применение аутожира также актуально и в пластической хирургии конечностей, однако, данный метод не имеет определенных точных критериев применения, что выражается в избирательном подходе хирурга к задействованию липографтинга, или отказа от него.

Цель работы: изучить возможности применения липографтинга в пластической хирургии конечностей в условиях работы отделения реконструктивной и пластической хирургии Томской ОКБ.

Задачи. Выделить нозологические группы в хирургической патологии конечностей. Определить результаты лечения хирургической патологии конечностей после введения аутожира.

Материалы и методы. В группу исследования были включены пациенты, получавшие лечение в отделении реконструктивной и пластической хирургии Томской ОКБ с различными хирургическими нозологиями верхних и нижних конечностей с августа 2015 по август 2016 г. (всего 600 случаев). Анализ показал, что предварительно выделенные группы пациентов с хирургической патологией конечностей, которым показано применение липографтинга как оперативного этапа или же как отдельной манипуляции, составил 23% или 138 пациентов. Забор жира осуществлялся с помощью тумесцентной шприцевой липосакции с использованием раствора Кляйна. Донорские зоны: передняя брюшная стенка, внутренняя поверхность коленных суставов, внутренняя поверхность бедра. После липоасирации жир подвергался центрифугированию на ручной центрифуге в течение 3 минут. С помощью коннектора выполняли сбор липоцентрифугата (с предварительным удалением тумесцентного раствора и компонентов крови, в один шприц для контроля введения объема. Введение липоаспирата осуществлялось с помощью набора канюль по Colman.

Результаты. В нашей практике были выделены следующие группы хирургической патологии конечностей, в лечении которых применяли липографтинг: – Рубцовые деформации мягких тканей травматические. В группу вошли теногенные посттравматические контрактуры на уровне пальцев и кисти, а также тыла стопы, постожоговые контрактуры. Первично выполнялось 1–2 сессии липографтинга с целью достижения антифибротического эффекта от введения жира, создания объема мягких тканей над сухожильным аппаратом, затем, через 2 месяца – выполнялись корректирующие операции (тенолиз, пластика сухожильного аппарата), местно-пластические операции (23% – 32 пациента). – Рубцовые деформации мягких тканей идиопатические. В эту группу были включены пациенты с контрактурой Дюпюитрена. Первично им выполнялась ригототомия фиброно-измененных лучей кисти, а затем, вторым этапом операции, введение 10–15 мл липоасpirата (12% – 16 пациентов). – Трофические дефекты кожи. К этой группе мы отнесли пациентов с хроническими трофическими дефектами кожи на фоне ПТФС и сахарного диабета, ятрогенные дефекты кожи. Выполняли 2–6 сессий липографтинга с введением липоасpirата в область язвенного дефекта и его укрытием свободным аутодермотрансплантатом, или же проведением местной пластики (25% – 35 пациентов). – Периферические невропатии (застарелые травмы периферических нервов, тоннельные синдромы). Выполняли открытое введение липоасpirата по ходу оперируемого нерва (пластика аутонейротрансплантатом, декомпрессия нерва), а также в окружающие ткани (19% – 26 пациентов). – Эстетические изъяны конечностей. Выполняли введение 10–15 мл липоасpirата под кожу тыла кистей рук с эстетической целью, а также выполняли контурную волюметрическую коррекцию атрофических дефектов мягких тканей, не имеющих функциональной составляющей (21% – 29 пациентов). Выводы. Выявлен широкий спектр хирургической патологии конечностей, где уместно и обоснованно применение липографтинга. Результаты лечения всех представленных случаях были положительными. К осложнениям липографтинга, которые составили 1,5% от общего числа пациентов, мы отнесли полный лизис аутожира, а также инфекционные осложнения (септические осложнения, купируемые антибактериальными препаратами широкого спектра действия).

Особенности лечения и реабилитации пострадавших с минно-взрывными ранениями челюстно-лицевой области.

Калиновский Д.К., Назарян Д.Н., Караян А.С.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк; Научно-клинический отдел челюстно-лицевой и пластической хирургии ФНКЦО ФМБА России, Москва

Цель исследования: определение оптимальных методов лечения и реабилитации пострадавших с минно-взрывными ранениями (МВР) челюстно-лицевой области (ЧЛО).

Задачи: анализ структуры МВР ЧЛО и особенностей оказания помощи на разных этапах лечения и реабилитации, анализ эффективности различных методов реконструктивно-восстановительного хирургического лечения (РВХЛ).

Материалы и методы. Проведен анализ 285 случаев травматических повреждений ЧЛО, полученных военнослужащими и мирными жителями в ходе активных боевых действий на территории Донбасса в 2014–2015 гг. Детально проанализированы особенности и результаты лечения и реабилитации 10 пострадавших с обширными дефектами челюстей и мягких тканей ЧЛО, из них – 9 пострадавших с дефектами нижней челюсти (НЧ) и прилежащих мягких тканей, 1 – с субтотальным дефектом верхней челюсти (ВЧ). Всем пострадавшим специализированная врачебная помощь была оказана в течение 24 часов с момента получения травмы и включала в себя ПХО ран с удалением свободнoleжащих осколков ранящих снарядов, инородных тел, зубов, нежизнеспособных осколков челюстей. В дальнейшем, в зависимости от тяжести состояния пострадавшего и особенностей течения полученной травмы, в различные сроки выполнялась фиксация и иммобилизации фрагментов челюстей с использованием как консервативно-ортопедических, так и хирургических методов лечения. В 3 случаях фиксация фрагментов НЧ проведена с использованием стандартного титанового имплантата в виде сетчатого экрана без замещения дефекта костной ткани, в 4 случаях использовались реконструктивные пластины (балки) из титана, в 5 случаях (4 на НЧ и 1 на ВЧ) проведено РВХЛ с использованием ревааскуляризованных малоберцовых аутоотрансплантатов, в т.ч. у 2-х пострадавших – после неэффективного лечения с использованием сетчатого имплантата и реконструктивной балки. Наблюдение за пострадавшими проводилось в сроки от 6 до 28 месяцев. Всем пострадавшим на этапах лечения и реабилитации выполнялось комплексное обследование, включая антропометрию, компьютерную томографию, компьютерное 3D-моделирование, изготовление стереолитографических моделей и предоперационных шаблонов. Для координации совместной работы клиники челюстно-лицевой хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького и научно-клинического отдела челюстно-лицевой и пластической хирургии ФНКЦО ФМБА России (г. Москва) и выработки оптимальной тактики лечения и реабилитации пострадавших нами проводились телеконсультации – как синхронные (онлайн), так и асинхронные (офлайн). Результаты исследования. В ходе проведенного анализа нами отмечено, что при обширных дефектах челюстей наименее функциональным методом РВХЛ было использование стандартного титанового имплантата в виде сетчатого экрана – в 2 случаях из 3 констатировано нарушение целостности экрана – его перелом, что потребовало проведения повторных оперативных вмешательств по удалению металлической конструкции и повторной фиксации фрагментов НЧ. Использование в качестве фиксирующего элемента реконструктивной балки из титана позволяло добиться большей стабильности отломков НЧ и более раннего восстановления функциональной активности. Однако наличие костного дефекта НЧ не позволяет добиться полной функциональной реабилитации пострадавших. Следует также отметить, что в ряде случаев, особенно при наличии дефекта мягких тканей,

кожных покровов и слизистой оболочки полости рта, может наблюдаться «прорезывание» реконструктивной балки, что и было отмечено нами у 1 пострадавшего. Наиболее эффективным методом РВХЛ оказалось использование ревааскуляризованного малоберцового костно-мышечного аутоотрансплантата. Основными преимуществами данной методики является возможность максимальной анатомической, функциональной и эстетической реабилитации пострадавших вследствие полного восстановления костной ткани в объеме, достаточном для проведения ортопедической реабилитации не только с использованием съемных протезов, но и проведением несъемного протезирования с опорой на денальные имплантаты. Также следует отметить, что при данном методе возможно одновременное восстановление не только утраченной костной ткани, но и дефекта мягких тканей и кожных покровов.

Выводы. Наиболее полная анатомическая, функциональная и эстетическая реабилитация пострадавших с МВР ЧЛО отмечена при проведении РВХЛ с использованием ревааскуляризованного малоберцового аутоотрансплантата, что позволяет рекомендовать его для широкого внедрения при лечении данной категории пострадавших.

Значение субмаммарной борозды и оригинальный способ её восстановления при реконструкции молочной железы.

Камалетдинов И.Ф., Исмагилов А.Х.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», Казань

Инфраммаммарная складка (ИМС) является анатомическим образованием, 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 САК, расположение груди на грудной клетке и степень симметрии с контралатеральной молочной железой. Поэтому, в случае отсутствия ИМС, ее восстановление становится обязательным этапом реконструкции груди, что позволяет добиться более натуральной формы и большей симметрии с контралатеральной молочной железой. Рассмотрев основные методы формирования ИМС, 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. Учитывая определенные недостатки существующих способов реконструкции, был разработан метод формирования ИМС, при котором в качестве подвешивающей

связки используется задний листок капсулы эндопротеза. В ходе исследования 68 пациенткам, выполнена реконструкция груди с одновременным формированием ИМС. Из них 27 (39,7%) пациенткам реконструкция ИМС осуществлялась с применением методики, описанной М.Nava, 9 (13,2%) – метод В.Seckel, 32 (47,1%) – разработанный метод. Стабильность результата определялась измерением торако-маммарного угла и расстояния от ИМС до нижнего уровня III сегмента. Пациенток фотографировали до и на определенных сроках после оперативного вмешательства в 5 проекциях в стандартных положениях с одинакового расстояния. В послеоперационном периоде осложнений ассоциированных с применением методики реконструкции ИМС не наблюдалось. При измерении расстояния от ИМС до нижнего уровня III сегмента было выявлено его уменьшение у 2 (6,25%) пациенток в группе разработанного метода, у 1 (11,1%) – в группе метода В.Seckel, и у 1 (3,7%) – в группе метода М.Nava. Увеличение торако-маммарного угла было выявлено у 3 (9,4%) пациенток в группе разработанного метода, у 1 (3,7%) – в группе метода М.Nava, у 1 (11,1%) – в группе метода В.Seckel. Данные осложнения мы связываем с избыточным компрессионным действием стандартного послеоперационного белья и с длительным его ношением. Увеличение расстояния от ИМС до нижнего уровня III сегмента было выявлено у 4 (12,5%) пациенток в группе разработанного метода и у 2 (22,2%) – в группе метода В.Seckel. Уменьшение торако-маммарного угла произошло у 4 (12,5%) пациенток в группе разработанного метода, у 3 (33,3%) – в группе метода В.Seckel, и у 2 (7,4%) – в группе метода М.Nava. Два последних изменения были ассоциированы с небольшим птозом реконструированной груди относительно складки. У 3 (33,3%) пациенток в группе способа В.Seckel наблюдались умбиликации на коже в проекции наложенных швов, чего не было в остальных группах. Наполненность и контурируемость нижнего полюса в группах разработанного метода и способа В.Seckel была выраженной, в сравнении с группой метода М.Nava, за счет формирования складки с острым торако-маммарным углом (<90°). Применение разработанного метода формирования ИМС улучшает эстетические результаты реконструктивных операций на молочной железе, за счет создания складки с отрицательным торако-маммарным углом, что позволяет добиться большей симметрии с контралатеральной грудью. При этом реконструируется нижняя граница груди, имеющая ровные контуры, и формируется наполненный и контурируемый нижний полюс, который нависает над ИМС, что создает эффект натурального птоза молочной железы.

Функциональные последствия риносептопластики.

Карапетян Л.С., Русецкий Ю.Ю.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Частота повторных ринопластик по данным литературы составляет от 5 до 25%, причем, эта доля не всегда зависит от опыта хирурга. При определении показаний для хирургической ревизии акцент делается обычно на эсте-

тических недостатках (вторичных или остаточных), однако, причиной повторной операции могут быть и функциональные нарушения. Сведения о частоте таких проблем несколько противоречивы. Так, по данным G.J. Beekhuis (1976), 10% пациентов после первичных ринопластик жалуются на остаточное или вновь возникшее затруднение носового дыхания. В то же время, есть работы, которые показывают, что в большинстве наблюдений ринопластика не ухудшает носовое дыхание. Бывают ситуации, когда жалобы пациента на затруднение носового дыхания не подтверждаются осмотром и объективными методами исследования.

Для выявления функциональных нарушений РП было обследовано 253 пациента из них 76 мужчин и 177 женщин, в возрасте от 18 до 66 лет, средний возраст – 29,9±7,7 лет. Срок, прошедший после операции, составлял от 6 месяцев до 9 лет, средний срок – 2,7±1,6 лет. Пациенты были обследованы в клинике болезней уха, горла и носа ПМГМУ им. И.М. Сеченова в период с 2012 г. по 2015 г. Помимо стандартного оториноларингологического осмотра всем пациентам проводилось анкетирование, пробы с расширением клапана носа, эндоскопия полости носа, ПАРМ и АР, КТ носа и ОНП, цифровое фотографирование в стандартных проекциях. По результатам исследования выявлено, что основная постринопластическая функциональная проблема – это затруднение носового дыхания у 91% пациентов по данным объективных методов исследования и у 70% пациентов по данным анкетирования. Основные причины постринопластических функциональных осложнений – это дисфункция клапана носа, деформация перегородки носа, гипертрофия н/н раковин, синехии полости носа и буллы средних носовых раковин.

Осложнения в косметологии.

Карпова Е.И., Данищук О.И.

Кафедра кожных болезней и косметологии РНИМУ им Н.И. Пирогова, ООО «Клиника Данищука», Москва

Проблема осложнений после контурной инъекционной пластики (КИП) становится все более актуальной в эстетической медицине из-за увеличения числа обращаемости пациентов. Рост осложнений после КИП, возможно, связан с ростом популярности этих процедур и увеличения числа выполняемых инъекций, а также в связи с применением все более сложных методик. К сожалению, нередко такие процедуры выполняются специалистами, не прошедшими специальное обучение, медицинскими сестрами и «косметологами», которые вообще не имеют медицинского образования. Процедуры проводятся в условиях с нарушением правил асептики и антисептики, и зачастую не в медицинских учреждениях. Полагаем, что именно вследствие несистемного и необоснованного использования гелей в ненадлежащих условиях является первопричиной неудовлетворительных результатов коррекции. Возникающие осложнения после введения филлеров могут быть незначительными и легко устранимыми, но встречаются осложнения, требующие оказания неотложной помощи, а порой и

хирургического вмешательства и оставляют необратимые последствия.

Сохранение и восстановление функции лицевого нерва в хирургии опухолей основания черепа.

Каурова Т.А., Гуляев Д.А., Левина М.В.

ФГБУ «Северо-западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург

Цель исследования: усовершенствование алгоритмов реабилитации пациентов с повреждением лицевого нерва, оперированных по поводу опухолей основания черепа.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах лечения 170 пациентов с данной патологией, находящихся на лечении с 2010 по 2016 г. Средний возраст больных – 45 лет. Среди пациентов преобладали женщины (69%). В исследование вошли больные с вестибулярными шванномами (61%), менингиомами (25%), параганглиомами (8%), невриномами яремного отверстия (1,8%), базально-клеточным раком (1,2%), хордомиомами (1,4%) и больные с шванномами барабанной части лицевого нерва (1,6%). Всем пациентам выполнено микрохирургическое удаление опухоли с использованием нейрофизиологического мониторинга-трансназальная электростимуляция лицевого нерва и электромиография. Это позволяло идентифицировать лицевой нерв уже на ранней стадии удаления опухоли, сохранить его и оценить состояние лицевой мускулатуры в конце операции. В 36 случаях после радикального удаления опухоли у пациентов развился паралич лицевого мускулатуры в связи с гигантскими размерами опухоли и вовлечением в ее капсулу лицевого нерва либо разрушения его опухолью. Пациентам с шванномами барабанной части лицевого нерва совместно с оториноларингологом в качестве доступа выполнялась антростома, тимпанотомия, микрохирургическое удаление опухоли, при этом из-за выраженной инвазии опухолью лицевого нерва, сохранить его не представлялось возможным. После операции у пациенток полностью восстановился слух, но развился паралич лицевой мускулатуры. Для восстановления функции мимической мускулатуры в отсроченном послеоперационном периоде (не позднее 2 месяцев) выполнялась реиннервация лицевого нерва путем создания экстракраниального анастомоза со стволом добавочного нерва (26), ветвью добавочного нерва к кивательной мышце (5) и нисходящей ветвью подъязычного нерва (3). Оценка результатов лечения осуществлялась при помощи шкал Karnofsky и Hous-Brackman. Во всех случаях удалось добиться хорошего косметического и функционального результата. У 2 пациентов реиннервация лицевого нерва добавочным нервом проводилась симультантно с удалением опухоли, и функциональный результат при этом соответствовал IV степени, что было обусловлено медленной и слабой регенерацией лицевого нерва на фоне заживления основной операционной раны.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов после удаления опухоли с параличом лицевой мускулатуры отмечалось

снижение показателя социальной активности в среднем до 71,2%. Через 12 месяцев после выполнения реиннервации лицевого нерва у больных восстановление функции лицевого нерва соответствовало I-III степени. Во всех случаях имело место увеличение показателя социальной активности, в среднем до 82,3%.

Выводы. 1. Применение нейрофизиологического мониторинга при удалении опухоли основания черепа облегчает идентификацию лицевого нерва, снижая риск его повреждения, однако при инвазии ствола лицевого нерва данная методика теряет смысл. 2. При отсутствии рецидива заболевания больным в отсроченном периоде мы считаем наиболее оптимальным проведение реиннервации лицевого нерва для устранения вышеуказанных функциональных нарушений через 1,5-2 месяца после удаления опухоли, восстановление лицевого нерва одновременно с удалением опухоли может приводить к снижению репаративно-морфологических процессов. 3. По нашим наблюдениям, наиболее оптимальным оказалось в использовании в качестве нерва-донора ствола добавочного нерва. Данная методика дала наиболее высокие функциональные результаты при минимальном неврологическом дефиците.

Эффективность аутоплазменной терапии при склерозирующем лихене.

Климова О.И., Блбулян Т.А.

*ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Пирогова ДЗМ», Филиал
Родильный дом № 25, Москва*

Лечение 20 пациенток с диагнозом склерозирующий лихен (СЛ) аутологичной аутоплазмой (АП) доказало свою эффективность. Investigation and treatment of 20 patients with diagnosed lichen sclerosus with autologous autoplasm (AP) proved their effectiveness. Склерозирующий лихен (СЛ) – хронически протекающий воспалительный дерматоз неясной этиологии, поражающий кожно-слизистые покровы. СЛ является изнурительной болезнью, приводящей к зуду, болям, дизурическим явлениям и затрудненному мочеиспусканию, диспареунии, атрофии, рубцеванию, сексуальной дисфункции, а в последующем – к полной десоциализации пациентов. СЛ имеет два пика распространенности, в препубертатном и менопаузальном периоде, хотя у значительного числа женщин симптомы и кожные изменения могут начаться еще в репродуктивном возрасте. Этиология и патогенез склерозирующего лихена вульвы до настоящего времени остаются во многом неизвестными, а, следовательно, методы лечебных воздействий при данном заболевании чрезвычайно многообразны, это связано с их малой эффективностью, а также рецидивирующим течением заболевания. Это послужило поводом для дальнейшего поиска неспецифических методов терапии.

Цель и задачи исследования – оценить эффективность ауто-стимуляции регенеративных процессов в вульве с применением аутоплазмы при лечении СЛ. Невилировать симптомы данного заболевания, улучшить качество жизни.

Материалы и методы. Нами было обследовано 20 женщин в возрасте от 45 до 61 года. Диагноз был поставлен на

основании морфологических и цитологических заключений. Морфологическое исследование было произведено при помощи панч биопсии, панчами диаметром 3,5 мм. При морфологическом исследовании верифицированы все критерии оценки дистрофических изменений, а именно – эпителиальный акантоз, придаточный гиперкератоз и гиалинизацию дермы, а также инфильтрацию лейкоцитами в виде продольной полосчатости в среднем слое дермы, множество расширенных капилляров и скопление лейкоцитов вдоль базальной мембраны. Основными жалобами пациенток в 7 была сухость влагалища; в 5 – зуд; в 4 – диспареуния; в 4 – боли внизу живота; а также жжение, выделения из половых путей, nocturia, стрессовое недержание мочи, приливы, нерегулярные месячные. При атрофических изменениях вульвы и влагалища были выражены изменения биотопа, такие как снижение количества лактобактерий (у 10 пациенток – КОЕ < 10⁶), истончение эпителия (у 7 пациенток), снижение вагинальной складчатости и побледнение (у 3 пациенток), петехиальные кровоизлияния (у 10 пациенток), проводилось лечение, направленное на снижение лейкоцитарной активности, с этой целью проводилось восстановление микробиотоза влагалища и кишечника препаратами содержащими эубиотики-эстроген-гестагены, а также антибактериальными препаратами, после чего отмечалось значительное уменьшение жалоб. После подтверждения диагноза всем пациенткам была проведена аутоплазменная терапия. Аутоплазма получена из 9,0 мл аутокрови, забор проводился из локтевой вены, далее кровь центрифугировалась при режиме 3200 оборотов в течение 5 минут, полученные 4,0 мл аутоплазмы вводились папульно, по 0,1-0,2 мл каждый вкол, в область наружных половых органов и подслизистой оболочки стенок влагалища – всего до 20-25 вколов, микроинъекции проводились иглой 27 1/2G. Каждой из них было сделано по 5 инъекций аутоплазмой с интервалом в 7 дней. Инъекции были введены в область наружных половых органов и слизистой влагалища. После проведенной терапии дизайн обследования был следующим: через 7 дней по телефону выяснялись жалобы пациентки (в данном случае жалоб не было), через 14 дней – визуальный осмотр и контрольная рН метрия. Данные рН метрии соответствовали нормоценозу. Через 28 дней проводился визуальный осмотр, рН метрия, микроскопическое и цитологическое исследование. При визуальном осмотре слизистая влагалища была бледно-розовой окраски, лубрификация восстановлена, выделения умеренные. У пациенток находящихся в перименопаузе и ранней постменопаузе рН метрия соответствовала нормоценозу (рН 4,4). У двух пациенток в периоде поздней постменопаузы рН метрия соответствовала мезоценозу (рН 4,7). Основным критерием оценки эффективности лечения нами признаны: отсутствие ранее перечисленных жалоб, улучшение качества жизни и отсутствие рецидивов за период лечения и последующего наблюдения.

Заключение. Таким образом, применение АП как неспецифического метода лечения лихена доказало свою эффективность, а также позволило избежать рецидивов в течении 6 месяцев динамического. Исследование продолжается.

Необходимость совершенствования среднего медицинского персонала в пластической хирургии и косметологии. Создание должностных инструкций для среднего медперсонала в эстетической медицине с учетом модернизации образовательных программ.

Кононенко Л.Ю.

ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии», Москва

«Необходимость совершенствования среднего медицинского персонала в пластической хирургии и косметологии. Создание должностных инструкций для среднего медперсонала в эстетической медицине с учетом модернизации образовательных программ». В 2009 году в Российской Федерации появились новые специальности для специалистов с высшим медицинским образованием «Пластическая хирургия» и «Косметология». Они были утверждены Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2009 № 210н (отменен, новым приказом Минздрава РФ от 7 октября 2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование»). Затем был утвержден Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором в ч. 1 ст. 37 указано, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации. Порядки оказания помощи были утверждены (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 18 апреля 2012 г. № 381н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «косметология»», Приказ Минздрава России от 30.10.2012 № 555н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия»»), а вот стандарты медицинской помощи по вышеуказанным специальностям не утверждены до сих пор и ознакомиться с перечнем оперативных вмешательств негде. Такая ситуация вызывает сложности в подготовке среднего медицинского персонала, особенно в пластической хирургии, поскольку знакомиться с ходом операции, спецификой ухода в до- и послеоперационных периодах приходится на рабочем месте. На данный момент существует только одна унифицированная программа дополнительного профессионального образования для среднего медицинского персонала – «Операционное дело», которая не отражает специфики пластической хирургии. Однако и со средним медперсоналом в косметологии возникают проблемы. До сих пор для медсестер по косметологии не утверждена типовая программа. Так же, как нет Порядка оказания медицинской помощи для среднего персонала по косметологии. И только в этом году были утверждены квалификационные требования по специальности «сестринское дело в косметологии» (Приказ Минздрава РФ от 10 февраля 2016 г.

№ 83н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием»). В соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ, содержание дополнительной профессиональной программы, определяется образовательной программой, разработанной и утвержденной организацией, осуществляющей образовательную деятельность, если иное не установлено настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами, с учетом потребностей лица, организации, по инициативе которых осуществляется дополнительное профессиональное образование (ч. 6 ст. 76). Это означает, что на данный момент времени в Российской Федерации обучение по «сестринскому делу в косметологии» и «операционному делу», которые являются дополнительным профессиональным образованием, преподают по разным образовательным программам. Что конечно сказывается на качестве подготовки кадров. В связи с вышеизложенным, считаю необходимым:

1. Разработать и утвердить типовую программу по «сестринскому делу в косметологии».
2. Утвердить новую специальность «сестринское дело в пластической хирургии».
3. Разработать и утвердить должностные инструкции для среднего медицинского персонала, в соответствии с новыми программами обучения.

Совершенствование среднего медицинского персонала в пластической хирургии и косметологии. Необходимость модернизации образовательных программ.

Кононенко Л.Ю.

ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии», Москва

В 2009 году в Российской Федерации появились новые специальности для специалистов с высшим медицинским образованием «Пластическая хирургия» и «Косметология». Они были утверждены Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2009 N 210н (отменен, новым приказом Минздрава РФ от 7 октября 2015 г. N 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование»). Затем был утвержден Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором в ч.1 ст.37 указано, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации. Порядки оказания помощи были утверждены (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 18 апреля 2012 г. N 381н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «косметология»», Приказ Минздрава России от 30.10.2012 N 555н «Об утверждении Порядка оказания

медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия»)), а вот стандарты медицинской помощи по вышеуказанным специальностям не утверждены до сих пор и ознакомиться с перечнем оперативных вмешательств негде. Такая ситуация вызывает сложности в подготовке среднего медицинского персонала, особенно в пластической хирургии, поскольку ознакомиться с ходом операции, спецификой ухода в до- и послеоперационных периодах приходится на рабочем месте. На данный момент существует только одна унифицированная программа дополнительного профессионального образования для среднего медицинского персонала – «Операционное дело», которая не отражает специфики пластической хирургии. Однако и со средним медперсоналом в косметологии возникают проблемы. До сих пор для медсестер по косметологии не утверждена типовая программа. Так же, как нет Порядка оказания медицинской помощи для среднего персонала по косметологии. И только в этом году были утверждены квалификационные требования по специальности «сестринское дело в косметологии» (Приказ Минздрава РФ от 10 февраля 2016 г. № 83н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием»). В соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ, содержание дополнительной профессиональной программы определяется образовательной программой, разработанной и утвержденной организацией, осуществляющей образовательную деятельность, если иное не установлено настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами, с учетом потребностей лица, организации, по инициативе которых осуществляется дополнительное профессиональное образование (ч. 6 ст. 76). Это означает, что на данный момент времени в Российской Федерации обучение по «сестринскому делу в косметологии» и «операционному делу», которые являются дополнительным профессиональным образованием, преподают по разным образовательным программам. Что конечно сказывается на качестве подготовки кадров.

В связи с вышеизложенным, считаю необходимым: 1. Разработать и утвердить типовую программу по «сестринскому делу в косметологии». 2. Утвердить новую специальность «сестринское дело в пластической хирургии». 3. Разработать и утвердить должностные инструкции для среднего медицинского персонала, в соответствии с новыми программами обучения.

Наш опыт замещения обширных раневых дефектов волосистой части головы.

Коростелев М.Ю.

*ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России,
Челябинск*

Одной из наиболее сложных для замещения дефектов покровных тканей является зона волосистой части головы, что связано в ряде случаев наличием тяжелой сопутствующей патологии (сотрясение головного мозга, остеомиелит ко-

стей черепа, опухоли, тяжелое состояние пострадавших).

Цель работы: разработка способов пластического замещения раневых дефектов, анализ результатов лечения пострадавших с дефектами покровных тканей черепа.

Материал и методы. В течение 15 лет в разных лечебных учреждениях г. Челябинска нами пролечено 132 пациента, которые имели свежие и инфицированные раневые дефекты волосистой части головы с обнажением костей свода черепа. Из анамнеза известно, что больные получили раны следующим образом: 1. поражения электротоком – 58 человек, из них 14 детей; 2. глубокие ожоги пламенем и контактные ожоги – 60, в том числе 8 детей; 3. при падении и укусах собак – 6 человек, из них 4 ребенка; 4. при отрыве скальпа при попадании волос во вращающиеся части станков и механизмов – 5 больных, из них 2 ребенка; 5. травматические повреждения в результате прямого удара по волосистой части с образованием закрытой отслойкой покровных тканей черепа – 8 человек; 6. травматические скальпированные и ушибленные раны – 35, из них 12 детей.

Все больные были разделены на несколько клинических групп в зависимости от времени получения травмы и характеристики раневого процесса: 1. свежие отслойки покровных тканей и раны, 2. инфицированные дефекты покровных тканей головы. Первую группу составили пациенты с поражением электрическим током и с глубокими ожогами. Своевременная специализированная помощь была оказана в неотложном порядке в ожоговом центре. Оставшиеся пациенты (больные второй группы) поступали на лечение уже с инфицированными раневыми дефектами в среднем через 3-4 недели после травмы. Специализированная помощь оказывалась на фоне развившихся осложнений (краевые некрозы, остеомиелит костей черепа), что говорит об отсутствии четкой системы маршрутизации. В первой и во второй группах при поступлении лечение начинали с подготовки раны к пластическому ее замещению. Во второй группе широко использовали вакуумную. После подготовки ран к их закрытию оперативные подходы в обеих группах были одинаковы. Способ пластического замещения ран волосистой части головы зависел от размеров раны. В связи с чем, всех пациентов мы раздели на две группы: 1. пациенты с площадью раневого дефекта не больше 2% поверхности тела; 2. пациенты с площадью раневого дефекта больше 2% поверхности тела. В первой группе в максимально ранние сроки (1-4 сут.) производилась комбинированная пластика. Суть операции заключалась в закрытии обнаженных участков костей свода черепа ротационным кожно-подкожным или кожно-апоневротическим лоскутом на широком основании, а обнажившееся донорское место укрывалось расщепленным аутодермотрансплантатом, уложенным на апоневроз или надкостницу. Выписка из стационара при изолированном поражении производилась на 8-12 суток после операции. Ни в одном случае не было местных осложнений. Реконструктивно-восстановительные операции по устранению посттравматической алопеции выполняли в плановом порядке с низкой вероятностью инфекционных осложнений. При наличии обширных дефектов покровных тканей (тотальный или субтотальный обнажения свода черепа) и невозможности его закрытия комплексами тканей на микрососудистых анастомозах, наиболее эффективной оказалась тактика, при которой также в максимально ранние сроки производилась некрэктомия,

тангенциальное удаление наружной кортикальной пластинки костей черепа с одномоментным закрытием раневой поверхности расщепленным аутодермотрансплантатом. Заживление в данном случае происходило в течение 12–18 суток без развития остеомиелита костей черепа.

Осложнения. Специфических осложнений для предложенного вида пластики, когда на надкостницу или апоневроз укладывался кожный аутоотрансплантат, мы не наблюдали. Развития остеомиелита костей черепа при закрытии их в короткие сроки также не было в нашей работе.

Выводы. Предложенные способы лечения больных с посттравматическими дефектами покровных тканей головы, необходимые для закрытия ран в максимально короткие сроки и выполнении реконструктивно-восстановительных операций по устранению алопеции в плановом порядке, характеризуются низким процентом осложнений. С финансовой точки зрения предложенный подход выгоден коротким курсом пребывания в стационаре в течение I-го этапа лечения и минимальными инфекционными осложнениями на II-м этапе.

Золотое трио: лифтинг нижней трети лица БТХА, филлерами и нитями из полимолочной кислоты.

Корчагина Е.А.

Клиника «ДАРМЕД», Москва

С течением времени лицо стареет неравномерно и по-разному в зависимости от анатомических областей. Изменения касаются не только тканей, опускающихся под воздействием гравитации, происходит также обезвоживание и истончение кожи, возникают атрофии и перегруппировки лицевой жировой ткани, изменяются черты лица. Незаменимыми компонентами полноценной программы омоложения лица являются инъекции ботулинотоксина, филлеров на основе гиалуроновой кислоты, поли-*l*-молочной кислоты. Прекрасно зарекомендовали себя на рынке эстетической медицины нити из поли-*l*-молочной кислоты, сочетающие в себе лифтинговый и биостимулирующий эффект. Начав с использования рекомендованных производителями схем, доктор могут проявить себя в творческом процессе, предлагая свой подход к коррекции возрастных изменений. Я хочу поделиться своими последними достижениями в сочетании применении препаратов, схемами имплантации нитей, позволяющими получить пролонгированный эффект от процедуры.

Омоложение и хирургическая коррекция губ и околоротовой области.

Кочнева И.С., Левицкая М.Г., Саруханов Г.М.

Клиника эстетической хирургии «Абриелль», Санкт-Петербург

Форма и объем губ играют важную роль в эстетической привлекательности лица в целом. Коррекция губ и околоротовой области проводится как по эстетическим показателям

у молодых пациентов, так и в комплексном омоложении стареющего лица. Стандартов для «совершенных» губ не существует, есть лишь основополагающие пропорции и характеристики, определяющие их внешнюю привлекательность. В докладе подробно описана анатомия губ и околоротовой области, указаны признаки молодого и стареющего рта. Рассмотрены некоторые аспекты и механизмы старения губ и околоротовой области. Проведена клиническая оценка значимости косметологических и хирургических процедур данной зоны. Подробно описаны техники выполнения операций: VY пластика губ, булхорн, корнер-лифт, резекция ДАО, операция Кессельринга, липофилинг губ и околоротовой области. Такие оперативные техники позволяют устранить асимметрию губ, произвести коррекцию их контуров, восстановить утраченный объем. Доклад основан на анализе опыта проведения операций на губах и околоротовой области у 265 пациентов. Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 3-х лет. Оценка отдаленных результатов выявила практически невидимые послеоперационные рубцы, стабильность результата, естественность формы и объема губ, в отличие от использования синтетических филлеров, высокую степень удовлетворенности пациенток. Проведение омолаживающих операций в области губ и околоротовой зоне в комплексе с хирургическими или малоинвазивными методами коррекции стареющего лица дает более естественный и гармоничный результат.

Реконструкция скулофронтальной области при фиброзной дисплазии.

Кугушев А.Ю., Лопатин А.В., Ясонов С.А., Болотин М.В., Рогожин Д.В.

Российская детская клиническая больница Минздрава России, Москва

Фиброзная дисплазия является дефектом развития кости, при котором происходит замена ее фиброзной тканью, изменение ее объема, формы и снижение прочности. Черепнолицевая форма фиброзной дисплазии приводит не только к эстетическим, но и к функциональным нарушениям. В настоящее время нет единого алгоритма выбора методики лечения, способного изменить течение фиброзной дисплазии, поэтому хирургическое лечение является основным методом. Одной из сложнейших зон для реконструкции при удалении образований костей является скулофронтальная область. В Отделении челюстно-лицевой хирургии ФГБУ РДКБ Минздрава России за период с 2008 по 2015 г. 34 ребенка в возрасте от 7 до 15 лет получали лечение по поводу краниофациальной фиброзной дисплазии, 9 из которых имели очаги в скулофронтальной области. Во всех случаях причиной обращения послужило наличие асимметрии лица и опущение глазного яблока книзу с больной стороны, без нарушения зрения. Проведены реконструктивно-пластические операции как с использованием аутокостных трансплантатов, так и аллогенных материалов (титановая сетка, РЕЕК-имплант). Во всех случаях достигнут хороший функциональный и косметический результат в ближайшем послеоперационном периоде. При использовании аутоко-

ного трансплантата со свода черепа отмечена потеря объема трансплантата со снижением эстетического результата (2 пациента). При использовании титановой сетки достигнут хороший эстетический результат. Однако из-за наводок на МСКТ невозможно было оценить радикальность проведенного хирургического лечения. Отдаленный стабильный результат отмечен только при использовании РЕЕК-имплантов (4 пациента) с хорошей остеоинтеграцией и рентген-прозрачностью, позволяющей оценить в послеоперационном периоде риск рецидива и отсроченного роста фиброзной дисплазии. Таким образом, наш опыт использования РЕЕК-имплантов для реконструкции скулофронтальноорбитальной зоны позволяет рекомендовать данный метод как наиболее эффективный с точки зрения достижения стабильного и гарантированного косметического результата, а также адекватности наблюдения таких пациентов в катамнезе.

Нутритивная недостаточность после абдоминопластики, сочетанной с липосакцией.

Кузьмин В.В., Нудельман Н.С., Зырянова В.В., Шмакова И.Н., Голубков Н.А., Головач В.А., Коморник Е.А., Цветков И.Л., Савун В.Ю., Бузов Д.В.

Центр косметологии и пластической хирургии, Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Екатеринбург

Недостаточность питания является независимым фактором риска увеличения частоты инфекционных осложнений, длительности пребывания в стационаре и финансовых затрат. Накопленные фактические данные свидетельствуют о том, что закономерным следствием травматичности хирургических вмешательств являются системная воспалительная реакция (СВР) с изменениями со стороны иммунной системы. Под влиянием операционной травмы СВР и стресс-реакция трансформируются в катаболическое состояние с повышенными потребностями в белке и энергии. Вопрос, посвященный изучению нутритивной недостаточности в послеоперационном периоде при симультанных эстетических операциях, включающих абдоминопластику и расширенную липосакцию, в литературе не освещен.

Цель исследования – выявление нутритивной недостаточности в послеоперационном периоде у пациентов после эстетической абдоминопластики, сочетанной с липосакцией.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование у 60 пациенток в возрасте от 21 до 58 лет (в среднем $41,0 \pm 8,9$ лет), которым проводилась эстетическая абдоминопластика с липосакцией передней и задней поверхностей тела. Критерий исключения: пациенты с сахарным диабетом, системными воспалительными заболеваниями, ранее перенесенными онкологическими заболеваниями, а также носители вирусного гепатита. У всех пациенток в плазме крови определяли маркеры системного воспаления: цитокины – интерлейкин-2 (ИЛ-2), интерлейкин-6 (ИЛ-6), интерлейкин-8 (ИЛ-8), интерлейкин-10 (ИЛ-10), острофазные белки – С-реактивный белок (СРБ) и фибриноген (ФГ), маркеры нейроэндокринной системы (сахар крови и кортизол),

а также маркеры нутритивной недостаточности: связывающий железо белок (трансферрин), альбумин и абсолютное количество лимфоцитов. Исследования проводились на четырех этапах: до операции, на первые, третьи и пятые сутки после операции. Анализ различий на этапах исследования проводили с использованием парного критерия Стьюдента с критическим уровнем значимости (p) менее 0,05.

Результаты и обсуждение. Наблюдаемые в раннем послеоперационном периоде патофизиологические изменения определяются течением раневого процесса, который представляет собой комплекс общих и местных реакций организма в ответ на операционную травму. В нашем исследовании признаком системной активности воспалительного процесса явилось повышение концентрации острофазных белков и провоспалительных цитокинов в плазме крови с существенным увеличением концентрации СРБ, ФГ, ИЛ-6 и ИЛ-8. Вероятными причинами этих изменений являются повреждение подкожно-жировой клетчатки при расширенной липосакции и отслойки подкожно-жирового лоскута при абдоминопластике (объем удаленной жировой пульпы составил 1800 (1000;2630) мл), а также развитие непреднамеренной гипотермии при проведении расширенной липосакции при поворотах туловища (снижение температуры на $2,2 \pm 0,3^\circ \text{C}$). Системная воспалительная реакция сопровождалась активацией нейроэндокринной системы с увеличением уровня сахара крови и кортизола, что в свою очередь приводило к нарушению белкового обмена, сопровождающегося признаками нутритивной недостаточности в 78,3% случаев (нутритивная недостаточность легкой степени – в 55%, средней степени – в 23,3%). Абсолютное количество лимфоцитов снизилось на 21,2% ($p < 0,001$) на первые-третьи сутки после операции с восстановлением их количества на пятые сутки. Снижение уровня альбумина и трансферрина на первые-третьи сутки после операции составило 25,1% ($p < 0,001$) и 23,4% ($p < 0,001$) без существенного восстановления их уровня на пятые сутки. Происходящие изменения свидетельствуют о выраженности катаболической реакции организма пациентов с проявлениями нутритивной недостаточности, требующей соответствующего восстановления нутритивного статуса пероральными белковыми добавками сразу после операции.

Вывод. Эстетическая абдоминопластика, сочетанная с липосакцией, сопровождается генерацией системной воспалительной реакции с катаболической реакцией организма, сопровождающейся перераспределением белкового обмена с развитием нутритивной недостаточности.

Рубцы постакне: новые возможности коррекции сочетанным лазерным воздействием.

Кузьмина С.М.

Клиника эстетической медицины «МИЛАНУ», Санкт-Петербург

Рубцы постакне представляют актуальную распространенную проблему и профессиональную значимость в повседневной практике врача-косметолога. Признанным эффективным методом является лазерная микроаблятивная

шлифовка, как ключевой компонент в комплексной терапии. В докладе будут представлены клинические результаты на основе собственного опыта применения сочетанной терапии рубцов CO₂-фракционного лазером с RF-излучением.

Реконструктивно-пластические операции у пациентов с местно-распространенными опухолями полости рта.

Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Гарбуков Е.Ю., Мухамедов М.Р., Хавкин Н.М., Штин В.И., Васильев Р.В.

Томский НИМЦ, Национальный исследовательский Томский государственный университет, Национальный исследовательский Томский политехнический университет, Томский государственный университет систем управления и радиоэлектроники, Томск

Введение. Хирургический метод остается основным в лечении опухолей полости рта. Однако возможности стандартных оперативных вмешательств достигли своего предела из-за преобладания больных с распространенными стадиями опухолевого процесса. Современные требования к хирургическому этапу предполагают наряду с выполнением радикальной операции восстановление утраченных структур полости рта с достижением полноценных функциональных и эстетических результатов.

Материалы. Проведен анализ 59 больных с раком полости рта. Все пациенты проходили лечение в отделении опухолей головы шеи Томского НИИ онкологии в период с 2008 по 2015 г. Всего выполнено 64 реконструктивных операции (5 больных выполнено по две реконструкции). По стадиям: T2 – 13; T3 – 17; T4–29. По наличию регионарных метастазов в лимфатические узлы шеи: N1 – 10, N2–5. Пациентов с первичным опухолевым процессом было 51%, и пациентов с рецидивами после ранее проведенного специального лечения (лучевая или химиолучевая терапия) было 49%. По локализации опухолевого процесса пациенты разделились следующим образом: язык – 13 случаев (22%); слизистая оболочка дна полости рта – 8 случаев (14%); слизистая оболочка альвеолярного отростка верхней челюсти – 5 случаев (8%); слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти – 18 (31%); верхняя и нижняя губа, слизистая оболочка щек – 15 (25%). Распределение пациентов по локализациям дефектов, требующих восстановления: нижняя челюсть и щека – 9 случаев; нижняя челюсть и язык – 12 случаев; язык и дно полости рта – 14 случаев; верхняя челюсть – 3 случаев; нижняя челюсть – 20 случаев. В качестве реконструктивного материала использовались свободные реваскуляризованные лоскуты – 59 случаев, а также перемещенные лоскуты на ножке – 5 случаев. В качестве свободных реваскуляризованных лоскутов использовались: костно-кожный малоберцовый лоскут – 26; кожно-фасциальный лоскут с передне-боковой поверхности бедра – 14; лучевой лоскут – 18; кожно-мышечный торакодорзальный лоскут – 2; перфорантный медиальный суральный лоскут – 5; кожно-мышечный лоскут на торакодорзальных сосудах (лоскут из широчай-

шей мышцы спины) – 2; костно-кожный лопаточный лоскут – 2; лоскут из большого сальника – 1; костный лоскут из гребня подвздошной кости – 1. Также нами использовались перемещенные лоскуты на сосудистой ножке: кожно-мышечный пекторальный лоскут – 3; подбородочный лоскут – 2. После выполненного хирургического лечения с реконструктивным этапом пациенты находились под наблюдением в сроки от 12 до 60 месяцев. Функциональные результаты оценивались по следующим показателям – открывание рта, подвижность языка, артикуляция, выраженность слюнотечения, адекватность восстановления костных структур (шкалы симметрии лица), а также шкала ясности речи и шкала питания.

Результаты. В большинстве случаев достигнуты хорошие функциональные результаты. Приемлемо понятная речь восстановлена у 100%. Нормальное глотание, жевание, обычная диета – 93%. Дыхание через естественные пути восстановлено у всех (100%) больных. Симметрия лица восстановлена – 70% (8 случаев некроз костного лоскута). В 22% отмечены осложнения в области реконструкции: воспаление в зоне реконструкции – 6; краевой некроз – 5; кровотечение – 1. Рецидивы – 14 (23%). Из них местный рецидив – 11 (18%) и регионарный рецидив – 3 (5%)

Выводы. Реконструктивные операции улучшают функциональные результаты и качество жизни прооперированных пациентов. Реконструктивный этап радикального хирургического лечения способствуют полноценной социальной реабилитации пациентов с опухолями головы и шеи. Для уменьшения послеоперационных осложнений при выполнении реконструктивных операций, необходим выбор адекватного реконструктивного материала.

Гендерные особенности при проведении ортогнатической операции.

Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Лонская Е.А., Дробышева Н.С.

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

Введение. В настоящее время значительно возросло количество пациентов с зубочелюстными аномалиями, основной целью лечения которых является коррекция эстетики лица. По данным литературы в период с 2005 по 2015 г. основную группу пациентов (до 80%) составляли женщины, а мужчины, обратившиеся за лечением, жаловались лишь на нарушение пережевывания пищи. В славянском населении России дистальная окклюзия определяется у 80% населения. Характерные признаки: выпуклый профиль лица, уменьшение или увеличение нижней трети лица, уменьшение проекции подбородка, чрезмерно выраженная или сглаженная подбородочная складка, тенденция к формированию второго подбородка, чрезмерная (видимость) проекция носа – данные признаки, характерные для 2-го скелетного класса, не воспринимаются в обществе как аномальные, и пациенты не считают необходимым это корректировать. В современном мире в связи с развитием социальных сетей, усилением роли рекламы в журналах и на

телевидении, существенно возросла обращаемость мужчин с зубочелюстными аномалиями, которые, также как и пациенты-женщины, в первую очередь хотят улучшить внешний вид лица. В связи со значительными различиями в строении мужского и женского лица и со значительным повышением эстетических запросов всех групп пациентов возникает необходимость выделить особенности лечения пациентов мужского и женского пола.

Материалы и методы. В нашем центре за период с 2014 по 2016 г. было обследовано и прооперировано 115 пациентов с зубочелюстными аномалиями – 70 женщин и 45 мужчин. При анализе жалоб пациентов женского пола были выявлены основные эстетические запросы: желание увеличить (37 пациентов – 53%) или уменьшить (33 пациента – 47%) проекцию подбородка и нижней челюсти, уменьшить размер носа (10 пациентов – 14%), увеличить видимость скуловых областей (40 пациентов – 57%). Для пациентов мужского пола характерны совсем иные требования: более мужественное и брутальное лицо (45 пациентов – 100%), выраженный подбородочный отдел (35 пациентов – 82%), крупный нос (4 пациента – 9%), выраженные углы нижней челюсти (39 пациентов – 87%). Данные различия повлияли на составление плана лечения и операции. Для проведения диагностики и планирования были использованы данные фотометрии, цефалометрии, конусно-лучевой компьютерной томографии и трехмерной фотографии лица. Всем пациентам была проведена ортогнатическая операция с целью коррекции положения челюстей и смыкания зубов, которая была дополнена различными дополнительными хирургическими этапами для достижения наилучших эстетических результатов. Всем 70 женщинам (100%) была выполнена остеотомия подбородочного отдела, 40 (57%) – остеотомия скуловых костей, 60 (85%) – липосакция подподбородочной области, 10 (14%) – риносептопластика, 5 (7%) – резекция углов нижней челюсти, 44 (63%) – липофилинг различных областей лица. Всем пациентам мужского пола была выполнена ортогнатическая операция с одномоментными: 35 (78%) – остеотомией подбородочного отдела, 30 (67%) – липосакцией подподбородочной области, 7 (15%) – риносептопластикой, 6 (13%) – резекцией углов нижней челюсти.

Результаты. В результате операции аномалии развития челюстей были устранены у всех 115 пациентов (100%). У пациентов мужского пола достигнуто более мужественное выражение лица за счет изменения положения подбородочного отдела. У всех пациентов женского пола лицо стало более привлекательным за счет риносептопластики (10 женщин, 14%), увеличения проекции скуловых областей (40 женщин, 57%), улучшения контуров лица и качества кожи за счет проведения липофилинга (44 женщины, 63%). При опросе пациентов через 6-12 месяцев после операции 100 человек (87%) оценили результат выполненной операции как отличный, 11 (10%) – хороший, 4 (3%) – удовлетворительный.

Выводы. Необходимы точные инструменты для определения и достижения максимальной симметрии лица и дальнейшее увеличение количества пациентов с целью выявления нормативных значений тех или иных параметров для достижения максимально эстетического и привлекательного результата у пациентов женского и мужского пола.

Одномоментные операции для улучшения эстетических результатов хирургического лечения пациентов с аномалиями развития челюстей.

Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Лонская Е.А., Колчин С.А.

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

Введение. В настоящее время пациенты, готовящиеся к проведению ортогнатической операции, часто предъявляют жалобы на наличие сопутствующих эстетических недостатков лица, которые не могут быть устранены в результате изолированного перемещения верхней и/или нижней челюстей. В связи с этим широкое распространение получило проведение одномоментных операций, направленных на достижение наилучших функциональных и эстетических результатов в рамках одного оперативного вмешательства. Проведение одномоментной коррекции деформаций челюстей и септоринопластики, остеотомии скуловых костей, остеотомии подбородка, липофилинга и липосакции позволяют эффективно устранять сопутствующие эстетические проблемы.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2016 г. было выполнено 112 одномоментных операций пациентам с различными формами зубочелюстных деформаций. Стандартное предоперационное планирование включало ортогнатический и эстетический этапы операции. Наиболее современные методы инструментальной диагностики (КЛОТ, МСКТ, УЗИ, программы трехмерного планирования) были использованы для определения и анализа морфометрических изменений костных и мягкотканых структур челюстно-лицевой области до и после выполнения одномоментных операций. Эстетические операции выполняли после перемещения челюстей и их фиксации для достижения хорошего эстетического результата и восстановления баланса и гармонии между основными структурами лица. Одномоментно с ортогнатической операцией 75 пациентам (67%) выполнили остеотомию подбородка, 31 (28%) – ринопластику, 43 (38%) – одностороннюю или двустороннюю остеотомию скуловых костей, 48 (43%) – липофилинг различных зон лица, 5 (4%) – удаление комков Биша, 95 (84%) – липосакцию в подподбородочной области и 10 (9%) – резекцию углов. У 98 пациентов (88%) была выполнена одномоментная операция, в которой ортогнатический этап был дополнен 2 и более эстетическими этапами.

Результаты. В результате одномоментной операции у всех пациентов (100%) были устранены челюстно-лицевые деформации. Для оценки ортогнатического этапа операции проводили КЛОТ через 6 и 12 месяцев после операции. Эстетический результат оценивали при помощи совмещения дооперационных и послеоперационных трехмерных фотографий лица пациента, что позволило сравнить положение мягких тканей до и после операции. Для оценки удовлетворенности пациентов эстетическими результатами операции проводили опрос через 12 и 18 месяцев после операции. Согласно опросу, все пациенты были удовлетворены результа-

тами лечения и оценивали их как «очень хорошие» (76%), «хорошие» (17%) и удовлетворительные (7%).

Выводы. Важной особенностью развития современной ортогнатической хирургии является повышение требований пациентов к эстетическому результату операции. Таким образом, жалобы на неудовлетворенность своим внешним видом пациенты озвучивают в первую очередь. Одновременные операции позволяют достигать хорошего эстетического результата, восстанавливать баланс и гармонию между основными структурами лица, эффективно корректировать функциональные и эстетические проблемы в рамках одного хирургического вмешательства. Сочетание ортогнатической операции с методами пластической хирургии является методом выбора для обеспечения хорошего и долгосрочного функционального и эстетического результата.

Метод хирургического лечения макрогнатии нижней челюсти.

Курашев А.Г., Ташметов Э.Р.

Карагандинский государственный медицинский университет, Клиника челюстно-лицевой хирургии, Караганда

Основным направлением реконструктивных операций при деформации опорных тканей нижней зоны лица является восстановление анатомической формы по отношению к структурным элементам костей лицевого скелета, устранение функциональных нарушений, формирование правильного профиля лица.

Цель исследования: разработка эффективных методов реконструктивных операций на опорных тканях нижней зоны лица, обеспечивающих устойчивые функционально-анатомические и эстетические результаты.

Материал и методы исследования: С 2005 по 2015 г. в клинике челюстно-лицевой хирургии Карагандинского государственного медицинского университета внедрен ряд новых патогенетически обоснованных методов реконструктивных операции больным с аномалиями развития опорных тканей нижней зоны лица. Выбор метода реконструктивной операции осуществлялся индивидуально, в зависимости от выраженности морфофункциональных и эстетических нарушений костей лицевого черепа, а также нарушений соотношения пропорции различных отделов опорных тканей нижней зоны лица. С этой целью в предоперационном периоде изучались телерентгенограмма, фотографии, гипсовые модели лица и зубных рядов больных, а также функциональное состояние жевательных мышц. Оценивалась степень сложности предстоящей реконструктивной операции, предпринимались меры, направленные на максимальное ее снижение путем предоперационного ортодонтического вмешательства. Способ реконструктивной операции на нижней челюсти (авторское свидетельство СССР №1685415) осуществляется следующим образом. Разрезом мягких тканей, окаймляющим угол нижней челюсти, длиной 3-4 см скелетируют угол и ветвь нижней челюсти до средней трети ее высоты. От переднего края ветви челюсти, выше уровня нижнечелюстного отверстия на 2-3 мм проводят сквозной распил фиссурным бором

до верхней границы ретромолярного треугольника с основанием равным величине сагиттального расстояния между верхними и нижними резцами. Далее сквозной распил продолжают косо-вверх параллельно переднему краю ветви челюсти по длине равным предыдущего распила, формируя тем самым два симметричных костных треугольника с равными основаниями. Для межкортикальной остеотомии ветви челюсти проводят распил наружной кортикальной пластины от нижней точки первого сквозного распила до угла нижней челюсти и внутренней кортикальной пластины горизонтально от верхней точки второго сквозного распила до заднего края ветви челюсти. Плоским долотом расщепляют ветвь челюсти на два фрагмента: малый и большой. Аналогично выполняют остеотомию на противоположной стороне ветви нижней челюсти. После перемещения большего фрагмента назад, челюсти устанавливают в ортогнатическом прикусе и фиксируют временно на зубными шинами с резиновой тягой. Для плотного соприкосновения краев костного распила и прилегания фрагментов по плоскости, а также для установления элементов замковой фиксации в действующее положение резецируют наружную кортикальную пластину на большом фрагменте на величину перекрытия малого и треугольный участок на малом фрагменте соразмерно костному треугольнику на большом фрагменте. После установления костных фрагментов по плоскости и перемещения симметричных костных треугольников, фрагменты фиксируют спицей, проведенной через толщу симметричных треугольников. Конец спицы оставляется под кожей для удаления после заживления костной раны. Рана в мягких тканях послойно ушивается кетгутом, на кожу накладывают швы из мононити. В ране оставляют на 48 часов резиновые полоски для дренирования.

Результаты: Всего в клинике по разработанной нами методике оперированы 55 больных в возрасте от 21 до 40 лет. Из них 32 больных были женщины, а 23 мужчины. Отдаленные результаты операции прослежены от 1 до 10 лет, рецидивов деформации не наблюдалось. Получены стойкие анатомические и функциональные результаты.

Выводы: 1. Разработанный нами метод остеотомии ветви нижней челюсти позволяет максимально сохранить в целостности траекторию микроструктуры ветви нижней челюсти, что обеспечивает неизменным ее биомеханику и миодинамическое равновесие жевательных мышц. 2. Замковая система создает жесткую фиксацию остеотомированных костных фрагментов по плоскости и по ребру, что в большей степени усиливает их устойчивость. 3. Метод сокращает сроки иммобилизации челюстей на зубными шинами на 10-15 дней, что позволяет начать в ранние сроки функциональную нагрузку путем дозированной жевательной нагрузки уже через две недели после операции.

Фэтграфтинг ягодич.

Левицкая М.Г., Саруханов Г.М., Кочнева И.С.

Клиника эстетической хирургии «Абриелль», Санкт-Петербург

В последние годы среди пациентов значительно выросла популярность операции по улучшению контуров тела.

Особо востребованной считается процедура фэтграфтинга ягодич, которая является ярким представителем современного направления липомоделирования тела – липоскульптурой. Представлены результаты фэтграфтинга ягодич 88 пациентов с различными формами строения и послеоперационными (ятрогенными) деформациями. В докладе подробно описаны эстетические критерии «идеальных» ягодич, представлены различные варианты существующих в природе разнообразных форм ягодич и дана их комплексная оценка. Схематично представлен механизм возникновения как естественного, так и ятрогенного птоза ягодич. Подробно описаны все этапы операции, начиная от выбора пациентов, предоперационной маркировки, технических нюансов и особенностей проведения процедуры, а также послеоперационного ведения пациентов и возможные осложнения. Достигнутые в большинстве случаев положительные результаты, подтвержденные долгосрочными наблюдениями за пациентами, позволяют рекомендовать данный метод как альтернативу увеличения ягодич с помощью имплантатов.

Радиоволновой лифтинг Pelleve в коррекции инволюционных изменений периорбитальной области.

Ли А.Г.

Медицинский холдинг СМ-Клиника, Москва

Принцип действия технологии Pellevé™ от Ellman основан на генерации радиоволн высокой частоты 4,0 МГц, которые проникают в подкожно-жировую клетчатку, вызывая образование и накопление тепла в ней до 53С, при этом поверхность кожи нагревается не более 44С. В дерме и подкожно-жировой клетчатке происходит реконструкция коллагена, вызывающая поверхностную подтяжку кожи.

Метод. 23 пациенткам, возраст от 32 до 67 лет, мы провели процедуру Pellevé и блефаропластику. Первая стадия заключается в проведении курса из 1-2 процедур с интервалом в 2 недели радиоволнового Pellevé. Вторая стадия состоит в выполнении классической блефаропластики с применением радиоволнового генератора нового поколения Surgitron® DF™S5 (4,0 МГц) и повторного курса радиоволнового лифтинга Pellevé™ через месяц после операции. Такое сочетание позволяет ускорить процесс регенерации тканей после оперативного вмешательства, снизить риск образования грубой рубцовой ткани, сократить реабилитационный период, что приводит к хорошим эстетическим результатам.

Целью исследования является: оценка эффективности комбинации радиоволновой процедуры Pellevé и блефаропластики.

Результаты: все пациентки отметили улучшение качества кожи, субъективно более быструю реабилитацию в послеоперационном периоде.

Вывод. Мы считаем, что комбинация двух описанных методов приводит к хорошим клиническим и эстетическим результатам в коррекции инволюционных изменений периорбитальной области.

Показания к экстракорпоральной риносептопластике из открытого ринопластического доступа.

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

Кафедра пластической хирургии ГБОУ ИПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Исторически носовая перегородка является сферой интересов оториноларингологов. Но в то же время перегородка является ключевой опорной структурой носа, как в функциональном, так и в эстетическом плане. В настоящее время при предоперационном обследовании пациентов, обращающихся за эстетической ринопластикой, выявляется, что 9 из 10 пациентов имеют ту или иную патологию внутреннего носа, при этом значительный процент патологий – это искривление носовой перегородки, при этом пациент может и не предъявлять жалоб на нарушение носового дыхания, которое выявляется лишь при осмотре и сборе анамнеза. Таким образом, в настоящее время пластический хирург, занимающийся ринопластикой, обязан владеть навыками септопластики или же оперировать в альянсе с оториноларингологом, если при дооперационном обследовании выявляется патология перегородки носа, которая либо уже затрудняет носовое дыхание, либо сможет стать причиной ухудшения носового дыхания при выполнении редуцирующей ринопластики. На наш взгляд, оптимальным доступом для грамотного и безопасного выполнения экстракорпоральной септопластики является открытый ринопластический доступ, который позволяет безопасно выделить мукоперихондральный лоскут на всём протяжении с минимальной травматизацией в зонах выраженной девиации перегородки носа. Данная мобилизация производится как через передний, так и верхний отделы хрящевой части носовой перегородки, что в разы увеличивает визуализацию задних костных отделов перегородки носа и делает их удаление малотравматичными для слизистой даже при очень сложных, сочетанных костно-хрящевых деформациях.

Цель и задачи исследования. Определить показания к экстракорпоральной риносептопластике из открытого ринопластического доступа, в модификации W.Gubisch, которая выполняется нами последние 11 лет.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2016 г. всего нами выполнено 214 экстракорпоральных риносептопластик из открытого ринопластического доступа. Руководствуясь ретроспективным анализом, в настоящее время мы выделяем следующие показания к выполнению экстракорпоральной септопластики: выраженная сочетанная деформация костного и хрящевого отдела перегородки носа; множественные переломы хрящевого отдела перегородки, приведшие её к стойкой деформации и/или рубцовое замещение линий переломов; выраженное искривление переднего отдела хрящевой части перегородки носа. Выраженная высокая девиация перпендикулярной пластины, требующая полного отделения перегородки в K-zone, при наличии искривления хрящевого отдела перегородки. Риносептопластика при врожденных расщелинах лица, при наличии смещения носового отростка верхней челюсти или необходимости его фор-

мирования. Вторичная риносептопластика, при отсутствии опороспособности перегородки носа после использования методик, разрушающих структуру хряща.

Результаты. По данным проведенного исследования и динамического осмотра пациентов через 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции, нами не выявлено ни одного осложнения связанного с выполненной экстракорпоральной риносептопластикой, что свидетельствует о правильности выбора показаний к экстракорпоральной риносептопластике. Широкая мобилизация, при открытом ринопластическом доступе, позволила провести надежную фиксацию хряща в ключевых местах. А именно в области носового отростка верхней челюсти и в так называемой в англоязычной литературе K-point, в зоне перехода хрящевого скелета носа в костный, в области спинки носа. Данная фиксация может быть только чрезхрящевой – при коротких носовых костях, либо костно-хрящевой при длинных носовых костях. Надежная стабилизация перегородки носа является профилактикой как ближайших так и отдаленных послеоперационных осложнений таких как проседание спинки и девиация носа.

Выделенные нами показания к выполнению экстракорпоральной септопластики из открытого ринопластического доступа, при тщательном дооперационном обследовании и планировании, при выявленной патологии перегородки носа, позволят избежать тяжелых послеоперационных осложнений, связанных с перегородочным хрящом. Широкая мобилизация и надежная фиксация перегородочного хряща, является профилактикой проседания и девиации носа.

Коррекция концевого отдела носа при вторичной ринопластике.

Липский К.Б., Сидоренков Д.А., Аганесов Г.А., Стрелкова Н.К.

Кафедра пластической хирургии ГБОУ ИПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Вторичная ринопластика является одним из сложнейших и актуальных разделов пластической хирургии. Согласно мировой статистике по данным разных авторов, частота вторичной ринопластики варьирует от 5 до 30%. При этом коррекция концевого отдела носа проводится у 65% из всех больных, прооперированных ранее по поводу деформации наружного носа. В свою очередь концевой отдел носа играет особую роль в эстетическом облике человека, занимая самое центральное и выдающееся положение на лице, в функциональном отношении роль концевого отдела носа в осуществлении носового дыхания не менее значима. Вследствие этого деформации концевого отдела носа приводят к наиболее выраженным функциональным и эстетическим нарушениям. Повторные операции по коррекции кончика носа – это, как правило, нестандартные операции с индивидуальными вариантами, которые могут значительно отличаться друг от друга. Стремление хирургов к восстановлению анатомических и функциональных параметров и соответствию эстетическим нормам создали большое разнообразие хирургических методик коррекции концевого отдела носа, что говорит о сложности и неоднозначности восстановления структур

этой области и недостаточной результативности множества методик. В связи с чем, при повторной коррекции концевого отдела носа отмечается высокий процент неудовлетворительных результатов.

Целью исследования являлось создание систематизированного подхода и оптимальной тактики хирургического лечения деформаций концевого отдела носа при вторичной ринопластике. Для этого был проведен ретроспективный анализ 92 клинических случаев вторичной ринопластики при наличии послеоперационной деформации концевого отдела носа за 3-летний период, среди пациентов 77 женщин и 15 мужчин средний возраст пациентов составил 29 лет. Были выявлены и систематизированы причины различных вторичных деформаций концевого отдела носа после ринопластики, оценены и систематизированы возникшие функциональные и эстетические нарушения, сформирован алгоритм хирургических приемов при планировании операции с целью устранения вторичных деформаций на основе проведенного анализа. Были проанализированы ближайшие и отдаленные результаты вторичных процедур на основе используемых методик и сформированного алгоритма. Проведенный анализ способствует пониманию этиологии вторичных деформаций концевого отдела носа. Систематизированный подход способствует оптимальной тактике хирургического лечения деформаций концевого отдела носа при вторичной ринопластике.

Проведение липофилинга для улучшения эстетических результатов ортогнатической операции.

Лонская Е.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Дробышева Н.С.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Введение. В настоящее время проведение одномоментных операций получило широкое распространение, это связано с тем, что большинство пациентов, готовящихся к проведению ортогнатической операции, в первую очередь предъявляют жалобы на неудовлетворенность внешним видом. Ортогнатическую операцию безопасно и эффективно сочетают с ринопластикой, остеотомией скуловых костей и подбородка, липофилингом, резекцией углов нижней челюсти. Одномоментная операция позволяет нормализовать функциональное состояние зубочелюстной системы и устранить эстетические проблемы, которые не могут быть скорректированы за счет изолированного перемещения верхней и/или нижней челюсти.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2016 г. было прооперировано 63 женщины (средний возраст 26 лет) с врожденными деформациями челюстно-лицевой области. У всех пациенток липофилинг дополнял ортогнатическую операцию и был выполнен после остеотомии, перемещения и фиксации челюстей. Забор аутожира проводили из области внутренней поверхности бедра симметрично с обеих сторон и/или с передней поверхности живота. Для очистки жира были использованы одноразовые закрытые стерильные системы. Для обогащения очищенного жира его смешивали с богатой тромбоцитами плазмой в соотношении – 8 мл аутожира и 2

мл PRP (4 к 1). Введение аутожира проводили с целью объемного моделирования лица и улучшения качества кожи, руководствуясь предоперационной разметкой. Ультразвуковую диагностику выполняли до и через 3, 6 и 12 месяцев после одномоментной операции для контроля резорбции введенного аутожира.

Результаты. Выполнение одномоментной операции позволило скорректировать челюстно-лицевые деформации у всех пациенток (100%). Для оценки ортогнатического этапа мы проводили КЛОТ в послеоперационном периоде через 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%), «хорошие» (13%) и удовлетворительные (4%).

Выводы. Липофилинг, выполненный одномоментно с ортогнатическим вмешательством, позволяет улучшить эстетические результаты операции и повысить удовлетворенность пациентов результатами проведенного лечения.

Тиреопластика одностороннего паралича гортани.

Магомедова К.М., Нажмудинов И.И., Куликов И.О.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» (директор – проф. Н.А. Дайхес).

Изучение вопросов квалифицированной помощи больным с односторонними (отведенными) параличами гортани стало важной задачей в повседневной практике для любого оториноларинголога.

Цель нашей работы: медиализация парализованной голосовой складки, улучшение качества голоса, изучение изменения его параметров до и после операции с минимализацией риска возможных осложнений.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2015 г. в ГКБ №67 нами было пролечено 14 больных с диагнозом односторонний периферический паралич гортани. Возраст больных варьировал от 32 до 55 лет. 11 женщин и 3 мужчин. Всем пациентам проведено хирургическое лечение – тиреопластика тип 1 с использованием силиконового или хрящевого импланта. До операции проведены общеклинические методы обследования, ларингоскопия, ларингостробоскопия, акустический анализ голоса, которые являлись методами диагностики, в послеоперационном периоде эти же методы использовались для оценки эффективности проведенного лечения.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что отмечается значительное улучшение голоса. Объемно-голосовая складка приближается к центру, при фонации смыкание более выраженное, площадь соприкосновения голосовых складок увеличена. Акустический анализ показал, что голосовые параметры повысились в 2-2,5 раза. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Изъяны в образовании среднего медицинского персонала по специальности «косметология», приводящие к дискредитации профессии в целом.

Мамонова В.В.

Салон красоты, Москва

Косметология – «молодая» и довольно востребованная специальность. Нескончаемый поток абитуриентов стремится получить данное образование, и множество организаций, как государственных, так и частных, предлагают освоить данные навыки по сходной цене. С врачами этот вопрос хоть как-то контролируется. А вот то, что касается среднего медицинского, а порой не медицинского персонала, вызывает большие проблемы. Многие даже не понимают, что такое косметология. Что это – врачебная специальность, которая требует определенного базового высшего образования, после которого необходимо получение образования дерматовенеролога, и только затем врач может отучиться на врача-косметолога. В порядках оказания помощи по специальности «косметология» (Минздравсоцразвития РФ приказ от 18 апреля 2012 г. n 381н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «косметология») очень подробно указано, какие медицинские услуги могут быть оказаны врачом-косметологом, а вот какие процедуры (манипуляции) разрешены для среднего медицинского персонала со специальностью «сестринское дело в косметологии» не понятно. Указано (в этом порядке), что процедуры и манипуляции выполняются средним медицинским персоналом, по назначению врача. Возникает вопрос: какие? Нет никаких списков, стандартов оказания помощи по косметологии ни для врача, ни для медсестры. Поскольку сестринское дело в косметологии является дополнительным образованием, каждая организация самостоятельно утверждает образовательную программу. Во многих организациях обучают медицинских сестер инъекциям филлеров, ботокса. При этом вовсе не придают значения фундаментальному изучению слоев кожи, подкожно-жировой клетчатки, поверхностных мышц. До теории и практической отработки навыков оказания экстренной помощи порой не «доходят руки». Сообщаю об этом ответственно, как преподаватель в таких организациях. И это государственные образовательные учреждения, которые выдают документы государственного образца. Отдельное внимание следует уделить салонам. Не секрет, что практически в каждом салоне (красоты, парикмахерской, студии и т.д.) предлагают инъекции филлеров, ботокса, биоревитализацию, аппаратную косметологию и многое другое. При этом там, как нам заявляют, сидят прекрасные косметологи. Из-за юридической неграмотности, что это не медицинская организация, и она не имеет медицинской лицензии, многие люди попадают на эти предложения и делают процедуры или манипуляции, которые достаточно часто приводят к неприятным последствиям, а порой и к трагическим. При этом сотрудники и салоны, выполнившие эти услуги, не несут никакой ответственности, поскольку не заполняют никакой документации. И доказать причастность салона к причинению вреда невозможно. Ко

мне, в мой салон красоты, часто обращаются такие несчастные клиенты, которые не знают, что делать и куда идти. И для меня лично просто счастье, что я сотрудничаю со специалистами Института пластической хирургии и косметологии (ул. Ольховская, 27), которые берут на себя лечение этих пациентов. Которые, как правило, не знают, что им ввели и в каком количестве. Очень жаль, что такое востребованное направление, как косметология, дискредитирует себя из-за того, что в нашей стране нет никакого контроля за образованием среднего медицинского персонала в данной области. Нет контроля за работой салонов, которые предлагают медицинские услуги, не имея лицензии на медицинскую деятельность, но при этом повсеместно и свободно рекламируют себя. Я, как преподаватель сестринского дела в косметологии, предлагаю:

1. Ввести жесткий контроль за программой обучения по сестринскому делу в косметологии.
2. Запретить образование по косметологии для не медицинских работников, которое предлагается повсеместно.

Взаимосвязь эффективности применения ботулотоксина и психологического статуса пациента в коррекции возрастных изменений верхней трети лица.

Машкина А.С.

Косметологический центр La Kosmetik, Москва

Ботулотоксин типа А эффективно используется для коррекции мимических морщин в области верхней трети лица. Средняя продолжительность эффекта – 4-6 месяцев. Однако существуют пациенты, которые отмечают полное восстановление мышечной активности мимических мышц спустя 2,5-3 месяца после введения ботулотоксина. Подавляющее большинство таких пациентов – женщины в возрасте от 35 до 48 лет с лабильной психикой, низкой стрессоустойчивостью, большой эмоциональной нагрузкой. Большая их часть регулярно посещает психолога без приема специальных медикаментозных препаратов.

Целью данного исследования явилось установление взаимосвязи между психологическим состоянием пациента и эффективностью применения ботулотоксина для коррекции возрастных изменений верхней трети лица. В исследовании приняли участие 98 пациентов женского пола в возрасте от 35 до 45 лет с гиперактивностью мимических мышц верхней трети лица, которым ранее применялось введение ботулотоксина в данную зону на протяжении 2-3 лет. Первую группу составили 52 человека, которые, с их слов, испытывают регулярный стресс на работе, повышенную эмоциональную нагрузку, неудовлетворенность в сфере личных отношений, 58% регулярно посещают психолога для поддержания психологического комфорта. Вторую группу составили 46 лиц женского пола в возрасте от 34 до 48 лет с гиперактивностью мимических мышц верхней трети лица, которым ранее применялось введение ботулотоксина в данную зону на протяжении 1,5-3 лет. Со слов пациентов, они были удовлетворены своей работой и личной сферой, находились в состоянии психологического комфорта, для поддержания

которого не применяли специальных медикаментозных препаратов. Для коррекции мимических морщин верхней трети лица использовался препарат Диспорт в стандартных разведениях и с одинаковой биологической активностью. Коррекция проводилась в зоне глабеллы, лобной мышцы, круговой мышцы глаза по стандартным схемам. Суммарная доза введенного препарата составила 90-110 ЕД. На протяжении эксперимента исследуемые не применяли антибиотики, иммуностимуляторы, витамины, антидепрессанты, антикоагулянты и другие лекарственные препараты. 98% пациентов отметили клинический эффект в виде ослабления мимической активности мышц верхней трети лица и, как следствие, уменьшение морщин в этой зоне через 2 недели после проведения процедуры. 8% исследуемых потребовалась дополнительная коррекция в суммарной дозе 5-20 ЕД для достижения более выраженного терапевтического эффекта.

Результаты: в ходе наблюдения 60% пациентов первой группы обратились с жалобами на восстановление мимической активности верхней трети лица спустя 3 месяца после введения ботулотоксина. 24% отмечали восстановление мимической активности через 3,5-4 месяца, 16% отметили начало восстановления мимической активности через 2,5 месяца. Во второй группе 70% пациентов стали отмечать начало восстановления мимической активности через 5-6 месяцев после проведения ботулинотерапии. 18% обратились за повторной коррекцией через 7 месяцев после процедуры. 12% отметили полное восстановление мимической активности верхней трети лица через 8,5 месяцев после процедуры.

На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что пациенты, находящиеся в состоянии хронического стресса и психологического дисбаланса, имеют более быстрое восстановление активности мимических мышц после введения ботулотоксина типа А, составляющее, в среднем, 3-4 месяца, что может быть обусловлено особенностью иммунохимического и гормонального статуса у данной группы лиц. Пациенты в состоянии психического здоровья и психологического комфорта обладают более длительным периодом восстановления мимической активности, составляющим, в среднем, 5-7 месяцев. Таким образом, можно предположить наличие взаимосвязи между психологическим статусом пациента и скоростью восстановления мимической активности мышц верхней трети лица, и, как следствие, продолжительностью эффекта ботулинотерапии мимических морщин.

Реконструкция молочной железы SIEA лоскутом: клинический случай.

Мельников Д.В., Старцева О.И., Пищикова Е.Д., Иванов С.И., Даштоян Г.Э.

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва

Введение. На сегодняшний момент лоскуты передней брюшной стенки заняли достойное место в структуре реконструктивных операций на молочной железе. Очевидным плюсом использования кожи и подкожной клетчатки передней брюшной стенки являлась возможность забора большого объема донорского материала, по текстуре максимально соответствующему здоровой груди. Однако, по мере накопления

опыта, росли данные об осложнениях, прежде всего связанных с агрессивным воздействием на переднюю брюшную стенку. Для решения этой проблемы возможно использовать другой сосудистый бассейн, так же причастный к кровоснабжению передней брюшной стенки. Речь идет о поверхностной эпигастральной артерии (a.epigastrica superficialis). Анатомически у некоторой группы пациентов именно этот источник кровоснабжения является доминантным, и позволяет обеспечить адекватную перфузию большого объема лоскута. При этом забор лоскута ограничивается диссекцией над апоневрозом, с минимальной травмой донорской зоны.

Материалы и методы: в отделении пластической хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова 07.06.2016 поступила пациентка Ч. 47 лет, с диагнозом – Рак молочной железы (С 50.1). T2N0M0. Жалобы: отсутствие молочной железы слева, контурная деформация молочной железы справа. Из анамнеза: 23.09.2014 выполнена операция: Секторальная резекция правой молочной железы. Радикальная мастэктомия слева. РГИ№15396-163/2973 от 02.10.2014 г.: №15396-99 (слева опухоль) – инфильтративный протоковый рак. №15406-10 (слева опухоль) – протоковый солидный рак. №15411-16 (лимфоузлы слева) – без метастазов. №15400-05 (справа) – дольковый непролиферативный фиброаденоматоз.

Диагноз при выписке: Рак центрального квадранта левой молочной железы T2N0M0 (IIa) ст. Локализованный фиброаденоматоз правой молочной железы. ИГХ от 06.10.2014 – РЭ отриц.(Об.), РП – отриц.(Об.). Her2neu-OKI67 – 65% опухолевых клеток. В дальнейшем 6 курсов ПХТ (3 курса по схеме FAC, 3 курса по схеме D). Учитывая данные анамнеза и объективного обследования, пациентке было рекомендована операция – реконструкция молочной железы DIEP лоскутом. На этапе предоперационной подготовки пациентке была выполнена МСКТ ангиография передней брюшной стенки на аппарате Toshiba Aquilion (Toshiba TMS, Japan). При анализе данных МСКТ, нами был диагностирован доминантный тип кровоснабжения кожи передней брюшной стенки через a.epigastrica superficialis. В связи с чем было принято решение выполнить реконструкцию SIEA лоскутом с одномоментной коррекцией контралатеральной железы. В качестве донорских сосудов мы использовали левую нижнюю поверхностную эпигастральную артерию с одноименной веной. Реципиентными сосудами мы выбрали внутреннюю грудную артерию с коммитантной веной. Результаты: послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 7-е сутки. Местно кожа пересаженного лоскута розовая с отчетливой капиллярной реакцией. Жалоб нет. В дальнейшем регулярные осмотры через 2 недели, 1 месяц, 3 месяца и 5 месяцев. Данных за хирургические осложнения со стороны донорской зоны нет. Лоскут птозирован, мягкий при пальпации. Без участков фиброза и липонекроза при УЗ-исследовании.

Выводы: реконструкция молочных желез лоскутами передней брюшной стенки является методом выбора при необходимости восполнения значительных объемов мягких тканей. В свою очередь, развитие слабости передней брюшной стенки в послеоперационном периоде является достаточно частым осложнением, и резко влияет на качество жизни и оценку проведенного лечения, как со стороны пациентов, так и со стороны оперирующих хирургов. Активная популяризация DIEP лоскута, при котором происходит сохранение прямых мышц, не является панацеей послеоперационной

слабости передней брюшной стенки. Неминуемо, при диссекции нижнего глубокого эпигастрального пучка, хирург вынужден широко рассекать апоневроз и, зачастую, пересекать прямую мышцу живота, что, в свою очередь, приведет к ее деиннервации и последующей слабости, пролапсам и изменению конфигурации передней брюшной стенки. При диссекции поверхностной эпигастральной артерии нет необходимости широко рассекать апоневроз и травмировать прямую мышцу живота. Таким образом, использование SIEA-лоскута кажется нам перспективным в аспекте минимизации осложнений со стороны донорской области.

Дерматологическая реабилитация реконвалесцентов с термическими поражениями.

Мигунов М.А., Смирнов К.С., Колбина М.С.
ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва

Термические поражения в настоящее время являются одним из наиболее часто встречающихся видов травм, связанных с различными бытовыми факторами. Сроки восстановления кожного покрова у этой группы пострадавших чаще всего и определяют исход и течение ожоговой болезни. Следовательно, весьма важным является проведение местного лечения ран, а именно, адекватный выбор эффективных наружных форм терапии. Микробная колонизация ожоговой раны является начальным этапом развития гнойно-септических осложнений ожоговой болезни. Это представляет важным, потому что эти осложнения значительно удлиняют среднее время заживления ран при поверхностных ожогах (от 8 до 22 суток) до более длительного временного периода. За это время микробная колонизация осуществляет дальнейшую инвазию в подлежащие ткани. Таким образом, местное консервативное лечение ожоговых ран является важной составляющей комплекса лечебных мероприятий при ожоговой болезни. Сюда следует отнести и профилактику микробных осложнений, лизиса неопителия, блокирование пролонгации локального воспаления. Незащищенная дерма при длительных процессах регенерации становится местом развития воспалительных и инфекционных процессов, образовывается рубцовая ткань. Поэтому местное лечение ожоговых ран проводят дифференцированно в зависимости от фазы процесса. Исследование проведено в группе пациентов обоего пола количеством 28 человек с термическими поражениями кожи IIIA-IIIБ стадиями (ожоги пламенем и кипятком). Площадь ожога составляла 10-50% поверхности тела. Все пациенты получали общую терапию по общепринятым стандартам, в том числе и по поводу сопутствующих заболеваний. Пациенты были в возрасте от 20 до 55 лет, женщин – 18, мужчин – 20. Всем больным проводилось комплексное (консервативное и оперативное) лечение. В зонах глубокого поражения у 19 пациентов выполнялась хирургическая некрэктомия и аутодермопластика. У пациентов к моменту оперативного закрытия глубоких ожогов (IIIБ стадия) и клинической пограничной стадии ожогов (IIIA) эрозивно-язвенная поверхность частично или полностью эпителизировала. Именно тогда нами были использованы наружные средства Акридерм ГК с целью профилактики микробных осложнений в течение десяти дней один раз в день, а затем

Пантодерм в течение 20 дней дважды в день на пораженные участки кожи (после мытья обрабатываемых очагов с мылом). Переносимость мазей была хорошей, побочных действий не выявлено. Нами отмечено, что у всех пациентов, получавших мази Акридерм ГК и в дальнейшем Пантодерм, отсутствовали осложнения, связанные с действием микробных агентов. Это, в свою очередь, улучшило качество жизни больных, перенесших ожоговую травму. Таким образом, полученные нами данные демонстрируют эффективность применения мазей Акридерм ГК и Пантодерм в комплексной терапии больных ожоговой болезнью различной степени тяжести.

Амниотическая мембрана в окулопластике.

Милюдин Е.С., Братко О.В.

*Самарская областная клиническая
офтальмологическая больница имени
Т.И. Ерошевского, Самара*

Причиной для хирургического вмешательства на эпителиальной поверхности глазного яблока и века являются рубцы, вызванные дегенеративными процессами либо гиперпластическими разрастаниями, в результате иссечения новообразований, ожогов, приводящих к деформации конъюнктивальной полости и повреждению эпителия и стромы роговицы. Недостаточность эпителиального покрова роговицы развивается вследствие нарушения регенераторных процессов клеток лимбальной зоны роговицы. С целью снятия болевого синдрома и активации регенераторных процессов лимбальных клеток нами внедрена технология фиксации силиковысушенной пластифицированной амниотической мембраны после предварительной фототерапевтической кератэктомии. Фототерапевтическая кератэктомия выполняется транsepителиально. Глубина абляции варьирует от 90 до 200 мкм, диаметр абляции 9,0 мм. Покрытие силиковысушенной пластифицированной амниотической мембраной осуществляется через 2-18 часов после эксимерлазерного воздействия. Диск силиковысушенной пластифицированной амниотической мембраны выкраивается трепаном 9,25-9,5 мм укладывается на обработанную лазером поверхность, а по краю дефекта под приподнятый эпителий и фиксируется к поверхностным слоям роговицы узловыми швами 10/0. При более глубоких дефектах стромы роговой оболочки выполняется дубликатура амниотической мембраны, с целью заполнения дефекта. Быстрое восстановление эпителиальной поверхности глазного яблока после покрытия силиковысушенной пластифицированной амниотической мембраной является альтернативой другим методам ургентной помощи при лимбальноклеточной недостаточности роговицы. При тяжелых и особо тяжелых ожогах наиболее эффективным и патогенетически ориентированным методом является хирургическое удаление некротических тканей на первой или второй стадии ожоговой болезни с последующим покрытием поверхности глаза силиковысушенной пластифицированной амниотической мембраной. Применение предложенного алгоритма лечебных мероприятий с использованием нового пластического материала позволяет уменьшить частоту развития осложнений ожоговой болезни на 78% по сравнению

с консервативным лечением, и на 33% по сравнению с хирургическим лечением и повышает вероятность оптической реабилитации. При иссечении грубых деформирующих рубцов конъюнктивы либо птеригиума образуются большие дефекты слизистой, для замещения которых мы также используем силиковысушенную пластифицированную амниотическую мембрану. Биоматериал на поверхности склеры сохраняется в течение 12-18 дней, постепенно замещаясь регенерирующей конъюнктивой. Некроза или лизиса роговицы и склеры не было. Рецидив крыловидной плевы за 18 месяцев наблюдения произошел в 7,1% случаев. В случае необходимости удаления новообразований век часто образуются полнослойные дефекты более 1/3 его длины, для закрытия которых многие хирурги применяют приемы перемещения лоскутов, пластику дефекта с использованием полнослойных лоскутов здорового века. Однако часто предлагаемые методы наряду с возможностью развития обычных для данных операций осложнений, приводят к деформации и нарушению функции обоих век. В нашей клинике применяется метод восстановления полнослойных дефектов с использованием кожно-хрящевого лоскута из заушной области с одновременным восстановлением слизистой силиковысушенной пластифицированной амниотической мембраной. Данный метод восстановления конъюнктивы возможен при наличии здоровой ткани в переходной складке конъюнктивального свода. Восстановление ресничного края выполняется вторым этапом, через 3-6 месяцев. Во всех случаях у оперированных данным методом пациентов достигался хороший функциональный результат. В 32% случаев происходил рецидив опухоли, что по результатам гистологического исследования объясняется иссечением новообразования не в пределах здоровой ткани. Следовательно, применение силиковысушенной пластифицированной амниотической мембраны при хирургическом лечении патологических изменений конъюнктивы позволяет достичь надежного анатомического эффекта в ходе операции, сократить длительность послеоперационного лечения, снизить количество осложнений, облегчить послеоперационный период. Клиническая практика позволяет рекомендовать применение силиковысушенной пластифицированной амниотической мембраны с целью усиления репаративной активности региональных стволовых клеток эпителия роговицы регенерации здоровой конъюнктивальной ткани при хирургическом лечении птеригиума, ожоговой травмы и полнослойном восстановлении век.

Функционально щадящий подход к редуционной ринопластике.

Минкин А.У., Зимин Д.А.

*ФГБОУ ВО Северный государственный
медицинский университет, ГБУЗ АО
Северодвинская городская больница № 2 СМП,
ООО «Медицинское предприятие Пульс»,
Архангельск, Северодвинск*

Актуальность проблемы лечения пациентов с врожденными и приобретенными деформациями носа обусловлена его особой функциональной и эстетической значимостью в процессе социальной адаптации современного челове-

ка. По данным мировой статистики, ринопластика является одной из самых сложных пластических операций с высоким процентом осложнений, требующих дополнительной коррекции (до 21%). Современная концепция пластической ринопластики, принятая и в России, рассматривает ринопластику как реконструктивно-пластическую операцию. Только вмешательство на всех структурах носа одновременно (полная реконструктивно-пластическая операция) дает возможность создания наилучшей формы носа. С эстетических позиций ринопластика ставит перед собой следующие задачи: формирование адекватной линии профиля носа, реконструкция спинки и кончика носа. Эти задачи решаются в разной последовательности и с применением различных технических приемов. Наиболее применимым способом снижения высоты спинки носа была и остается ее резекция, которую возможно выполнить двумя вариантами: удалить костно-хрящевой горб одним блоком или резецировать сначала хрящевой отдел, а затем костный. Независимо от вариантов выполнения в ряде случаев это может приводить к таким нежелательным последствиям, как недостаточная или избыточная резекция спинки носа, синдром «открытой крыши», коллапс внутреннего носового клапана, обратная V-образная деформация, а так же к контурным (видимым и пальпируемым) неровностям спинки носа. Необходимость повышения результативности операции ринопластики объясняется повышенными требованиями к внешнему облику современного человека. Во избежание подобных последствий при определенной предшествующей клинической ситуации (относительно равномерная гипертрофия всех отделов носа), на основании собственного опыта, анализа полученных результатов, мы разработали методику щадящей редуцирующей ринопластики (Патент на изобретение № 2583249, зарегистрирован в Государственном реестре изобретений РФ 11 апреля 2016 года). Основа данной методики – щадящее выполнение манипуляций с минимальным нарушением анатомического целостности структур носа. Операции проводились из открытого доступа, W-образный разрез на колумелле и чрезхрящевые разрезы в преддверии носовых ходов. После выделения костно-хрящевого каркаса носа выполняется тщательная ревизия наружных структур. Выполняется клиновидная резекция в средней трети носовой перегородки в костно-хрящевом отделе с основанием треугольника на переднем крае хряща перегородки носа и вершиной у корня носа, с симметричной плоскостной хондро-остеотомией в области скатов носа. Костно-хрящевой комплекс спинки носа опускается вниз на заранее рассчитанную величину. Формируются дубликатуры хрящевой и костной частей скатов носа, перегородка сопоставляется край в край, выполняется фиксация ее в хрящевом отделе узловыми швами. Затем выполняется ремоделирование концевого отдела носа, формируется колумелла и спинка носа. В конце операции оценивается внешний вид носа, углы и натянутость кожного чехла, после чего разрез ушивается. Предложенная методика имеет подтвержденный на практике положительный эффект.

Результаты проведенных нами операций с применением такой технологии были оценены как положительные, и они соответствовали либо превосходили ожидания пациентов. Но, результатом ринопластики должен быть не только удовлетворительный внешний вид наружного носа, но и сохра-

нение или восстановление его функций. При выполнении ринопластики по предлагаемой нами методике функциональных жалоб у пациентов не возникало. Данное исследование представляет ретроспективный анализ 123 (100%) клинических наблюдений за период с 2010 по 2016 г., где щадящая редуцирующая ринопластика составила 25 (20,3%), а ринопластика с резекционными манипуляциями в области спинки носа 98 (79,7%). Послеоперационные наблюдения за каждым пациентом осуществляли в течение минимум 1 года, проводя оценку и анализ пред- и послеоперационных фотографий, степень удовлетворенности результатом пациента, сохранность и симметричность носового дыхания, стабильность структур носа. Ретроспективный анализ показал, что у всех пациентов была отмечена стабильность анатомических структур носа, восстановление или сохранение носового дыхания, удовлетворенность результатами операции и хороший эстетический результат. Главное при прогнозировании исхода – достижение максимального эстетического и функционального результата.

Вариабельность хирургического лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями скулоглазничного комплекса.

Михайлюков В.М., Дробышев А.Ю., Капустин А.А., Глушко А.В., Дзампаева И.Р.
КЦ ЧЛ РВ и ПХ Московского государственного медицинского университета им. А.И. Евдокимова, Москва

На клинической базе КЦ ЧЛ РВ и ПХ МГМСУ им. А.И. Евдокимова за период с 2011 по 2016 г. прооперировано 173 пациента с посттравматическими дефектами и деформациями костей средней зоны лица и глазницы с применением способов репозиции и восстановления костных структур с использованием методик металлостеосинтеза. Посттравматические дефекты и деформации глазницы сопровождались гипопфтальмом и энтофтальмом различной степени выраженности. Степень повреждения костных структур глазницы оценивали по данным мультиспиральной компьютерной томографии. Дистопию глазного яблока оценивали в аксиальной и фронтальной проекциях среза мультиспиральной компьютерной томографии.

Пластике дефекта дна глазницы у 72 пациентов выполняли с использованием костных аутоотрансплантатов с теменной области и ветви нижней челюсти, у 16 – имплантатом из армированного пористого полиэтилена, у 64 – с использованием орбитальной титановой пластины, у 14 – с использованием резорбируемых пластин и пинов системы «Martin», у 4 – с использованием реберного аутохряща, у 2 – с использованием индивидуального имплантата РЕЕК (полиэфирэфиркетон), смоделированного с помощью компьютерных 3D компьютерных технологий. Выбор имплантационного материала для пластики дефекта дна глазницы проводился индивидуально в зависимости от размеров, формы дефекта и степени смещения глазного яблока. Для планирования хирургического лечения с использованием костных и хряще-

вых аутоотрансплантатов, имплантатов РЕЕК, применяли виртуальное компьютерное планирование, при необходимости изготавливали стереолитографическую модель. В случаях сформированных посттравматических деформаций (спустя 6 месяцев) с выраженным увеличением объема поврежденной глазницы и значительной атрофией параорбитальной клетчатки пластика дна глазницы выполнялась реберным хрящевым аутоотрансплантатом.

Результаты. В послеоперационном периоде у всех пациентов по данным контрольных МСКТ было отмечено восстановление правильной геометрии костей лицевого отдела черепа, форма и положение восстановленных 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. Для получения хороших функциональных и косметических результатов в хирургии посттравматических дефектов и деформаций костей средней зоны лица и глазницы, достигающихся за счет правильной репозицией смещенных костных фрагментов, восстановления исходного объема глазницы, положения глазного яблока, адекватной формы, объема и месторасположения имплантационного материала, необходимо осуществлять индивидуальное планирование хирургического лечения с использованием современных методов диагностики и компьютерного планирования.

Обоснование и показания к ранним оперативным вмешательствам при врожденных расщелинах верхней губы и неба.

Музычина А.А., Бугоркова И.А., Калинина М.Г.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии, Донецк

Пороки развития челюстно-лицевой области (ЧЛО), занимают 3 место среди других врожденных пороков, 7% из них составляют врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРГН), а 30% различные формы черепно-лицевых дизостозов.

Целью и задачей настоящего исследования является обоснование показаний к ранним оперативным вмешательствам при врожденных расщелинах верхней губы и неба.

Материалы и методы: метод системного подхода использовался для проведения количественного и качественного анализа, выявления существующих проблем в организации челюстно-лицевой хирургической помощи; эпидемиологический метод применялся для установления причинно-следственной связи о причинах возникновения болезней и способах их предупреждения; клинические методы обследования использовались с целью постановки диагноза; дополнительные методы включали: эхографические методы обследования; статистические методы исследования. В промышленном регионе пороки развития лицевого скелета встречаются довольно часто с интенсивностью 1 случай на 600 родов за счет экзо и эндо факторов. Донецкая область

является одной из наиболее нагруженных областей по промышленному потенциалу, что обусловлено наличием и высокой концентрацией предприятий горно-металлургического комплекса, теплоэнергетики, химических производств и т.д. По данным санитарно-эпидемиологической станции (СЭС) Донецкой области, ежегодно в атмосферу выбрасывается свыше 350 тонн загрязнителей, 631 тонна вредных частиц, плотность выбросов на квадратный километр составляет 9,6 тонн загрязняющих веществ, а объемы выбросов загрязняющих веществ на душу населения в области составляют 205,9 кг. Объемы производственных выбросов ежегодно увеличиваются в темпе 2-2,5% в год, за счет устаревшего оборудования, которое эксплуатируется на промпредприятиях области более 40 лет, что негативно влияет на здоровье проживающего населения. Влияние негативных экологических факторов приводит к развитию различных аномалий в ЧЛО еще на этапе внутриутробного развития плода, приводит к проявлению многочисленных генетических синдромов, к сочетанным порокам развития костного скелета и лица, ЦНС и других систем. Патологическое анатомо-физиологическое развитие средней зоны лица и неба, при врожденных расщелинах, приводит к нарушениям функции сосания, глотания, дыхания, слуха и речи. Единственным объективным методом визуализации перинатальной диагностики пороков развития лица у плода является эхография. Важным препятствием для эхографической визуализации лицевых структур это постоянное физиологическое сгибание ручек в локтевых суставах и расположение обеих кистей плода симметрично в области лица до 10-й недели внутриутробного пребывания плода. При достижении беременности 11 недель и выше, количество и характер разгибательных движений достигает уровня, при котором возможна качественная визуализация в течение нескольких секунд. Использование эхографии позволяет специалистам объективно оценить анатомическую картину и принять обоснованное решение по ведению беременности. Ранняя диагностика позволяет психологически подготовить родителей к рождению ребенка с данной патологией, и дать консультацию по срокам лечения, правилам ухода и вскармливания. Лечение таких больных заключается в поэтапной ликвидации дефектов ЧЛО и реабилитации начиная с раннего возраста. Принятие решения про пластику врожденной расщелины верхней губы и неба базируется на таких факторах, как рост средней зоны лица, развитие речи, психологическое влияние порока развития на ребенка. Раннее возобновление функций обеспечивает не только позитивный медицинский, но и социальный эффект, повышая качество жизни ребенка. Такое обоснование ранних хирургических вмешательств имеет свой объективный эквивалент, с точки зрения иммунологических и биохимических показателей крови, повышая соматические характеристики развития ребенка. С учетом рекомендаций и оценкой местного статуса ребенка определяется наименее травматичная методика операции, которая дает максимально анатомический и функциональный результат. Решающим при выборе сроков операции и ее методики учитываются следующие факторы: величина, форма, размеры расщелины, необходимость репозировать фрагменты челюстей, наличие местных тканей, которые используются для ликвидации дефектов.

Выводы. Учитывая вышеизложенное, нами разработаны

стандарты лечения детей с ВРГН в ранние возрастные периоды. Руководствуясь этими показателями можно уменьшить процент осложнений во время операций и послеоперационный период.

Пластика дефектов полости рта эполетным (надплечным) кожно-фасциальным лоскутом на питающей ножке.

Музычина А.А., Иващенко А.Л., Дворник В.Э.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии, Донецк

Цель исследования. Обосновать применение способа пластики обширного дефекта полости рта эполетным кожно-фасциальным лоскутом на питающей ножке.

Материал и методы. Проведен анализ истории болезни больного Ж., 30 лет, находящегося на лечении в стоматологическом отделении №1 (для взрослых) ЦГКБ№1 с диагнозом: плоскоклеточный рак слизистой оболочки правой щеки T2N0M0, состояние после лучевой терапии. Объективно: на слизистой оболочке правой щеки в проекции от 48 до 46 зуба язва неправильной щелевидной формы, дно покрыто фибринозным налетом, края и дно инфильтрированы. Больной дополнительно консультирован на кафедре комбустиологии и пластической хирургии ДонНМУ, после чего принято решение о проведении операции: электрорезекция новообразования с краевой резекцией нижней челюсти с пластикой дефекта кожно-фасциальным эполетным лоскутом на питающей ножке.

Результаты и их обсуждение. Больному по показаниям был проведен функционально-сохраняющий тип операции (сохранена непрерывность нижней челюсти): электроиссечение новообразования с резекцией подлежащих участков щечной мышцы, крылочелюстной складки, переднего края медиальной крыловидной мышцы, краевой резекцией альвеолярного отростка нижней челюсти с зубами 48, 47, переднего края ветви нижней челюсти. Далее в надплечной области был выкроен кожно-подкожно-фасциальный лоскут размерами 6х6 см с включением волокон трапециевидной мышцы и питающими её сосудами. Затем лоскут был мобилизован, ротирован, проведен по заранее-сформированному тоннелю уложен на область дефекта, фиксирован швами из шелка. Края раны в надплечной области мобилизованы и послойно ушиты. В течение недели после операции лоскут в полости рта фиксирован удовлетворительно, трофика его достаточная, признаки некроза отсутствуют, рана на шее и надплечной области заживает первичным натяжением. Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование данного способа пластики является клинически обоснованным по ряду причин: заживление раны вторичным натяжением привело бы к образованию грубых рубцов и уменьшению объема полости рта, существенному ограничению открывания рта вследствие рубцовой контрактуры, а применение свободного кожного лоскута при отсутствии микрохирургической техники невозможно из-за высокой вероятности

некроза трансплантата, а использованный артеризованный лоскут имеет собственную систему кровообращения, что обеспечивает адекватную трофику, а, следовательно, хорошую способность к регенерации и приживлению трансплантата.

Выводы. В настоящее время не существует идеального способа пластики обширного постоперационного дефекта мягких тканей полости рта. Высоко эффективным является метод пластики с использованием микрохирургической техники, однако ввиду отсутствия необходимого оборудования отделении, клинически оправданным выбором является использование предложенного метода, с помощью которого можно возмещать обширные дефекты не только мягких тканей полости рта, но и дефекты кожных покровов шеи, околоушно-жевательной, щечной, поднижнечелюстной областей.

Вакуум-терапия при лечении больных с тяжелыми сочетанными повреждениями конечностей. Клинический пример.

Муллин Р.И., Богов А.А., Фартдинов М.Ф., Ханнанова И.Г.

Республиканская клиническая больница Республики Татарстан, Казань

Целью современных методов лечения больных с сочетанными повреждениями конечностей является ранняя активная реабилитация, уменьшения сроков пребывания пациента в стационаре и возможность вернуться к труду в минимальный промежуток времени. Однако при тяжелых сочетанных повреждениях с размождением конечностей до 30% случаев осложняются присоединением инфекционного процесса за счет снижения местной перфузии и ишемии тканей. Открытые дефекты костной ткани требуют длительной санации перед проведением костной пластики, что значительно увеличивает сроки стационарного лечения пациентов. Комплексный подход и сочетание классических принципов лечения повреждений конечностей с вакуум-терапией позволяет в ранние сроки провести реконструктивно-пластические операции. Вакуум-терапия уменьшает локальный отек, способствует усилению местного кровообращения, снижает уровень микробной обсемененности раны, снижает выраженность раневой экссудации, уменьшает площадь раны, способствуя поддержанию влажной раневой среды, необходимой для нормального заживления раны. Все эти эффекты способствуют увеличению интенсивности клеточной пролиферации, усиливают синтез в ране основного вещества соединительной ткани и протеинов. При наличии обширных ран с объемными полостями вакуум-терапия позволяет исключить формирование затеков, за счет активного дренирования. Пациентка И., 1971 г.р., поступила в ГАУЗ РКБ МЗ РТ 30.06.15 с диагнозом: Политравма. Размождение, неполный отрыв левой верхней конечности на уровне н/3 предплечья с повреждением сухожилий сгибателей и разгибателей 1-5 пп, срединного нерва, лучевой и локтевой артерий. Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Ушибленная ушная рана височной области справа. Закрытый множественный перелом костей носа,

стенок левой верхне-челюстной пазухи, гемосинус левой верхне-челюстной пазухи. Травматический шок 1. При поступлении пациентке произведено – первичная хирургическая обработка ран, остеосинтез модулем аппарата внешней фиксации, шов сухожилий сгибателей и разгибателей 1-5пп, шов срединного нерва, локтевой артерии. В послеоперационном периоде вокруг послеоперационной раны развился некроз мягких тканей. После проведения некрэктомии дефект кожи и мягких тканей составил около 10 см с оголением зоны костного дефекта. Было принято решение о проведении вакуум-терапии перед реконструктивной операцией. С целью улучшения регионарного кровообращения и исключения затеков губка укладывалась непосредственно на кость и в зону дефекта костной ткани, незначительно углубляясь в костномозговой канал. Терапия проводилась в режиме отрицательного давления 135/70 мм рт. ст. в течение 6 суток со сменой аппарата через сутки. Смена аппарата проводилась под внутривенной седацией. После проведения терапии наблюдалось отсутствие локального отека, очагов некроза, обширный рост мелких зернистых грануляций и уменьшение площади дефекта кожи и мягких тканей до 7 см, что позволило на 14 сутки пребывания пациентки в стационаре провести реконструктивно-пластическую операцию: «Остеотомия, аутокостная пластика, чрескостный остеосинтез аппаратом внешней фиксации, пластика раны местными тканями». В дальнейшем раны зажили без осложнений. Пациентка была выписана на амбулаторное лечение на 20-е сутки пребывания в стационаре. Таким образом, комплексный подход в лечении пациентов с тяжелыми сочетанными повреждениями конечностей в сочетании с вакуум-терапией позволяет в ранние сроки добиться благоприятных условий для проведения реконструктивно-пластических операций даже при значительной площади размоложения за счет улучшения регионарного кровообращения, активной аспирации раны, увеличивая активность клеточной пролиферации, уменьшая площадь раневой поверхности и поддержания влажной раневой среды.

Световые технологии в комплексной коррекции пастозно-деформационного типа старения.

Некрасова С.В.

Сибирский государственный медицинский университет, ООО Салон «Эстетик», Томск

Световые технологии в комплексной коррекции пастозно-деформационного типа старения. Пастозно-деформационный тип старения является наиболее распространенным типом возрастных изменений лица на территории РФ. Для данного морфотипа старения характерен сложный комплекс симптомов: плотная пористая кожа, чрезмерно развитая подкожно-жировая клетчатка, склонность к отекам, выраженный сосудистый компонент и др. Все эти симптомы: 1) взаимодействуют между собой, потенцируют друг друга и запускают формирование «порочного круга» в прогрессировании признаков старения; 2) оказывают прямое влияние на течение реабилитационного периода; 3) оказывают влияние на конечный клинический результат после многих

процедур. Основываясь на многолетнем клиническом опыте работы с данным морфотипом старения, мы пришли к формированию такого комплексного подхода, главной целью которого является так называемый разрыв «порочного круга». В основе данного подхода легли световые технологии. Все работы проводились на профессиональных фото- и лазерных системах компании ДЕКА (Италия). Основные этапы комплексного подхода: 1. Сочетанное использование IPL-системы и неодимового лазера с длиной волны 1064 нм для купирования сосудистого компонента, восстановления крово- и лимфообращения на лице.

Цель: а) убрать эффект «красного» лица, уменьшить склонность к отекам, уплотнить кожу, тем самым приостановить процесс перерастяжения кожи и сползание подкожно-жировой клетчатки вниз лица; б) уменьшить риск образования гематом после инъекционных методик, сократить период отечности и гиперемии после фракционного CO2 лазера, тем самым сократить длительность реабилитации после вышеперечисленных методик и усилить конечный клинический результат от них. 2. Сочетанное использование фракционного абляционного CO2 лазера и RF- лифтинга для повышения эластичности и упругости кожи, уменьшения объема подкожно-жировой клетчатки в области лица.

Цель – приостановить процессы деформации овала лица, птоз верхнего века, появление второго подбородка, тем самым отсрочить пластическую операцию.

Вывод. При коррекции пастозно-деформационного типа старения необходим комплексный подход, неотъемлемой частью которого являются световые технологии.

Комплексный подход к лечению сосудистых аномалий области головы и шеи.

Неробеев А.И., Добродеев А.С., Большаков М.Н.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

При лечении пациентов с сосудистыми аномалиями коллектив медицинской организации сталкивается с большим количеством опасностей на всех этапах. Заболевания данной группы по сей день остаются самыми распространенными онкологическими заболеваниями, встречающимися у детей и взрослых. Несмотря на свою доброкачественную природу, сосудистые мальформации могут иметь черты клинически злокачественного течения. Не имея ограничивающей капсулы, даже точечные и небольшие образования могут проявлять бурный рост, нередко достигая больших размеров, прорастая в окружающие ткани и разрушая их, вследствие чего возникает значительный эстетический и функциональный дефект, особенно при локализации в челюстно-лицевой области. В настоящее время не существует принятого единого алгоритма лечения пациентов. Большинство сосудистых мальформаций лечится либо склерозирующей терапией либо эмболизацией. В тех ситуациях, когда мальформация энергично развивается и приводит к выраженным анатомическим и функциональным нарушениям эмболизации и дру-

гих консервативных и малоинвазивных методов оказывается недостаточно, в результате чего хирург становится перед выбором только хирургического метода лечения. Очень важную роль в лечении пациентов с мальформациями играет анестезиологическое пособие и послеоперационное ведение. При удалении всех видов сосудистых аномалий помимо рутинной инфузионно-трансфузионной терапии применяли интенсивную прокоагулянтную схему: трансфузию свежезамороженной плазмы и использование двух-трех антифибринолитиков дополняли введением Коагила VII (Эптаког альфа активированный). Фармакодинамический эффект рекомбинантного фактора свертывания крови VIIa заключается в усиленном местном образовании фактора свертывания крови Ха с последующим ускорением синтеза в каскаде ферментативных реакций свертывающей системы крови тромбина и фибрина. Коагил VII вводили внутривенно в дозе 90 мкг/кг до начала разреза. Повторное введение осуществляли в той же дозе через 3-4 часа, как правило, в палате интенсивной терапии. На фоне применения прокоагулянта отметили уменьшение кровоточивости в операционном поле, более комфортные операционные условия по сравнению с теми операциями, при которых коагил VII не применяли. Максимальную эффективность усиленной прокоагулянтной терапии выявили при удалении мягкотканых форм мальформаций. Контроль параметров коагулограммы свидетельствовал о нормокоагуляции при использовании коагила VII. Параллельно выполняли тромбозластографическое исследование, которое выявляло значительное повышение коагулянтного потенциала крови пациентов, ускорение формирования кровяного сгустка и минимальную степень его ретракции. Почти у 40% пациентов, оперированных по поводу мальформаций, удалось уменьшить объем интраоперационной кровопотери и отказаться от трансфузии донорских эритроцитов, что неизбежно ускоряло послеоперационную реабилитацию этой категории больных. Для лечения пациентов с обширными сосудистыми мальформациями внедрена комбинированная тактика лечения. Вначале производят диагностическую ангиографию для определения – уточнения типа сосудистого поражения пациента, оценивают возможности проведения эмболизации афферентных сосудов. После обстоятельного выяснения клинической картины и соматического состояния пациента, в качестве предоперационной подготовки перед хирургическим удалением образования, выполняют поэтапную суперселективную эмболизацию афферентов артерио-венозной мальформации. В течение 2-4 суток после контрольной ангиографии, несмотря, даже, на положительный эффект эмболизации, во всех случаях выполняют оперативное удаление образования с тщательным прошиванием всех афферентных сосудов. Значительное снижение кровоточивости тканей в области оперативного вмешательства, после предшествовавшей эмболизации, позволяет в полном объеме удалить патологическое образование, в том числе и при локализации в боковых отделах лица с сохранением ветвей лицевого нерва. Сразу после операции отмечается уменьшение выраженности патогномичных симптомов и инволюция ангиомы, что подтверждается клинически, контрольными рентгенологическими и ангиографическими исследованиями. Преимуществом данной методики является возможность устранения обширных ангиом различной локализации и степени поражения как мягких тканей, так

и костных структур, с минимальным риском для здоровья больного.

Лицевой паралич и пересадка мышц: оценка жизнеспособности лоскутов.

Неробеев А.И., Добродеев А.С., Малыхина И.Ф.
Кафедра пластической и челюстно-лицевой хирургии Российской медицинской академии последипломного образования (ГБОУ ДПО РМАПО), Центральный научно-исследовательский институт челюстно-лицевой хирургии и стоматологии (ФГБУ ЦНИИС и ЧЛХ), Москва

Введение. Согласно общемировым стандартам, при длительности лицевого паралича более 1,5 лет дальнейшие попытки восстановления движений мимических мышц с помощью нейропластики становятся малоуспешными. При длительном параличе улыбку возможно воссоздать перемещением регионарных мышц либо пересадкой мышечных аутоотрансплантатов из отдаленных областей тела. Последнее наиболее предпочтительно, но производимая реваскуляризация требует тщательного мониторинга кровообращения в лоскуте в течение 3-5 суток. Аутоотрансплантат после ушивания раны имеет скрытое расположение, поэтому лишь немногие методы способны адекватно решать данную задачу. Неинвазивная тканевая оксиметрия имеет непрерывный характер исследования, а возможность определения оксигенации на глубине позволяет использовать ее в данной группе лоскутов.

Цель: повышение эффективности лечения пациентов с длительным существующим параличом мимической мускулатуры путем разработки критериев оценки жизнеспособности лоскутов с помощью тканевой оксиметрии.

Методы. В исследовании участвовали 23 пациента с односторонним параличом мимической мускулатуры. Проведены аутоотрансплантации 23 мышечных лоскутов (20 – m.gracilis, 3 – m.latissimus dorsi) в позицию большой скуловой. Оценку жизнеспособности пересаженных тканей осуществляли с помощью неинвазивной тканевой оксиметрии (оксиметр INVOS 5100C), портативного звукового доплера и стационарного УЗИ. Обязательное исследование осуществляли на протяжении 72 часов с момента микрохирургической операции.

Результаты. Наиболее точным методом исследования зарекомендовала себя тканевая оксиметрия. Во всех случаях пациентами переносилась комфортно. Графическое и цифровое отображение информации в режиме реального времени позволяло отслеживать перфузию аутоотрансплантатов и своевременно ее корректировать. В случаях благоприятного течения значения тканевой оксигенации составили 75,7±9,3%, 95% доверительный интервал для среднего составил 72,3-79,06, медиана – 76,0. Значения сравнивали с контралатеральными, индивидуальными для каждого пациента. В результате исследования выявлено, что критический уровень разницы с контралатеральными показателями равен 30% и более, что необходимо учитывать при выборе тактики ведения.

Заключение. Тканевая оксиметрия – адекватный метод оценки кровообращения пересаженных мышечных лоскутов при

лечении длительного паралича мимической мускулатуры. Особенностью метода является необходимость оценки цифровой и графической информации.

Технология интраоперационной нейронавигации и мониторинга при оперативных вмешательствах на лице и шее.

Неробеев А.И., Малаховская В.И., Сомова М.М., Салихов К.С., Доманский В.Л.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Научно-технологический центр уникального приборостроения РАН, Москва

Цель. Разработка технологии полипрограммной электростимуляции для интраоперационной нейронавигации и мониторинга физиологического состояния нейро-мышечных структур при выполнении оперативных вмешательств на лице и шее.

Задачи. Создание безопасного и помехоустойчивого электростимулятора для интраоперационной нейронавигации и нейромониторинга. Разработка пакета специализированных стимуляционных программ для оценки возбудимости и проводимости нервов, а также сократимости мышц в пределах операционного поля и вне его. Разработка технологии их применения в операциях на тканях и органах головы и шеи. Материалы и методы. Проведено 356 оперативных вмешательств по восстановлению иннервации мимической мускулатуры, 34 операции по удалению новообразований челюстно-лицевой области с сохранением или одномоментной пластикой лицевого нерва и 8 хирургических вмешательств по восстановлению движений языка. Объем и тактику оперативного вмешательства определяли индивидуально для каждого пациента. Решение о выборе вариантов способа реиннервации и схемы нейроанастомозов принимали интраоперационно, на основе результатов верификации двигательных нервов и оценки их функциональной сохранности. Верификацию осуществляли методом путем прямой электростимуляции, применяя специально разработанные тестирующие программы.

Результаты. В результате совместных исследований ЦНИИСиЧЛХ и НТЦУП РАН создан специализированный полипрограммный электростимулятор и разработаны основы аппаратно-программной технологии, позволяющие решать следующие задачи. На предоперационном этапе – первичное тестирование и оценка проводимости нервов и сократимости мышц. Для этого в приборе реализованы программа пороговой стимуляции – ПОРОГ и программа супрамаксимальной стимуляции – СУПРАМАКС. На интраоперационном этапе прибор позволяет контролировать глубину нервно-мышечного блока под действием при использовании деполяризующих и антидеполяризующих миорелаксантов (программы Double Burst Stimuli, Twitch One, Train Of Four, Posttetanic Count), а при достижении оптимальной глубины блока – мониторинг целостности периферических нервов в операционном поле и сохранности их возбудимости (программа ПИНЦЕТ). Программа контроля внешней цепи для исключения случаев ее

разрыва или замыкания электродов и наличие визуальной и звуковой сигнализации облегчают работу хирурга, не отвлекая его от выполнения основных функций.

Выводы. Созданный прибор и пакет стимуляционных программ способствуют эффективному оперативному восстановлению нейро-мышечной системы лица и шеи. 1. При хирургическом удалении новообразований, сопряженном с риском повреждения нервов или невролиза, применение разработанной технологии электростимуляционного тестирования значительно повышает безопасность манипуляций в операционной ране и снижает риск возможных послеоперационных осложнений. 2. Освоение и развитие разработанной технологии позволяет повысить эффективность физиологической и социальной реабилитации пациентов с поражениями тканей лица и шеи.

Комплексный подход в выборе методов лечения парезов мимической мускулатуры.

Неробеев А.И., Салихов К.С., Сомова М.М., Висаитова З.Ю.

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

В связи с отсутствием единого подхода в лечении пациентов с парезами мимической мускулатуры остается актуальной проблема выбора восстановления качественных движений мимической мускулатуры. Патология лицевого нерва это проблема, с которой наиболее часто приходится сталкиваться неврологам, офтальмологам, челюстно-лицевым и пластическим и эстетическим хирургам. В настоящее время будет разработан единый комплекс индивидуального подхода в тактике ведения пациентов с парезами мимической мускулатуры, как до операции, так и после и выборе индивидуального метода лечения.

Цель. Разработка и внедрение индивидуальных методов лечения парезов мимической мускулатуры (медикаментозное, ботулинотерапия, хирургическое).

Задачи исследования: 1) Провести клинический анализ повреждений лицевого нерва, возникающих после операций. 2) Разработать классификацию парезов мимической мускулатуры. 3) Провести электромиографические исследования пораженных мимических мышц и ветвей лицевого нерва с использованием методов ЭМГ, ЭНГ и стимуляционных тестов, до и после лечения. 4) Разработать оптимальные комбинированные методы лечения у пациентов с послеоперационными повреждениями мимической мускулатуры. 5) Оценить эффективность использования препарата токсина ботулизма типа А у пациентов с парезами мимической мускулатуры. Методы исследования: 1) Анатомический, клинический, хирургический, фото-, видео-, аудиодокументация. 2) (ЭМГ, ЭНГ, стимуляционные тесты).

Результаты. Впервые в реконструктивной хирургии и микрохирургии лица с целью восстановления эстетических пропорций использован индивидуальный подход в методе выбора лечения (медикаментозное, хирургическое, БОТОХ), у пациентов с послеоперационными осложнениями как в

ранних сроках до 6 месяцев, так и в поздних сроках более 12 месяцев. При операциях по удалению новообразований околоушных слюнных желез, при пластических операциях на лице. Будет разработана классификация парезов ветвей лицевого нерва возникающих в послеоперационном периоде, по времени развития, частоте синкинезий, и видам контрактур. Впервые будет оценена эффективность использования препарата токсина ботулизма типа А (в лекарственной форме «БОТОХ») у пациентов с парезами мимической мускулатуры связанными с послеоперационными осложнениями в ранних и поздних сроках реабилитации.

Выводы. Нейропатия лицевого нерва является заболеванием, приводящим к стойким функциональным нарушениям и эстетическому дефекту. Тактика лечения пациентов зависит от нозологии и продолжительности заболевания. В остром периоде оно направлено на снятие отека, в случае компрессии, восстановление кровообращения и проводимости по нерву. Не всегда весь комплекс мероприятий, проводимых для восстановления лицевого нерва, может привести к желаемому результату. У пациентов могут в дальнейшем развиваться стойкие, не поддающиеся лечению, осложнения, приводящие к дезадаптации в обществе и в личной жизни. Внедрение ботулинотерапии явилось «рукой помощи» в тактике реабилитационного лечения. Однако и этот, казалось бы, «революционный шаг», не может воздействовать на стойкие повреждения анатомической целостности лицевого нерва. Метод хирургического лечения лицевого нерва при средне-тяжелых степенях дисфункции является приоритетным, и единственным методом, а единый комплекс индивидуального подхода в выборе метода лечения, и тактике ведения пациентов с парезами мимической мускулатуры, как до операции, так и после, делает значимым взаимодействие врачей различных специальностей.

Анализ результатов лечения пациентов с параличом мимической мускулатуры.

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

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

Реабилитация пациентов с параличом мимической мускулатуры – одна из самых сложных проблем в челюстно-лицевой реконструктивной хирургии и неврологии. Это связано со сложностью строения мимической мускулатуры, ее иннервацией, особенностями регенерации нервов и длительным периодом реабилитации. В ходе лечения необходимо восстановить не только движения мышц, но и синхронность, симметричность движений обеих сторон лица, равных по силе и амплитуде, сокращения мышц должны быть как произвольными, так и не произвольными. Таким образом, полная реабилитация занимает в среднем 2-3 года и включает в себя много этапов лечения. Успех лечения при параличах мимической мускулатуры в большой степени зависит и от усилия самих пациентов. Идеально подобранный метод и проведенная операция может не дать ожидаемых результатов, если пациент не выполняет должным образом рекомендации. Нельзя исключать психоэмоциональное состояние

пациента, которое прямым образом сказывается на всем лечении и, как следствие, на результатах лечения.

Цели: проанализировать результаты нейропластических и мионейропластических операций в клинике ЦНИИС и ЧЛХ за период с 2010 по 2016 г.

Материалы и методы:

1) Проведен клинический анализ более 200 пациентов с параличами мимической мускулатуры по методике стандартных клинических проб, УЗИ мимической мускулатуры, электрмиография на различных этапах лечения пациентов.

2) Проведено анкетирование 60 пациентов по разработанной нами анкете с целью оценки качества жизни пациентов, субъективной оценки восстановления утраченных функций и оценки результатов лечения.

3) Статическая и динамическая оценка симметрии лица в покое и возможностей восстановления симметричных синхронных сокращений мимической мускулатуры методом фото- и видеорегистрации пациентов на различных этапах лечения.

Результаты:

1) При клиническом анализе пациентов на этапах до и после лечения выявлено восстановление активности по 3 ветви, которое проявляется в зависимости от сроков проведения операции. 2, 4 восстанавливаются в 25% случаев и также зависят от сроков проведения нейропластики. Клинически значимого восстановления функции по 1,5 ветвям практически не происходит, за редким исключением.

2) 90% пациентов после проведения мионейропластики нуждаются в проведении дополнительных вмешательств в виде статических коррекций и рефиксаций трансплантатов.

3) Субъективная оценка пациентами результатов лечения происходит вне зависимости от вида реинервации и в большей степени складывается из результатов симметризирующих вмешательств и дополнительных процедур косметологического характера.

Выводы:

1) Все пациенты с диагнозом паралич мимической мускулатуры, независимо от срока повреждения лицевого нерва и возраста пациента, нуждаются в проведении статической коррекции мягких тканей на этапе нейропластических операций.

2) Необходим комплексный подход к лечению пациентов с параличами мимической мускулатуры

3) даже при комплексном подходе к лечению достичь полного восстановления утраченного облика лица невозможно.

Последствия операций на околоушной железе.

Неробеев А.И., Таланова О.И.

*Российская медицинская академия
постдипломного образования, Москва*

Цель работы. Улучшить результаты хирургических операций на околоушной железе.

Задачи.

1. Изучить частоту эстетических и нейротрофических осложнений в зависимости от вида и объема проведенной хирургической операции на околоушной слюнной железе.

2. Разработать методы профилактики эстетических и нейротрофических осложнений.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 105 пациентов с доброкачественными образованиями околоушной слюнной железы в возрасте от 21 года до 75 лет, обоих полов. Было проведено проспективное (продольное) рандомизированное исследование. Всем пациентам была выполнена операция на околоушной железе – субтотальная или полная паротидэктомия. Операции на околоушной железе осложняются нейротрофическими и эстетическими нарушениями, а именно: 1 – повреждение лицевого нерва. Количество осложнений по данным разных авторов варьирует от 6 до 40%; 2 – повреждение ушновисочного нерва; 3 – повреждение большого ушного нерва; 4 – дефект контура лица; 5 – послеоперационный рубец. После проведенного оперативного лечения были проанализированы эстетические и нейротрофические осложнения.

Для их анализа были выполнены:

- 1) исследование повреждения лицевого нерва; визуальная оценка выполнения мимических проб до и после хирургической операции, определена оценка тяжести поражения с помощью шкалы Хауса-Бракманна;
- 2) исследование аурукулотемпорального синдрома; проба пищевым раздражителем и колориметрическая йодкрахмальная проба Минора, а также пациент был опрошен с помощью составленной анкеты-опросника «Субъективные симптомы синдрома Фрей после хирургических операций на околоушной слюнной железе».
- 3) исследование повреждения большого ушного нерва, односторонний тест и тест на восстановление дискриминационной чувствительности.

Для анализа эстетических осложнений были произведены:

- 1) оценка дефекта контура лица;
 - 2) оценка рубца. Для оценки эстетических осложнений пациент был опрошен с помощью составленной анкеты-опросника «Субъективная оценка эстетических осложнений у пациентов после операций на околоушной слюнной железе». С целью профилактики нарушений был выполнен разрез, дистальный конец которого сдвинут к линии роста волос. Для заполнения дефекта контура лица использовался ацеллюлярный дермальный матрикс.
- Результаты. Наиболее распространенным диагнозом среди пациентов с доброкачественными образованиями был диагноз плеоморфной аденомы (87%). Другие доброкачественные опухоли включали опухоль Warthin (в 7 %), лимфоэпителиальные поражения (4%), базально-клеточную аденому (2%). Поверхностная паротидэктомия проведена на 99 пациентах (94,2%). Полную паротидэктомию провели на 6 пациентах (5,8%), которые обратились с опухолью глоточного отростка. Все операции сопровождаются обязательно выделением ветвей лицевого нерва, вдоль которых проводилось удаление железы.

Самым неприятным осложнением является рецидив образования, который, по данным отдельных авторов, достигает 30%. По данным наблюдений за 15 лет проведено 363 операции на околоушной слюнной железе, из которых у 4 пациентов был повторный рост образования, что составляет столь малый процент рецидивов и объясняется тем, что во всех ситуациях выполняется максимальное удаление желе-

зы с выделением лицевого нерва. В нашем исследовании ни у одного пациента не был выявлен Синдром Фрей. Большой ушной нерв не сохранялся интраоперационно. Несмотря на наличие нарушения у 91 пациента отмечено практически полное восстановление чувствительности кожи ушной раковины в течение 3-4 месяцев. Незначительная сниженная чувствительность не повлияла на качество жизни пациентов. Также ни у одного пациента не было зафиксировано гипертрофического либо келоидного рубца.

Выводы. Несмотря на то, что проводимые операции в определенном проценте случаев сопровождаются временным повреждением нерва, риск его появления оправдывает основное осложнение операции – возникновение рецидива. Применение модифицированного разреза и использование ацеллюлярного дермального матрикса позволило улучшить косметический результат при проведении операций на околоушной железе и увеличить уровень качества жизни пациентов.

Микрохирургические реконструкции при лицевом параличе интракраниального генеза.

Новиков М.Л., Торно Т.Э.

Международный институт функциональной реконструктивной микрохирургии, Ярославль

К лицевому параличу интракраниального происхождения (ИЛП) мы относим приобретенные и врожденные поражения лицевого нерва и его ядер в полости черепа или на уровне его основания: врожденный односторонний и двусторонний лицевой паралич, паралич после хирургического удаления опухолей мозга или основания черепа, паралич инфекционного происхождения, идиопатический паралич или паралич Белла, последствия среднего отита, ЧМТ с переломом височной кости. Наш опыт микрохирургических реконструкций опыт при ИЛП: обследовано 154 пациента. Всего выполнено 107 операций 68 больным. Двусторонние и односторонние пересадки *m. gracilis* произведены 38 пациентам.

Современные принципы диагностики и лечения родового паралича верхней конечности.

Новиков М.Л., Торно Т.Э.

ГАУЗ ЯО КБ СМП им. Н.В. Соловьева, Ярославль

Актуальность. По данным мировой литературы, вероятность получения травмы плечевого сплетения (ПС) во время родов составляет от 0,3–3,9 случаев на 1000 новорожденных. Интранатальное повреждение плечевого сплетения приводит к выраженным нарушениям развития верхней конечности, что часто служит причиной инвалидности в детском возрасте. Не смотря на повышение качества оказываемой акушерской помощи, частота встречаемости родового паралича верхней конечности (РПВК) не уменьшается. Ежегодно только в Центральном федеральном округе более 1000 детей рождаются с РПВК.

Цель. Разработать тактику лечения РПВК.

Материалы и методы. С 2010 по 2015 г. в нашем центре наблюдалось 320 детей с родовой травмой плечевого сплетения, 149 из них были оперированы (всего 204 операции). Первичные реконструкции различных структур плечевого сплетения нами выполняются в раннем возрасте (3-18 месяцев). Из 98 первичных реконструкций в 29 случаях мы ограничивались невротизмом различных структур сплетения, 47 реконструкций представляли собой транспозицию ветви добавочного нерва на надлопаточный, еще 20 операций включали несколько процедур (невротизация надлопаточного нерва, пластика ветвей сплетения – 10, операция Оберлина – 10). Показания к микрохирургическим операциям при РПВК у детей до 1 года: -отрыв одного и более корешков ПС; -отсутствие активного отведения в плечевом суставе в 3 месяца; -невозможность сгибания в локте > МЗ в возрасте 4-6 месяцев.

Вторичные реконструкции нами выполняются в основном после 3 лет и направлены на устранение какой-либо деформации или дисфункции конечности. Всего выполнено 106 операций. Более половины из них (58) это транспозиция сухожилия широчайшей мышцы спины для восстановления отведения и наружной ротации плеча. У 11 детей была выполнена корригирующая ротационная остеотомия плечевой кости, еще у 8 лучевой кости. 29 операций включали в себя различные варианты транспозиций сухожилий на предплечье и кисти.

Заключение. Микрохирургические реконструкции, выполненные в раннем возрасте, направлены на реиннервацию парализованных мышц, что снижает степень вторичных деформаций верхней конечности, и уменьшает количество необходимых вторичных реконструкций. Вторичные реконструкции, восстанавливая какую-либо конкретную функцию, улучшают реабилитацию руки в целом. Многообразие подходов к лечению в раннем возрасте и вариантов вторичных реконструкций требует разработки стандартизированного протокола при данной патологии.

Хирургическое лечение травматических повреждений плечевого сплетения: опыт одного коллектива за 10 лет

Новиков М.Л., Торно Т.Э., Федоров А.В., Карапетян Р.Т.

Международный институт функциональной реконструктивной микрохирургии, Ярославль

Эволюция хирургических процедур в лечении больных с травматическими повреждениями плечевого сплетения (ППС) прошла путь от ампутации пострадавшей конечности до сложных микрохирургических реконструкций. Операции, выполняемые при ППС, можно разделить на 2 группы: 1) восстановление структур поврежденного ПС или первичные реконструкции; 2) операции на сухожильно-мышечном аппарате, костях и суставах, выполняемые в поздние сроки при последствиях ППС или вторичные реконструкции на верхней конечности. В период с 2005 по 2015 г. нами обследованы 297 пациентов с ППС, из них 178 пациентам выпол-

нено 309 хирургических вмешательств. Всего проведено 183 первичных и 126 вторичных реконструкций.

Коррекция выступающей ушной раковины. Персональная техника.

Нтире М., Сутулов В.В., Нтире А.М., Адырахманов А.А.

Клиника «Изабелла», клиника «Эсте», Волгоград, Липецк

Коррекция выступающей ушной раковины. Персональная техника.

Целью настоящей работы явилось формирование анатомически-правильной и эстетически-удовлетворительной ушной раковины бесшовным методом при устранении лопухости.

Задачи. Основной задачей было добиться поставленной цели, используя уже существующие хирургические методики. В предыдущей работе по устранению лопухости мы пользовались методикой Конверса. Противозавиток формировали шовными техниками из нерассасывающегося материала. В результате имелся процент осложнений в виде лигатурных свищей, рецидивов деформаций, неудовлетворительных коррекций в эстетическом аспекте.

Материалы и методы. С 2014 по 2016 г. нами было проведено 33 операции по устранению лопухости по собственной методике, которая является симбиозом методик Конверса, Стенстрома и Хорлок. Исследуя доступную литературу, нам не удалось найти подобного сочетания хирургических приемов в методиках, предлагаемых ранее. Используя чрезхрящевые разрезы по методике Конверса, пользуясь способностью хряща изгибаться в противоположную нанесенным на него насечкам сторону и используя для фиксации SMAS-лоскут и фиксацию временными валиками, нам удалось получить требуемые результаты.

Результаты и выводы. Представленная хирургическая техника позволяет достигать стабильного и точного результата без опасения получения осложнений в виде лигатурных свищей, рецидива деформации. Одновременно удалось избежать ранних послеоперационных осложнений в виде гематом и нежелательных патологических проявлений в кожных лоскутах ушной раковины, возникающих вследствие нарушения их трофики. Методика может быть использована любым специалистом – пластическим хирургом, владеющим приемами отоластики.

Леваторопластика с формированием дубликатуры в лечении врожденных блефароптозов.

Ободов В.А., Борзенкова Е.С., Ободов А.В.

Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», Екатеринбург

При блефароптозе у детей чаще выполняют дозированную резекцию леватора и получают хорошие результаты даже при ослабленной или вовсе отсутствующей функции

леватора (Н.Ф.Боброва с соавт., 2012; М.Б.Гущина, 2014; Н.Н.Репкина, 2015). Некоторые хирурги предпочитают выполнять дубликатуру леватора, считая ее менее травматичной (А.Н. Джуматаев, 1979; Н.И. Бастриков, 1986; В.В. Атаманов, 2004). В нашей клинике ежегодно выполняется 55-65 операций по поводу блефароптозов, что составляет 0,2% от всех глазных операций.

Цель работы. Оценить эффективность операции леваторопластики с формированием дубликатуры у детей с простым врожденным птозом верхнего века, обусловленным гипоплазией леватора.

Материалы и методы. Проанализированы 23 карты пациентов с врожденным птозом верхнего века II-III ст. в возрасте 1-6 лет, которым была выполнена леваторопластика с укорочением его путем дубликатуры. Технология выполнялась транскутанно, на микрохирургическом уровне, с применением прибора Surgitron DF-S5. Иссечение кожной полоски выполняли при всех операциях. Тупым и острым путем разделяли волокна круговой мышцы с обнажением тарзальной пластинки и вскрытием тарзоорбитальной фасции. Затем выполняли сепаровку всего блока мягких тканей от конъюнктивы, отделяли мышцу Мюллера и апоневроз леватора и брали их на зажим Берке. Надсекали боковые рога леватора и мобилизовали его до связки Уитнелла. На выбранном уровне выполняли рефиксацию леватора, снимали зажим и свободный край леватора подворачивали и фиксировали поверх подшитой части леватора, сохраняя таким образом имеющийся объем мышечной массы. Далее ушивали круговую мышцу с захватом волокон леватора и кожу. Результаты и обсуждение. Мы наблюдали растяжение, истончение леватора, дефекты апоневроза практически у всех детей, а также расположенность слезной железы до уровня 1/3 ширины леватора. При таких особенностях мы считали методом выбора выполнение именно дубликатуры, а не резекции леватора. В нашем варианте выполнение дубликатуры оказалось менее травматично, чем при других способах. При птозах III степени (8 операций) вмешательство выполняли для открытия области зрачка и планировали дополнительную коррекцию в возрасте 6-7 лет (перед школой). При птозах II ст. (15 операций) – результат через 3 месяца был вполне удовлетворительный. Из осложнений наблюдали 2 случая формирования гипертрофического рубца кожи и 1 случай нагноения швов, потребовавшие консервативного лечения.

Вывод. Операция леваторопластики с формированием дубликатуры в предлагаемом варианте может с успехом применяться при простых врожденных птозах с растяжением, истончением, гипоплазией леватора.

Наш метод отопластики.

Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С.

Казанский медицинский университет, Клиника эстетической медицины, Казань

Введение. В настоящее время отопластика включает в себя более 170 методик коррекции лопухости, деформации и дефектов уха. Чаще всего коррекции подвергаются оттопыренные уши, что является серьезной врожденной деформацией уха, отчего уши торчат. При такой деформации формы

и размеров ушных раковин, как правило, в пределах нормы, но не параллельно височной кости, а под почти прямым углом. Признаками оттопыренных ушей являются: увеличенный угол наклона ушной раковины к затылочной части головы, а также плавный контур уха. Считается, что нормальный угол между раковиной уха и головой должен быть равен 30°, ушная раковина должна быть параллельна щеке, а расстояние между черепом и краем уха должны быть приблизительно 2 сантиметра. Контур раковины уха, и его конфигурация индивидуальна и неповторима, как узор на кончиках пальцев. Деформации могут включать одно или оба уха. Тип и степень деформации ушей очень разнообразны, поэтому нет единого мнения по поводу исправления деформации и единой врачебной тактики.

Материалы и методы: с 2002 по 2015 г. под нашим наблюдением находились 320 пациентов с врожденной лопухостью. У детей от 6 до 14 лет основной жалобой были насмешки и издевательства сверстников. У подростков 15-18 лет жалобы на то, что дефект становится причиной дисгармонии в романтических отношениях. Всех пациентов мы оперировали под местной анестезией. Мы использовали 2 метода отопластики на базе клиники эстетической медицины.

Способ 1. «Бесшовный» метод. «Бесшовный» метод использует способность хряща сгибаться в противоположном направлении в отношении применяемых сокращений. Эта методика хорошо описана К. П. Пшенисновым. Так что мы действовали с 2002 по 2013 г. К сожалению, у нас было 25% рецидивов. Имеется в виду, что ухо «встало» на свое место.

Способ 2. С 2013 г. и по настоящее время мы используем нашу собственную модификацию. Сочетание «бесшовного» метода и по Фурнаш. Он предполагает иссечение широкого участка кожи за ухом. Хрящ прикрепляется к височной кости, тем самым прижимая ушную раковину к голове. С тех пор ухо перестало «вставать» на свое место. Мы использовали только шов между черепом и ухом.

Выводы: 1) Отопластика – это только коррекция врожденной лопухости. 2) Несмотря на простоту и скорость выполнения отопластики, «бесшовный» способ приводит к рецидивам. 3) Наша методика исключает эти рецидивы быстро и легко.

Модификация метода Сердиева.

Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С.

Казанский медицинский университет, Клиника эстетической медицины, Казань

Введение: человеческое стремление сохранить красоту и молодость – это естественно и правильно. Тем не менее существуют две основные силы, противодействующие ему, обмануть которые крайне сложно. Речь идет о возрасте... и силе тяжести. Совместные усилия этих двух факторов серьезно портят наш внешний вид. Гравитационный птоз – состояние, при котором под воздействием силы земного притяжения кожа провисает, а контур и черты лица существенно деформируются. Это явление связано с возрастными изменениями тканей: поскольку мы стареем, кожа теряет свою упругость и эластичность. И как только процесс достигает определенной точки, вступает в законную силу тяжесть – это никуда не денется. Ослабленная возрастом кожа потянула к земле,

в результате чего образуются ненавистные морщины, опускаются уголки рта, теряется былая форма лица... одним словом, вся кожа слегка «сползает» вниз. Более или менее точно предсказать, в каком возрасте это может произойти, непросто – там очень много индивидуальных факторов, участвующих здесь. В хорошем состоянии организма в целом и кожи в частности, чем более тщательно мы заботимся о ней, тем позже придется столкнуться с гравитационным птозом. Кто-то заметит первые признаки его уже в 25-30, другим посчастливилось оставаться в неведении до 40-45. Однако рано или поздно эта проблема коснется каждого. Болгарский пластический хирург в этом случае предлагает малоинвазивную хирургию – лигатурный фейслифтинг нижней трети лица без разрезов. Только через проколы и проведение лигатур в smas в виде петли. Часто этот метод приводит к вдавлению кожи в месте прокола и возвращению пункционной иглы, из-за захвата нитью подкожного слоя вместе со SMAS. В этом случае, мы можем через существующий прокол осуществить лифтинг кожи, отделяя ее от подкожной клетчатки и SMAS, что не всегда возможно.

Материалы и методы: предложен усовершенствованный метод Serdieva, а именно околушной разрез возле мочки, создание подкожного туннеля до средней трети нижней челюсти. В области брыл щеки делается небольшой прокол кожи. Лигатура проводится в SMAS через туннель из разреза и выводится там же, захватив SMAS в виде петли, но и в туннеле. Лигатура завязывается и крепится к височной фасции. Если есть вмятины на коже, это легко исправляется через тоннель, потому что с помощью этого метода кожа отслаивается от SMAS.

Таким образом, мы прооперировали 120 пациентов, не было никаких осложнений, депрессии кожи не было.

Выводы. Создание туннеля позволяет легко исправить вдавления кожи в области ее прокола иглой Serdieva.

Пластика обширных дефектов тканей головы после ожогов.

Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С., Фраучи И.В.
*Казанский медицинский университет,
Республиканская клиническая больница Республики
Татарстан, Клиника эстетической медицины,
Казань*

Обоснование: пластика больших дефектов мягких тканей и костей головы, в результате ожога 3-4 степени, являются одним из самых трудных задач, стоящих перед пластическим хирургом. Преимущества микрохирургических трансплантаций перед другими методами восстановления дефектов тканей велик: один этап операции; независимость циркуляции крови в ауотранспланте от кровоснабжения окружающих тканей; устойчивость трансплантата к инфекции; отсутствие необходимости длительной фиксации в физиологически невыгодной позе конечностей; сокращение сроков госпитализации.

Метод, цель и задачи исследования: мы имеем 35 пациентов с дефектами волосистой части головы. Зона дефекта в среднем от 96 до 428 см². Из них 19 мужчин (55,9%) и 6 женщин (17,6%). Пластика костного дефекта было произведено всем

пациентам, так как была необходимость удаления нежизнеспособных костей черепа, она были закрыты с помощью пластмассы – протакрила (что часто используется в стоматологии, для создания искусственной челюсти). Всего размер костного дефекта составлял – 270 см². Обновременно эта пластмасса была закрыта свободным большим сальником. Донорскими сосудами служили или височные сосуды, или сосуды шеи (ветвь наружной сонной артерии, как правило, верхняя щитовидная артерия и либо наружная, либо внутренняя ягулярные вены). Сальник закрывался перфорированной расщепленной кожей, взятой с бедра.

Результаты. Полное сохранение пересаженного трансплантата достигнуто в 99 случаях, частичный некроз большого сальника произошел в одном случае. В одном случае некроз был 3х5 см, после некрэктомии он закрыт.

Выводы: 1. Микрохирургическая ауотрансплантация позволяет одним этапом восстановить все поврежденные анатомические структуры (кости и мягкие ткани). 2. Трансплантация большого сальника более выгодно отличается от других пересаженных трансплантатов из-за его большей пластичности, что позволяет легко покрывать трудные по конфигурации дефекты. 3. Функция адсорбции большого сальника и его чудесное кровоснабжение позволяет снизить процент гнойных послеоперационных осложнений и отторжения «пластмассовой» кости.

Безопасная коррекция средней трети лица в стратегии софтфиллинга филлерами Amalian (Германия).

Оразов М.Р.

Клиника «Бьюти Эксперт», Москва

Морфологические изменения, возникающие в результате старения, обусловлены как потерей объема, так и изменением архитектоники дермы и субдермальных структур в средней трети лица. Современная стратегия эстетической медицины заключается в патогенетическом подходе коррекции вышеизложенного с позиции доказательной медицины. Несмотря на то, что эстетическая медицина является молодой медицинской наукой и отсутствует в ней большая научная доказательная база, всё же присутствуют накапливаемые опытом и временем некоторые уровни доказательности. В этой связи сегодня проблема аугментации объема средней трети лица является особенно актуальной.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности концепции безопасного софтфиллинга филлерами на основе ГК (Amalian) для коррекции возрастассоциированных изменений средней трети лица.

Материалы и методы. Основными показаниями лечения явились начальные изменения, вызванные гравитационным птозом мягких тканей лица и потерей объема средней трети лица с нарушением архитектоники макро- и микрорельефа кожи. В исследовании положен ретроспективный анализ в течение 24-месячного периода наблюдения. В исследовании включены 45 пациентов в возрасте 38-42 г., имеющие возрастассоциированные изменения средней трети лица. Для устранения вышеизложенного дефицита объема в средней трети лица, использовали в общей сложности 2 мл

Amalian с концентрацией ГК 20 мг/мл. Для достижения этих целей имплантировали дермальный наполнитель на основе ГК, с применением атравматичной канюли Silkann, диаметром 22G-50 мм. Клинико-косметологическую оценку эффективности проведенной терапии проводили с применением международной оценочной шкалы GAIS. Кроме того, осуществлялось фотодокументирование пациентов через 6 месяцев и через 1 год. Большинство пациентов (84,3%) были удовлетворены своими терапевтическими результатами. Приблизительно 52,8% пациентов ответили, что эффект этой процедуры сохраняется в течение более чем восьми месяцев; большинство пациентов (83,6%) хотели пройти эту процедуру еще раз и будут рекомендовать его своим знакомым. Неудовлетворительные результаты были получены в 7,4% случаев и были обусловлены от чрезмерных эстетических ожиданий пациентов.

Таким образом, аугментация средней трети лица для коррекции возрастассоциированных изменений в концепции софтфиллинга является эффективной, востребованной и безопасной процедурой.

Дискуссионные вопросы эстетической хирургии вульвы.

Оразов М.Р.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета Российского университета дружбы народов, Москва

Согласно статическому анализу, эстетическая хирургия вульвы занимает лидирующую позицию в структуре хирургических вмешательств в интимной зоне. Во всей эстетической хирургии одним из самых деликатных вмешательств признано считать вульварную зону. Она решает вопросы коррекции формы больших и малых половых губ, изменения размеров преддверия влагалища, устранения возрастных изменений вульвы и усиления выраженности оргастических ощущений. Любое хирургическое вмешательство в здоровый организм, в том числе и лабиопластика, не имеет каких-либо оснований. Исключением являются случаи повреждения половых губ после механических травм, ожогов и т. п. с нарушением анатомических соотношений образований вульвы. Как правило, на проведении оперативных вмешательств на вульве настаивают женщины, исходя из тех или иных субъективных предпосылок. Перед операцией женщина письменно дает информированное согласие на её проведение, что означает отказ от каких-либо претензий в случае результата, не удовлетворяющего её эстетические представления или при возникновении осложнений. Субъективные представления о надобности лабиопластики, как правило, сводятся к недовольству формой и/или размером малых половых губ, их асимметрией. В ряде случаев в виде недовольства строением вульвы может проявляться дисморфобия разной природы – от юношеской до возникшей на фоне эндогенного процесса типа шизофрении. Однако, как и любое, хирургическое вмешательство в организм человека является потенциально опасным, в том числе не исключена вульварная зона. К большому сожалению, в нашей стране

статистические исследования последствий лабиопластики не проводятся.

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты осложнений и исходов лечения после эстетических операций на вульве за период 2015-2016 гг. у женщин репродуктивного возраста. Материалы и методы. В настоящее исследование включены 87 женщин репродуктивного возраста, которым была выполнена вульвопластика с целью эстетической коррекции формы малых половых губ. Средний возраст пациентов составил $25 \pm 7,5$ года. На основании анализа репродуктивной функции было установлено, что в исследуемой группе из 87 женщин, у 16 женщин выявлены нарушения менструального цикла, которые проявлялись в виде первичной аменореи. Вторичная аменорея выявлена у 12 пациенток. Олигоопсоменорея – у 8 больных, а остальные женщины имели сохраненный менструальный цикл. Однако на основании исследования уровня половых гормонов было установлено, что у них присутствует либо недостаточность второй фазы цикла (13 женщины), либо ановуляторный цикл (11 женщины).

Результаты исследования. Анализ послеоперационных осложнений продемонстрировал: разнообразные болевые ощущения в половых органах по типу персистирующей вульварной боли у 86% пациенток, ощущение «стянутости» вульвы у 49,5%, гипер- и гипостезия (повышение и снижение чувствительности половых органов) у 65%; длительно незаживающие раны и расхождения послеоперационных швов имели в анамнезе 12,5% женщин. Анализ интраоперационных осложнений с кровотечениями и формирование гематом в анамнезе выявлены у 8% женщин, а раннем послеоперационном периоде зияние влагалища и нарушение естественного защитного барьера биоценоза женских половых органов после операции на вульве диагностирована у 11% пациенток, на несоответствие результатов операции субъективным ожиданиям пациенток жаловались почти 36%.

Заключение. Несмотря на относительную техническую простоту выполнения хирургических вмешательств на вульварной зоне, частота выявленных осложнений остается высокой, что диктует необходимость разработки новой стратегии, как в плане безопасности, так и эффективности проведенных манипуляций в данной зоне.

Морфогенетические изменения дермы после имплантации нитей на основе полидиоксана.

Оразов М.Р.

Клиника «Бьюти Эксперт», Москва

Перспективным направлением в создании нитевых технологий для омоложения кожи лица и тела и для коррекции и профилактики инволютивных изменений кожи и мягких тканей лица является разработка нитей на основе полидиаксана с различными фиксирующими сегментами, необходимого как для механической ретракции тканей (локо-регионального лифтинга), так и для комплексной пролонгированной ревитализации дермы и улучшения макро и микроархитектоники кожи.

Целью настоящего исследования явились морфологический и иммуногистохимический анализ экспрессии сигнальных молекул, являющиеся маркерами регенерации дермы и гиподермы при возрастной инволюции после имплантации нитей на основе полидиоксанона.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в два этапа. Первый этап включал экспериментальное изучение, которое проводили в условиях патоморфологической лаборатории центрального научно-исследовательского института экспериментальных исследований. Дизайн исследования: проспективное, плацебо-контролируемое экспериментальное изучение. На этапе эксперимента проводилась имплантация нитей на основе полидиоксанона в гиподерму лабораторным животным. (n=30), которые по плацебо контролируемому результату были подразделены на две подгруппы. Второй этап исследования: были взяты биоптаты панч-биопсия дермы с участков возраст ассоциированных изменений переднебоковой поверхности живота до и после имплантации нитей на основе полидиоксанона в определенные интервалы времени. (n=60). В исследование включено 60 пациентов-волонтеров с различными инволютивными изменениями дермы, которых тоже в зависимости от плацебо контролируемого метода исследования подразделили на две подгруппы основная группа (n=30), которым применялась имплантация нитей на основе полидиоксанона, и контрольная группа (n=30) с плацебо. Всем исследуемым проводили биопсию кожи и гиподермы до и после имплантации в определенные интервалы времени. Оценку результатов морфологического анализа проводили на микроскопе Nikon Eclipse E400 с помощью цифровой камеры и специального программного обеспечения. Площадь экспрессии рассчитывали как отношение площади, занимаемой иммунопозитивными клетками. Статистическую обработку данных выполняли в программе Statistica 8.0. Для сравнения и оценки межгрупповых различий использовали непараметрический V критерий Манна-Уитни, который является наиболее точным методом для сравнения выборок, включающих в себе около 10В элементов. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. В качестве плацебо использовалось введение пустых коннекторов, содержащих 0,9% физиологический раствор. Интервалы времени после имплантации нитей, в которые были взяты материалы – 14, 45, 90, 180 дней.

Результаты исследования. Патоморфологический анализ продемонстрировал после названных интервалов после имплантации нитей на основе полидиоксанона в отличие такого в группе контроля субдермальном слое появление большого количества тонких фибрилл коллагена ($p \geq 0,05$) достоверно больше в отличие такового в контрольной группе с плацебо. Анализ маркеров пролиферативной активности показал достоверно высокую степень экспрессии всех пролиферативных маркеров на 38,5% – 42,6% – 24% – 18%, в отличие от такового в контрольной группе с плацебо ($p \geq 0,05$). Иммуногистохимический анализ площади экспрессии Ki-67 продемонстрировал высокую экспрессию данного маркера 2,9 и 3,2 раза, в отличие от такового в группе контроля ($p \geq 0,05$). Показатели экспрессии проколлагена I типа достоверно выше 4,2 и 3,2 раза в отличие от такового в контрольной группе с плацебо ($p \geq 0,05$).

Выводы. Полученные результаты исследования продемонстрировали высокую экспрессию пролиферативных маркеров после имплантации нитей на основе полидиоксанона.

Изысканный нос. Другая эстетическая концепция идеала носа.

Павлюченко Л.Л., Челак А.О., Валиев Л.Л.
Российский университет дружбы народов, Москва

В эстетической хирургии известны многие признаки так называемых идеальных носов. Прежде всего, в каждом носе различают спинку, кончик, крылья, стороны, мягкие треугольники. Определяют углы, выступания, понижения, длину, ширину, высоту носа и его составляющих в разных проекциях: анфас, профиль и др. Большая часть признаков не имеет постоянных величин и стандартов. Например, диапазоны идеальных углов довольно широки: носолобный угол – 115-135 град., носолицевой – 30-40 град., носоподбородочный 120-132 град., носогубный 90-105 град. Поэтому серьезное значение для характеристик «идеального» носа имеют описательные выражения. Так, общепризнанно, что спинка красивого носа анфас очерчивается двумя сходящимися линиями, идущими от внутреннего конца брови до кончика носа. Спинка красивого носа в профиль расположена на 2 мм ниже и параллельно линии, идущей от носолобного угла до кончика носа. Кончик красивого носа выше уровня спинки, а часть носа, располагающаяся ниже кончика, имеет двойной излом. Носы именно такого типа демонстрируют королевы различных конкурсов красоты.

Но в жизни и в искусстве существует другой тип красивого носа, до сих пор не имеющий описания в эстетической хирургии. Он отличается иным контуром спинки, меньшим носогубным углом и поэтому большей длиной. Именно носы такого типа я отношу к изысканным – аристократичным, деликатным. Назовем их изысканными. Для изысканного носа справедливы, в принципе, все метрические характеристики красивого носа, поскольку изящный нос красив. Но в этом случае перед нами – пример того, что проверять алгеброй гармонию не всегда правильно, ведь спинка изящного носа анфас, ограниченная двумя линиями, идущими от внутреннего конца брови до кончика носа, имеет две выпуклости внутрь и одну выпуклость снаружи, а в профиль находится ниже на 1 мм линии, идущей от носолобного угла до кончика носа, ровна или имеет легкую дугообразность; кончик изысканного носа располагается выше уровня спинки, а часть носа, располагающаяся ниже кончика, имеет двойной излом, но носогубный угол ближе к прямому.

Результатом ринопластики не всегда может стать нос изысканной, изящной формы. Для достижения положительного эффекта необходимо сочетание двух условий: желания пациента и возможности хирурга. При этом пациенты с овальными лицами, с высокими спинками длинного носа, с тонкой или средней толщины кожей, без заболеваний и выраженных деформаций носа имеют больше шансов на успех.

Основные технические приемы ринопластики, целью которой является получение носа изысканной формы, отличаются от традиционных функциональностью и минимализмом иссечений и резекций, а также включают элементы эндоско-

пии и контурной пластики: передний эндопазальный разрез, септопластика, транспозиция внутренних ножек, инцизия или срединная окончатая резекция наружных ножек больших хрящей крыльев носа, минимальная поднадхрящично-, поднадкостничная интервенция на спинке носа, комбинированные чрескожные и чресслизистые остеотомии и др. Таким образом, представленная нами модель изысканного носа, являясь вариантом красивого носа, расширяет современные представления о красоте и технических возможностях ринопластики.

Способ восстановления скольжения сухожилий сгибателей пальцев при застарелых повреждениях.

Пекарь А.В., Ладутко Д.Ю., Подгайский А.В., Подгайский В.Н., Чичва А.Ф.

Республиканский центр пластической хирургии и микрохирургии, Минск

Введение. Восстановление сгибательного аппарата пальцев кисти основная проблема в лечении застарелых повреждений сухожилий. Процесс лечения направлен как на сохранение целостности сухожилия и повышение качества шва, так и на предупреждение образования рубцовых сращений. Основным способом борьбы с рубцовыми процессами являются движения пальца в послеоперационном периоде. Однако ранние движения сухожилия могут приводить к утолщению, гипертрофии рубцов и разрыву сухожилия. Поэтому доказана целесообразность использования сухожильного шва в несколько стволов, без нарушения кровоснабжения. Активность фибрилогенеза в послеоперационной ране особенно высока в первые три недели после операции. А трехнедельная полная иммобилизация неотвратно приводит к образованию спаек зоны шва сухожилия со стенками сухожильного канала. Поэтому важно ингибировать эти процессы в раннем послеоперационном периоде. Учитывая данные факты, разработан комплексный метод восстановления подвижности сухожилий сгибателей во 2 зоне.

Цели и задачи. Повышение эффективности результатов восстановления подвижности сухожилий сгибателей пальцев кисти при застарелых повреждениях во второй зоне.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2016 г. пролечено 52 пациента с застарелыми повреждениями сухожилий сгибателей во второй зоне. Контрольную группу составили 32 пациента, которым был выполнен поздний шов сухожилий в «критической» зоне с применением швов Бунеля и Казакова полиэфировой нитью 2/0. Основную группу составили 20 пациентов, которым выполнялся поздний шов сухожилий в этой же зоне по модифицированной методике Tsuge, полиэфировой нитью 2/0 (двумя-тремя стволами) с адаптационным швом Kleinert монофиламентной нитью 5/0. При необходимости выполнялась реконструкция кольцевидных связок А2, А4. Через отдельный прокол кожи в просвет костно-фиброзного сухожильного канала вводился пластиковый стерильный катетер 20G с целью инстилляций в послеоперационном периоде раствора гиалуронидазы. Раствор гиалуронидазы вводился один раз в сутки дозировке 725 ME в течение 10-14 суток после операции. Оценка результатов

производилась при помощи валидной русской версии органоспецифического опросника исходов и неспособности руки и кисти (Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure – DASH). При результате в 100 баллов у пациента чрезмерная неспособность, а при результате 0 баллов – отсутствие неспособности руки и кисти. Оценка функции производилась в отдалённом п/операционном периоде, после выполнения нескольких курсов реабилитационного лечения. Полученные результаты и выводы. В контрольной группе результаты составили: «отлично» 9.35% (3 пациента), «хорошо» 18,75% (6 пациентов), «удовлетворительно» 50% (16 пациентов), «неудовлетворительно» 21,875% (7 пациентов). В основной группе распределение результатов было следующим: «отлично» 20% (4 пациента), «хорошо» 35% (7 пациентов), «удовлетворительно» 30% (6 пациентов), «неудовлетворительно» 15% (3 пациента).

Выводы. Таким образом, применение петлевых методов шва сухожилий сгибателей несколькими стволами, с дополнением применения в послеоперационном периоде раствора гиалуронидазы, непосредственно к зоне сухожильного шва, позволяет значительно улучшить функциональные результаты подвижности пальцев кисти.

Методика «вечный ботокс» – малоинвазивная альтернатива ботулоксинам.

Пенаев А.А., Мелерзанов А.В., Пенаева С.А.

Клиника доктора Пенаева, МФТИ, Москва

Ботулотоксины стали одним из основных инструментов борьбы с мимическими морщинами. Введение ботулотоксина приводит к селективной химической денервации мышц лица, что позволяет воздействовать на непосредственную причину мимических (динамических) морщин. Он блокирует процесс передачи нервного импульса в нервно-мышечном синапсе, вызывая таким образом парез этих мышц, а это в свою очередь приводит к разглаживанию над ней кожи и исчезновению или уменьшению морщин. Использование ботулотоксинов стало одной из самых частых косметологических процедур. Но время экспозиции препарата очень короткая (4-6 месяцев) и требует новых сессий. Побочными эффектами могут быть – боль, эритема, кровоподтеки в местах инъекции. Осложнениями, связанными с распространением ботулинотоксина на другие мышцы, являются: птоз верхнего века, диплопия, естроріон и птоз брови. Появляются сообщения о резистентности к ботулотоксинам. У части пациентов есть страх к введению токсина. Все это делает актуальной задачу нахождения альтернативных путей лечения мимических морщин лица. Нами предложен метод – лазерная миоабляция мимических морщин лица с целью получения эффекта ботокса с помощью неодимового лазера длинной волны 1444 нм под контролем миографии. Для лазерной абляции мимических мышц лица нами используется неодимовый лазер с длиной волны 1444 нм, который используется внутри тканей, с целью коррекции контуров, омоложения и лифтинга. Инновационная длина волны 1444 обеспечивает оптимальное двойное поглощение в жире и воде. Поскольку инвазивность при этой технике является минимальной, тре-

буя только микропроколы для введения оптического волокна, с помощью которого подается энергия, процедура может проводиться под местной анестезией.

Мышцы, на которые мы воздействуем во время миоабляции – так называемые мышцы-мишени – *m. corrugator supercilii*, *m. procerus*, *m. depressor supercilii*, *m. frontalis*, *m. orbicularis oculi*. Этапы процедуры – лоцирование мышцы-мишени с помощью электро-нейромиографии, миоабляция лазером, оценка результата с помощью электро-нейромиографии.

Миоабляция мимических морщин лица с помощью данной методики выполнена у 32 пациентов. У всех получены отличные и хорошие результаты. Время наблюдений до 3 лет. Результат сохраняется не менее чем 12 месяцев. У 5 пациентов проведена повторная процедура на этапе от 12 до 16 месяцев после первой миоабляции с целью коррекции первых признаков появления мимической активности. Побочные эффекты – небольшой отек тканей лица, уходящий на 2-3 день после процедуры, транзиторные нарушения чувствительности лобной кромки волосяного скальпа, которые самостоятельно исчезают в течение 2-4 недель.

На наш взгляд, этот метод может стать альтернативой к традиционному введению ботулотоксинов для тех пациентов, кто опасается введения токсина даже в мельчайших дозах, боится отдаленных результатов, нечувствителен к ботулотоксину, желает немедленного результата, хочет сохранить естественность и долгосрочность эффекта.

Новые возможности липосакции с использованием ультразвуковой техники III поколения.

Пенаев А.А., Пенаева А.А.

Клиника доктора Пенаева, Москва

Технология липосакции постоянно совершенствовалась. Появлялись ультразвуковые, лазерные, водоструйные, радиочастотные и др. виды липосакций. Но только с появлением технологии ультразвуковой липосакции третьего поколения появилась возможность вывести липосакцию совершенно на новый уровень. При ультразвуковой липосакции селективно удаляется жир, не затрагивая сосуды, нервы, соединительнотканые волокна. Но при использовании аппаратов ультразвуковой липосакции первого и второго поколений отмечались осложнения в виде сером и ожогов в местах при-менения ультразвуковых зондов. Применение аппарата с липосакции III поколения позволяет избегать такие осложнения, сделать такие процедуры безопасными за счет снижения передаваемой энергии, сохраняя при этом эффективность. Появилась возможность проводить липосакцию безопасно и в глубоких, и в поверхностных слоях.

Целью таких липосакций становится не просто удаление лишнего жира в определенных зонах, а настоящее скульптурирование тела в 3 измерениях, так называемая 3D-липосакция. С 2013 по настоящее время выполнено 320 липоскульптурирующих операций, из них у 97 пациентов сочеталось одновременно с липотрансфером молочных желез, у 42 пациента – липотрансфером ягодиц, 8 пациентов – голени. 14 пациентам мужского пола вы-

полнена липоскульптура высокой четкости с гравировкой передней брюшной стенки, липотрансфером большой грудной мышцы, дельтоидов и бицепсов. Результаты операции с применением такой технологии были оценены как положительные, и они соответствовали либо превосходили ожидания пациентов.

Мультитехнологичный подход к малоинвазивной хирургии лица и шеи.

Пенаев А.А., Пенаева С.А.

Клиника доктора Пенаева, Москва

В настоящее время малоинвазивные хирургические процедуры прочно вошли в арсенал пластического хирурга. С другой стороны, малоинвазивная хирургия дает свои преимущества: длительность операции в среднем 10-30 минут, возможность проведения операции под местной анестезией амбулаторно, реабилитация может достигать 4-5 дней. Но в то же время имеющиеся малоинвазивные методики имеют свои плюсы и минусы, различную эффективность, время экспозиции результата. Они часто используются без учета степени инволюционных изменений лица. Монотерапия (использование одного метода) без комплексного подхода часто приводят к неудачам, а коррекция только одного отдела лица не дает общего омолаживающего эффекта. Мы используем дифференцированный комплексный подход к омоложению лица в зависимости от степени возрастных изменений, стараясь решить проблемы всего лица. На начальных этапах изменений лица – это могут быть отдельные малоинвазивные хирургические операции. На последующих могут быть использованы симультанно два и более метода. Для коррекции морщин межбровья и лба, умеренного лифтинга наружных отделов брови используется эндолазерная миоабляция под контролем миографии, в орбитальной зоне – блефаропластика. При депрессии малярной области – в зависимости от выраженности жирового компонента используются разные подходы. При дефиците жировой ткани проводят липотрансфер этой зоны, при избыточном эндолазерный лифтинг «Acculift», который вызывает умеренный липолиз, при нормальном состоянии – подтяжка специальными лифтинговыми нитями Spring lifting. На начальном и умеренной нарушении овала лица – используется Spring lifting, а при нарушении тонуса добавляется радиочастотный лифтинг Body Tite с ручкой Face Tite, который усиливает ретракцию кожи. При избытке жировой ткани на подбородке и шеи используется ультразвуковая липосакция VASER. Этот вид липосакции отличается избирательным воздействием на жировые клетки в виде эмульгирования без повреждения сосудов, нервов, тканевого матрикса, а выделяемая энергия подтягивает кожу. Поэтому в ряде случаев, когда на подбородке и шее имеется дряблость кожи без избытка жировой ткани, мы применяем ультразвуковое липомоделирование, используя только ультразвуковую обработку всего подбородка и всей наружной поверхности шеи до яремной вырезки с отделением всего кожно-жирового слоя от платизмы без использования аспирации с целью ретракции кожи. Для

логические особенности различных тканей и т.п.) и экзогенные (технические и хирургические ошибки, использование непробированных методик, неадекватное восприятие результатов операций и т.п.). Выявление этиопатогенетических факторов возникновения нестандартных клинических ситуаций, а также учетывание и предотвращение факторов, предопределяющих и способствующих развитию различного рода осложнений и их систематизация, может явиться подспорьем пластическим хирургам для адекватной и своевременной оценки сложной, нестандартной клинической ситуации, выработки строго индивидуального хирургического подхода в каждом конкретном случае и выполнения наиболее целесообразного, даже нестандартного оперативного вмешательства.

Некоторые аспекты стандартизации тактики восстановления периферических нервов при травматических ампутациях конечностей.

Петросян К.А., Катаян Ш.О.

Кафедра пластической хирургии ЕрГМУ им. М. Гераци, кафедра пластической реконструктивной хирургии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Медицинский центр Наури, Ереван, Армения

За период 2010-2015 гг. в нашем отделении произведено восстановление целостности 42 периферических нервов при 24 успешно выполненных реплантациях пальцев и мелких фрагментов кисти после их полной ампутации. При наличии значительного диастаза между концами нервов мы использовали одно из трех подходов к реконструкции нерва: соблюдение условий для выполнения прямого шва за счет специальных технических приемов в 18 (43%) случаях, аутоневропластика – в 6 (14%) клинических наблюдениях, в 3 (7%) – выполнена транспозиция нерва с других пальцев кисти. Изучение состояния чувствительности реплантационных фрагментов в отдаленном послеоперационном периоде (12 и 24 мес.) показало, что в тех случаях, когда из 2 поврежденных ладонных или пальцевых нервов реплантата был сшит только 1 (8 случаев 19%), удовлетворительное восстановление всех видов защитной чувствительности отмечается не только в зоне сшитого нерва, но и в зоне нерва, который не был восстановлен во время операции. Вместе с тем, неизбежное развитие неврологического изъяна в зоне иннервации донорского нерва при транспозиции и аутоневропластике, вынуждает применять данные виды реконструкции нервов строго по показаниям. Учитывая существующий опыт отечественных и зарубежных микрохирургов, и полученные нами результаты, мы сформулировали некоторые стандартные подходы при выполнении восстановительных операций на периферических нервах пальцев кисти: а) все нервные пучки, входящие в состав ствола должны иметь равную линию среза вне зоны размножения или растяжения; б) при сопоставлении сшиваемых концов нерва не-

обходимо добиться максимально точного сопоставления пучков напротив друг друга, (во избежании гетерогенной и гетеротопной реинервации); в) необходимо полностью исключить попадания в пространство между сшиваемыми концами нерва любых посторонних субстанций (сгустков крови, фрагментов тканей); г) шов нерва должен осуществляться без натяжения и обеспечивать достаточно прочное соединение сшиваемых концов с учетом дополнительного натяжения, возникающего при разгибаниях в суставах кисти и пальцев.

Применение липофилинга при водоструйной липоаспирации.

Плаксин С.А., Храмцова Н.И.

ФГБОУ ВО «ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера», Пермь

Введение. В последние годы в медицине, и в эстетической хирургии в частности, сложилась тенденция к максимальному и рациональному использованию естественных компонентов тканей. Именно поэтому большой популярностью пользуется такая процедура, как липофилинг. Липофилинг представляет собой перемещение собственных жировых отложений из одной зоны, с избытком подкожной клетчатки, в другую, требующую увеличения объема. По данным литературы, зоны, максимально часто подвергающиеся увеличению таким способом, – это молочные железы и ягодицы. Наиболее подходящей для липофилинга служит методика водоструйной липоаспирации, позволяющая без дополнительной подготовки использовать аспирированную жировую ткань для наполнения в зоне, требующей увеличения объемов.

Целью исследования было определить, какие зоны пользуются наибольшей популярностью у пациентов при использовании водоструйной аспирации жировой ткани.

Материалы и методы. Исследованы результаты операций у 12 женщин, проходивших процедуру липофилинга с использованием водоструйной диссекции и аспирации жировой ткани аппаратом «Body-Jet». Средний возраст пациенток составил $37,3 \pm 11,7$ лет, рост – $165,0 \pm 5,0$ см, масса тела – $67,3 \pm 13,5$ кг. Индекс массы тела лишь у одной женщины превысил 30 кг/м^2 , в остальных случаях он был меньше 25, среднем составил $24,8 \pm 5,0 \text{ кг/м}^2$.

Результаты. Средний объем аспирированной жировой ткани составил 2057 ± 1827 мл (от 200 до 6000 мл). Средний объем жировой ткани, введенной в зоны планируемого увеличения, – 340 ± 264 (от 80 до 800 мл). Материал для липофилинга наиболее часто аспирировался с зон поясицы (6–50%), живота (5–10%), наружной поверхности бедер (34,3%), внутренней поверхности бедер (2–16,7%), также это были коленная и подлопаточная зоны (1–8,3%). Зонами, максимально часто подвергшимися липофилингу, оказались голени – 5 (46,5%). Три зоны поровну поделили между собой зоны ягодиц, губ и молочных желез – 2 (18,2%). В одном случае был произведен липофилинг кистей. Во всех случаях была отмечена частичная резорбция объемов зон, подвергшихся увеличению, однако все пациентки были полностью удовлетворены результатом.

Эффективность хирургического лечения осевыми сложно-составными лоскутами декубитальных язв у больных с поражением спинного мозга.

Плешков А.С., Шаповалов С.Г., Панов А.В.
*ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова»
МЧС России, Санкт-Петербург*

Введение. Пролежни или декубитальные язвы являются актуальной проблемой здравоохранения. Их частота, по разным данным, колеблется от 4,2% до 10%. В некоторых группах, таких как, например, пожилые пациенты травматологического профиля, частота может достигать 66%. В среднем пролежни развиваются, или имеются у 9% госпитализированных пациентов. Пролежни существенно влияют на летальность и продолжительность госпитализации. Перевязки декубитальных язв требуют значительных финансовых и трудовых затрат. Благодаря внедрению в последние десятилетия большого количества перевязочных средств, консервативное лечение приобретает всё большее значение. Однако, по результатам одного из многоцентровых исследований в США, при консервативной тактике 82 % декубитальных язв не изменяются в размерах или увеличиваются. Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с глубокими пролежнями.

Метод. Единственным радикальным способом лечения глубоких (III-IV степени) пролежней является операция. План хирургического лечения включает очищение раны от нежизнеспособных тканей и одномоментную или отсроченную пластику образовавшегося дефекта покровных тканей. Непременным условием для проведения успешной операции являются стабильное состояние пациента и нормализация его статуса питания. За 2013-2015 гг. в ожоговом отделении нашей клиники по поводу пролежней II-IV степени у 19 пациентов выполнена 21 реконструктивная операция. Среди них 14 мужчин и 5 женщин. Средний возраст составил 40±14,1 лет. У 15 пациентов (79%) имелись тяжелые нарушения нервной трофики в виде заболеваний и повреждений спинного и головного мозга. По локализации: в 9 случаях (47%) язва располагалась в области крестца, в 4 случаях (21%) – в области седалищных бугров, в 4 случаях (21%) – в области больших вертелов бедренной кости, в пяточных областях – 2 наблюдения (11%). Для устранения дефектов покровных тканей чаще всего прибегали к пластике несвободными кожно-фасциальными лоскутами (7 операций) и кожно-мышечными лоскутами (11 операций). Дважды применялась пластика местными тканями. В одном наблюдении выполнялась пластика расщепленным аутодермотрансплантатом. При пролежнях IV степени в 3 случаях выполнялась дозированной остеотомия.

Результаты. В результате проведенного оперативного лечения устранены пролежни у 18 пациентов (95%). В одном наблюдении (5%) был отмечен полный некроз кожно-фасциального заднего лоскута бедра, что потребовало повторной операции и пластики пролежня в области седалищного бугра альтернативным кожно-мышечным лоскутом на основе напрягателя широкой фасции. Полным регрессом закончилась попытка аутодермопластики пролежня крестцовой области. В 2 случаях

(9%) наблюдался значимый парциальный некроз (более 30% поверхности) заднего лоскута бедра и сурального лоскута. Было достигнуто полное заживление дефектов вторичным натяжением. Мелкие краевые некрозы и серомы отмечались после 4 операций (19%) и не повлияли на исход вмешательства. Выводы. Оперативное лечение, включающее пластику дефекта с помощью кожно-фасциальных и кожно-мышечных лоскутов, является наиболее эффективным и единственным радикальным способом устранения декубитальных язв III-IV степени. Даже при развитии значимых осложнений (до 15% в наших наблюдениях) всегда возможно устранение дефекта любой локализации с помощью альтернативных лоскутов, что позволило добиться стойких результатов излечения в 95% случаев. Также наши наблюдения подтверждают положение о низкой эффективности аутодермопластики в лечении пролежней (приживление не выше 30% по данным литературы).

Специфические личностные особенности пациентов, получающих услуги в эстетической медицине. Психологическое сопровождение средним медицинским персоналом лечебного процесса пациентов, с различными деформациями личности.

Позин А.И.
Российский университет дружбы народов, Москва

Причины, по которым человек добровольно подвергает себя операции, могут быть совершенно различными. Но при этом всех пациентов обращающихся к эстетической хирургии можно разделить на две группы. В первую относятся пациенты с врожденными или приобретенными физическими недостатками. Во вторую, пациенты, субъективно недовольные своей внешностью, хотя медицинских показаний нет. Данные группы отличаются друг от друга не только по медицинскому критерию, но и по психологическому. В проводимых исследованиях отмечается, что наличие следов ожогов и больших рубцов на лице, деформация лицевых костей, являются травмирующим психику обстоятельством, но вызывает менее значительные невротические изменения личности, гораздо ниже, чем у тех, кто обратился с запросом на эстетическое усовершенствование внешности. Одними из таких пациентов являются пациенты со специфическим личностным синдромом. СЛС у пациентов эстетической хирургии можно определить как систему взаимосвязанных патологически измененных или нарушенных мотивационных характеристик, которая обуславливает риск расстройств личностной адаптации у пациентов эстетической хирургии. В соответствии с особенностями взаимосвязи структурных компонентов выделяется три типа СЛС: нарциссический, депрессивный и шизоидный. Типы СЛС являются основанием оценки риска расстройств личностной адаптации у пациентов эстетической хирургии. Таким образом, не вызывает сомнений, что пациенты пластической хирургии нуждаются не только в клинической послеоперационной реабилитации, но и в психологической в целях «нормального» прохождения последующей адаптации к изменениям внешности. В психологическом сопровождении

выделяется два взаимосвязанных этапа: диагностический и деятельностно-преобразующий. На диагностическом этапе осуществляется оценка «пригодности» пациентов по психологическим параметрам и определяются риски расстройств личностной адаптации, связанные с обращением к методам эстетической хирургии.

Косметические и косметологические услуги. Разделение полномочий между врачом и медсестрой в косметологии.

Позина Н.В., Позин А.И.

ООО «Астери-мед», кафедра социальной и дифференциальной психологии Российского университета дружбы народов, Москва

Цель доклада: анализ нормативно-правовой документации, регулирующей косметические и косметологические услуги в РФ. Задачи:

1. Разграничить бытовые косметические услуги от косметологических услуг.
2. Определить полномочия среднего медицинского персонала по сестринскому делу в косметологии. В настоящее время быть здоровым и красивым стало модным явлением. Все большее количество людей прибегает к косметическим и косметологическим процедурам. Однако до недавнего времени, было непонятно в чем же разница этих процедур (манипуляций). Не секрет, что почти в каждой парикмахерской, или салоне красоты нам предлагают увеличить губы филлером, скорректировать носогубные складки филлером или нитями, устранить «гусиные лапки» ботоксом и многое другое. При этом нам с гордостью утверждают, что все эти процедуры выполняет врач-косметолог, ну или квалифицированный сотрудник с медицинским образованием. И цены указываются значительно ниже, чем в профильных медицинских организациях, что, несомненно, привлекает население к получению этих процедур в данном учреждении. Итак, нужно четко разграничить, какие виды услуг могут быть оказаны в организациях, не имеющих медицинской лицензии (парикмахерские, салоны красоты), а оказывающих бытовые косметические услуги, даже если в штате есть сотрудник с медицинским образованием. Однако использование терминов «косметолог», «косметологический кабинет» в нормативно-правовой документации, относящейся к регулированию бытовых косметических услуг, дает возможность недобросовестным хозяевам и сотрудникам салонов и парикмахерских предлагать косметологические (медицинские) услуги. Так, например, в Общероссийском классификаторе указано: В основной группе 5. Работники сферы обслуживания и торговли, охраны граждан и собственности оказание услуг в области индивидуального ухода и базовых услуг здравоохранения на дому и в учреждениях, в том числе обслуживание в парикмахерских и салонах красоты, а также услуги по сопровождению; предсказание судьбы; 5142 Косметологи и работники родственных занятий; а также в Постановлении главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 59 «Об утверждении СанПиН 2.1.2.2631-10» «Санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию и режиму работы организаций коммунально-бытового назначения, оказывающих

парикмахерские и косметические услуги. Санитарно-эпидемиологические правила и нормы»), в приложение 4 к СанПиН («Уровни искусственной освещенности в основных и вспомогательных помещениях организаций коммунально-бытового назначения, оказывающих парикмахерские и косметические услуги») указаны: 1. Косметические кабинеты, косметологические кабинеты, процедурные кабинеты. Все эти нормативно-правовые документы действующие. Утвержденный позже вышеуказанных документов Приказ Минтруда России от 22.12.2014 № 1069н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по предоставлению бытовых косметических услуг»» дает полное описание трудовых функций, входящих в профессию деятельности), а также предлагает возможные наименования должностей: косметик, косметик-эстетист, техник-эстетист, специалист в области прикладной эстетики, эстетист, мастер косметического татуажа, мастер перманентного макияжа, мастер перманентного татуажа, мастер художественной татуировки, мастер камуфляжного татуажа. Существует в косметологии еще одна неясность. Это полномочия среднего медицинского персонала в косметологии («сестринское дело в косметологии»). В Приказе Минздравсоцразвития России от 18.04.2012 № 381н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «косметология»» указано конкретно, что медицинская помощь по профилю «косметология» оказывается врачом-косметологом и врач-косметолог контролирует проведение назначенных медицинских процедур средним медицинским персоналом. Но нигде не указан перечень медицинских процедур, которые имеют права проводить средний медицинский персонал. Ясно одно, что самостоятельно назначать и проводить медицинские процедуры средний медицинский персонал не имеет права. Пользуясь неразберихой в номенклатурно-правовой документации, многие образовательные центры (как частные, так и государственные) обучают средний медицинский персонал инъекциям ботулотоксина и филлеров, утверждая, что разрешено то, что не запрещено. Выводы. Необходимо утверждение порядков и стандартов в сестринском деле по косметологии.

Реконструктивно-пластическая хирургия при раке кожи лицевой зоны.

Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Панасейкин Ю.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, Москва

Введение. В последние годы отмечается значительный прирост заболеваемости различными видами рака кожи. Среди всех злокачественных новообразований рак кожи занимает 3-е место у мужчин и 2-е у женщин. Наиболее часто рак кожи поражает открытые участки тела, наиболее подверженные солнечному излучению (до 90% локализуется в лицевой зоне). Однако, несмотря на относительно удобную для осмотра ло-

крытием дефекта реваскуляризованным торако-дорзальным «химерным» лоскутом с включением передней зубчатой мышцы, позволяет получить хорошие функциональные косметические результаты и значительно сократить сроки пребывания больного в стационаре. А также может рассматриваться для реконструкции у пациентов со сложными дефектами языка и полости рта.

Устранение сквозных дефектов челюстно-лицевой зоны у онкологических больных.

Поляков А.П., Решетов И.В., Ратушный М.В., Маторин О.В., Ребрикова И.В., Филюшин М.М.
Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, Москва

Цель: улучшение функциональной и социальной реабилитации пациентов со сквозными дефектами челюстно-лицевой зоны после радикального удаления местно-распространенных злокачественных опухолей.

Материалы и методы: с 1992 по 2016 г. в МНИОИ им П.А. Герцена выполнена реконструкция челюстно-лицевой зоны после радикального удаления злокачественных опухолей с использованием метода аутоотрансплантации морфо-функционально тканей 289 пациентам. После хирургического лечения были сформированы орофациальные, краниоорофациальные, ороорбитофациальные и изолированные дефекты нижней челюсти. Первичные опухоли были у 37,5% пациентов. III-я стадия опухолевого процесса установлена в 35,0%, IV-я – в 60,0% случаев. 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 одномоментно в 62%, в отсроченном порядке в 38% случаев. Для устранения дефектов использовано 346 аутоотрансплантатов: висцеральных – 40 желудочно-сальниковых, 13 толстокишечно-сальниковых, 32 сальниковых; кожно-мышечно-костных – 14 лучевых, 19 подвздошных, 30 малоберцовых, 124 реберно-мышечных, 2 лопаточных, 3 реберно-лопаточных; 39 различных кожно-мышечных лоскутов и 30 кожно-фасциальных лучевых. Для устранения сложных комбинированных дефектов 2 и более анатомо-функциональных зон использованы 2 и более аутоотрансплантата. Выполнялось отсроченное эндопротезирование ВНЧС у 9 пациентов для ликвидации анкилозов ВНЧС и различные варианты челюстно-лицевой ортопедической реабилитации, эндопротезирования и эпитезирования средней зоны лица у 43 пациентов.

Результаты: послеоперационные осложнения возникли у 25% больных. Летальность составила 2,8%. Тотальный некроз лоскута отмечен у 5,1% пациентов. Некроз лоскута в группе костных аутоотрансплантатов 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 сквозных комбинированных дефектов при хирургическом лечении местно-распространенных опухолей челюстно-лицевой зоны с использованием микрохирургической аутоотрансплантации тканей и применением челюстно-лицевой ортопедической реабилитации позволяет наиболее полноценно реализовывать задачи функциональной и социальной реабилитации пациентов.

Алгоритм осмотра пациента с птозом верхнего века.

Потемкин В.В., Марченко О.А.

ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. ак. И.П. Павлова, СПб ГБУЗ ГМПБ №2, Санкт-Петербург

Цель работы: разработать алгоритм осмотра пациента с птозом верхнего века с целью выбора тактики хирургического лечения.

Материалы и методы. Разработанный алгоритм оценки использовался на отделении микрохирургии глаза №5 Городской многопрофильной больницы № 2 Санкт-Петербурга с 2013 по 2015 гг. для 82 пациентов с блефароптозом, которым было выполнено всего 132 оперативных вмешательства (32 пациентом выполнялось одностороннее вмешательство, 50 – двустороннее). Возраст пациентов варьировал от 18 до 72 лет. У 6 пациентов был нейрогенный птоз, у 10 – миогенный, у 2 – в рамках синдрома Маркуса-Гунна, в остальных случаях – аневротический.

Разработанный алгоритм включает следующие этапы оценки:

1. Сбор анамнеза (время появления птоза, динамика развития, колебания в течение суток).
2. Определение степени блефароптоза в мм. В норме верхнее веко прикрывает верхний лимб на 2 мм. Отклонение от данного значения можно измерить линейкой относительно верхнего лимба, приподняв веко; относительно нижнего лимба, учитывая средний диаметр роговицы 11 мм; относительно роговичного рефлекса.
3. Измерение ширины глазной щели позволяет точно оценить величину асимметрии между глазами.
4. Оценка функции леватора по величине экскурсии верхнего века при изменении взгляда снизу-вверх, бровь при этом должна быть фиксирована
5. Оценка феномена Херинга. Феномен заключается соразмерной иннервации мышц правой и левой половины лица. При этом птоз верхнего века с одной стороны вызывает легкую ретракцию верхнего века с другой стороны. Чтобы оценить истинное положение верхнего века на парном глазу, следует приподнять веко на стороне птоза. Это позволяет выявить скрытый птоз при двустороннем асимметричном апоневротическом птозе.
6. Оценка наличия и высоты складки верхнего века.
7. Тест с фенилэфрином. Тест актуален при степени птоза не более 2 мм и хорошей функции леватора, когда планируется конъюнктивомюллерэктомия. Закапывание 2,5% фенилэфрина приводит к спазму мышцы Мюллера и позволяет прогнозировать эффект от ее резекции.
8. Оценка феномена Белла. Феномен заключается в том, что

при сомкнутых веках глазное яблоко поворачивается кверху. Данный феномен способствует тому, что при неполном смыкании век роговица остается полностью прикрыта верхним веком и не подвергается ксерозу. При офтальмоплегии феномен Белла ослаблен или отсутствует.

9. Оценка функции круговой мышцы глаза и лагофтальма. Миогенный птоз сопровождается слабостью круговой мышцы глаза, что приводит к неполноценному смыканию век после хирургической коррекции блефароптоза. Для проведения теста пациента просят зажмуриться, препятствуя смыканию век большим и указательным пальцами.

10. Оценка угла косоглазия, подвижности глазного яблока и наличия двоения при нейрогенном птозе, который сопровождается поражением глазодвигательных нервов.

11. Оценка мандибуло-окулярного рефлекса проводится у пациентов с синкенизией Маркуса-Гунна. Данный синдром сопровождается различной выраженностью блефароптозом, который исчезает или уменьшается при открывании рта, смещении нижней челюсти или глотании.

Результаты. Использование приведенного выше алгоритма позволило спланировать хирургическое вмешательство всем пациентам с блефароптозами (ни одному пациенту не было отказано в операции).

При степени птоза не более 2 мм, нормальной функции леватора и положительном фенолефриновом тесте применялась конъюнктивомюллерэктомия (12 операций). При апоневротическом птозе с функцией леватора не менее 4 мм выполнялась резекция апоневроза леватора верхнего века с транскутанным доступом (97 операций). При нейрогенном птозе у 6 пациентов было проведено подвешивание верхнего века к лобной мышце силиконовыми нитями по Seiff. Вторым этапом выполнялась коррекция косоглазия. При миогенном птозе с функцией леватора 4 мм у одного пациента выполнялась двусторонняя резекция апоневроза леватора, при более низкой функции у 9 пациентов – двустороннее подвешивание верхнего века к лобной мышце. В связи с отсутствием рефлекса Белла и слабостью круговой мышцы глаза у данной категории пациентов операция проводилась с гипозэффектом во избежание роговичного ксероза. Одному пациенту с синдромом Маркуса-Гунна и степенью птоза 2-3 мм выполнялась резекция апоневроза леватора, второму со степенью птоза 4 мм – подвешивание верхнего века к лобной мышце.

Вывод. Используемый нами алгоритм осмотра пациента с птозом верхнего века позволяет выбрать метод хирургической коррекции с целью достижения максимального функционального результата.

Аугментационная мастопексия – шаг вперед или тупик?

Пржедецкий Ю.В., Пржедецкая В.Ю.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава РФ, Ростов-на-Дону

Введение. Мастоптоз и его причины – постлактационная и возрастная инволюция молочных желез доставляют немало огорчений обладательницам обвисшего бюста. Наиболее распространенным и эффективным способом борьбы с этим

состоянием следует признать аугментационную мастопексию. Вместе с тем, достижение хорошего эстетического результата непосредственно после операции, вовсе не гарантирует его сохранение в отдаленном периоде.

Цель – проанализировать отдаленные эстетические результаты одномоментных операций увеличения молочных желез и мастопексии по поводу выраженного мастоптоза.

Материал и методы. Изучено 247 случаев аугментационной мастопексии за 2000-2016 гг. с использованием текстурированных имплантатов. Раскрой кожи – циркумвертикальный, либо инвертированное Т. Циркумареолярные операции в исследование не включались. У 168 пациенток имплантаты располагались ретропекторально, у 79 – ретромаммарно. Доступ для формирования полости у 102 женщин субмаммарный, у 145 – вертикальный, по границе нижних квадрантов. При возможности glandулярные лоскуты сшивали внахлест с образованием дубликатуры, либо иссекали избытки паренхимы железы с целью ее натяжения над имплантатом. В 12 случаях – использовали собственную методику внутреннего гамака из аутокориума, в 17 – способ дермальной суспензии по J.P.Rubin. Ацеллюлярные дермальные матриксы и синтетические изделия не использовали. Результаты оценивали через 1, 3, 6 и 24 месяца.

Результаты. В ранние сроки после операции (1-3 месяца) форма желез претерпевала некоторые положительные изменения в сторону естественной конфигурации и удовлетворяла как пациента, так и врача. Примерно у трети женщин через 6 месяцев появлялись первые признаки несостоятельности используемых приемов мастопексии в виде «водопада», glandулярного птоза или «мяча в носке». В отдаленные сроки после вмешательства (24 месяца и более) ни одна женщина не сохранила ранний послеоперационный эстетический результат.

Обсуждение результатов. В физической сути данной операции изначально заключено противоречие. Мы сокращаем площадь кожного, а в ряде случаев и glandулярного покрытия и в тоже время наращиваем объем и массу наполнителя. Сочетание увеличения груди и мастопексии в одномоментном варианте экспоненциально увеличивает риск неполучения хорошего эстетического результата, чем любая из этих операций, осуществленная изолированно. Причем чем больше масса и/или проекция имплантата и чем больше избыток мягких тканей, тем больше вероятность послеоперационной деформации и скорость ее реализации. Отдельным вопросом стоит принадлежность ткани молочной железы при данном вмешательстве – это часть покрытия или наполнитель? Мы склонны считать растянутую паренхиму железы частью покрытия, которая вместе с кожей претерпевает нежелательные трансформации в виде скольжения вниз по имплантату («waterfall» либо glandулярный птоз) или провисания вместе с имплантатом («ball in a sock»). Причем малые размеры имплантов или субмускулярное их расположение сочетались с первым типом деформации, а большие или расположенные ретромаммарно – со вторым. Чтобы понять суть происходящего мы должны ответить на вопрос: если кожа, паренхима и связочный аппарат не удержали себя в естественных условиях, почему они должны сделать это будучи нагруженными дополнительной массой и проекцией?

Выводы. Различные методики аугментационной мастопексии, в том числе с поддержкой васкуляризованными и не-

васкуляризованными аутоотканями не позволили получить отдаленные эстетические результаты, идентичные ранним. Степень и скорость нежелательной послеоперационной деформации молочных желез зависела от прочностных характеристик тканей и массы имплантата. Усложненные типы операций с дополнительной поддержкой оказывают незначительное влияние на конечный результат, лишь несколько замедляя его наступление. Сегодня невозможно улучшить прочностные характеристики тканей молочной железы, следовательно, любые методики рассматриваемого хирургического подхода, в некоторой мере, обречены.

Реконструктивная маммопластика. Эстетика или симметрия?

**Пржедецкий Ю.В., Пржедецкая В.Ю.,
Борлаков А.В.**

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт» Минздрава РФ, Ростов*

Введение. При современном развитии реконструктивной маммопластики данный вид операций можно рассматривать не только как желательный, но в ряде случаев – как обязательный этап хирургической реабилитации больных раком молочной железы, а также женщин, имеющих врожденный или приобретенный дефект органа. Поскольку данные операции зачастую изменяют внешний вид оперированного органа, это влечет за собой необходимость коррекции здоровой молочной железы.

Цель исследования. Рассмотреть различные подходы к симметризирующим операциям на контрлатеральной молочной железе у женщин, перенесших реконструктивную маммопластику.

Материал и методы. Проанализированы результаты 371 операции за период 2001-2016 гг. В 58 случаях больные подверглись симметризирующей операции на контрлатеральной железе. В 313 случаях противоположная железа оставалась интактной, причем в 101 случае достигнута приемлемая, а в 95 наблюдениях хорошая симметрия после первичной маммопластики, 117 женщин отказались от операции на здоровой железе, несмотря на видимую асимметрию. Спектр симметризирующих операций был представлен редуccionной маммопластикой в случае онкопластических вмешательств, традиционными видами мастопексии, кожесохраняющими операциями с сохранением соска и редуccionией кожного конверта, липосакцией и липофиллингом.

Результаты и обсуждение. Наилучшие долгосрочные результаты в отношении симметричности получены у женщин, подвергшихся кожесохраняющим операциям с сохранением соска и одномоментной пластикой силиконовым имплантатом (без развития капсулярной контрактуры), либо одномоментной пластикой торако-дорзальным лоскутом, подвергнутым предварительному липофиллингу. У данной группы женщин не производили операций на противоположной железе, однако они были в высшей степени удовлетворены полученной симметрией. Хорошие результаты получены при онкопластических операциях по типу двусторонней редуccionной маммопластики, осуществляемой идентично с обеих сторон. Следует отметить, что в контексте данной работы высокая

степень симметрии вовсе не означает выдающихся эстетических результатов. Молочные железы чаще были птозированы, однако если их форма устраивала женщин до заболевания, то, как правило, они были удовлетворены результатом и после хирургического лечения. В случаях проведения отсроченных симметризирующих операций по типу мастопексии или редуccionии молочной железы, результаты были гораздо скромнее из-за невозможности повторить форму реконструированного органа и нестабильности контрлатеральной железы во времени. Причем ни липосакция, ни липофиллинг в данных случаях не спасали ситуацию. Если железа была восстановлена системой «экспандер-имплантат», эта конструкция практически не претерпевала особых изменений со временем, а контрлатеральная железа, подвергнутая одному из видов мастопексии или редуccionии, постепенно опускалась (чаще по типу псевдоптоза) за счет скольжения паренхимы, независимо от наличия или отсутствия в ней имплантата.

Выводы. Чтобы получить высокую степень симметрии, необходимо, чтобы исходные молочные железы были симметричными и с обеих сторон были проведены идентичные оперативные вмешательства. В ряде случаев можно получить хороший, долгосрочно стабильный результат при условии полного сохранения кожного конверта и перемещения кожного-мышечного лоскута, предварительно подвергнутого липофиллингу. При осуществлении разных типов операций у одной пациентки и достижении хорошей симметрии во время операции, с высокой степенью вероятности железы станут асимметричными уже через 3-6 месяцев. По нашему мнению, в реконструктивной маммопластике симметрия важнее эстетики, лучше получить симметричные птозированные железы, нежели асимметричные с одной идеальной грудью.

Применение консервированных аллотрансплантов при ожогах у детей.

**Присэкару О.М., Викал Г.В., Монул С.Ф.,
Присэкару И.В., Наку В.Е.**

*Государственный университет медицины и
фармации им. Н. Тестемицану, Республиканская
клиническая больница «Емилиан Коцага», Кишинев,
Молдова*

С целью временного закрытия ожоговых ран в детском ожоговом отделении у 56 детей использовали консервированную аллокожу. После выведения больных из ожогового шока, на 3-4 сутки после травмы, под общим или местным наркозом проводили адекватный туалет ран антисептиками. На ожоговые раны трансплантировали консервированную аллокожу, которая была обработана в растворе NaCl – 0,9% и перфорирована 1:3 или 1:5, асептическая повязка. Обработка ран осуществлялась на 3-4 сутки после аллотрансплантации. При глубоких обширных ожогах после некрэктомии и появления грануляционной ткани проводили аутодермопластику, оставшиеся не закрытые раневые поверхности закрывали аллотрансплантатами, которые сохранялись на раневой поверхности от 12 до 30 дней. Прижившие аллотрансплантаты снимались перед очередным этапом аутодермопластики.

Благодаря методу аллотрансплантации, получены следующие положительные результаты: физиологическое закрытие

ран, снижение присоединения микробов к ране, снижение потери жидкости, белка, электролитов, снижения болевого синдрома и снижение времени подготовки постожоговых ран для аутотрансплантации, так же ускорение эпителизации ран в случае ожогов 3А степени. При использовании алогенных тканей, снижается необходимость в собственной коже. Так же значительно снижается продолжительность лечения и госпитализации.

Осложнения эстетической отопластики и пути их преодоления.

Протасов К.А.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. ак. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Эстетическая отопластика является одной из базовых операций в эстетической хирургии. При большом богатстве методик – наиболее популярными являются модификации способа предложенного Stendstrom в 1956г. В основе методики лежит скарификация передней поверхности хряща ушной раковины для ослабления жесткости хряща в области противозавитка. Предложенная мною методика нанесения скарификаций без полной мобилизации хряща получила достаточное распространение и, по отзывам коллег, успешно применяется другими хирургами. Одним из слабых мест методики является наличие недренируемого, «мертвого» пространства под кожей передней поверхности уха. Мною предложен несложный путь создания оттока из этой зоны, являющимся важным элементом профилактики тугих гематом в этой области и возможными ишемическими расстройствами в тканях.

Сравнительный опыт применения свободных аутотрансплантатов для замещения дефектов носа.

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

ГМЛПУЗ Челябинская областная клиническая больница. Отделение реконструктивной и пластической хирургии, Челябинск

Наличие любого изъяна на лице всегда вызывает проблемы пациента и вопросы посторонних. Анатомические особенности лица – сосредоточение различных органов и структур, когда в ограниченном объёме и на небольшой площади соприкасаются различные ткани (кожа, кости, хрящ, слизистые оболочки), вызывают проблемы при их хирургическом замещении. При этом возникают вопросы функциональных нарушений и косметики. Дефекты носа, как одной из выдающихся частей лица, практически всегда приводят кроме косметических проблем к развитию функциональных нарушений и развитию хронических заболеваний (риниты, синуситы и др.). Целью и задачей данной работы стал анализ результатов в решении проблемы утраты носа или его фрагментов и определение возможностей свободных васкуляризированных и не васкуляризированных трансплантатов для замещения де-

фектов носа.

В период с 1990 г. в отделении пролечено 51 пациента. У 19 имелись дефекты носа, возникшие после комбинированного лечения злокачественных опухолей, у 31 имелись посттравматические дефекты. В 1 случае имелся тотальный дефект носа после огнестрельного ранения. В 19 случаях у пациентов после лечения опухолей предпочтение было отдано свободным васкуляризированным трансплантатам. Васкуляризированный трансплантат использован и при тотальном дефекте носа. При посттравматических дефектах крыла носа (31 наблюдений) использована модернизированная методика пересадки свободного кожно-хрящевого трансплантата ушной раковины. У 31 пациентов выполнено 34 трансплантаций. У 1-й пациентки поэтапно успешно выполнено 2 трансплантации для замещения дефектов крыльев носа с обеих сторон. Следует отметить хорошую приживляемость трансплантата. Отмечено 5 случаев неприживания трансплантата, причем 3 из них – у одного! пациента, что следует отнести его индивидуальным особенностям.

Выводы: – для замещения обширных послеопухолевых дефектов на фоне рубцовых изменений после лучевой терапии предпочтительным является применение свободных васкуляризированных трансплантатов; – свободный полнослойный кожно-хрящевой комплекс ушной раковины является практически идеальным для устранения посттравматических дефектов крыла носа; – при соблюдении всех правил использование свободных трансплантатов является весьма надёжной и эффективной методикой, которая должна быть рекомендована для практического применения.

Способ определения уровня подъема бровей при эндоскопической подтяжке лба и методы его фиксации.

Республиканская клиническая больница Республики Татарстан, Казань

Предложенный способ используется при реконструктивно-пластической подтяжке лобной зоны лица, характеризующийся устранением асимметрии лица, в частности, применяющийся при параличе лицевого нерва, а также при эстетической неудовлетворенности возрастными изменениями лобной зоны лица. Эндоскопическая подтяжка лба позволяет расширить глазную щель и приподнять на оптимальную высоту птозированный избыток тканей, нависающий над латеральной и медиальной частью орбиты. По данному способу было прооперировано около 150 пациентов. Способ (зарегистрирован в реестре изобретений РФ от 03.02.15. № 2543852) заключается в подъеме бровей при эндоскопической подтяжке лобной зоны лица. После предварительной разметки из пяти разрезов в волосистой части головы, производится поднадкостничное эндоскопическое отсепаровывание лобного лоскута. Далее выделяются супраорбитальные и трохлеарные нервы, удаляются *m. depressor supercilii* and *m. procerus*, пересекается надкостница, выполняется перемещение лобного лоскута в новое положение, и его фиксация. Отделение надкостницы от лобного лоскута производится распатором, режущая кромка которого обращена сторону лобной кости.

Лобный лоскут перемещают на расстояние, необходимое для поднятия брови, до крайней границы подъема, отмеченной инъекционными иглами интраоперационно, под углом 90°, по кожной разметке, произведенной до операции. Применение распатора, режущая кромка которого обращена в сторону лобной кости, позволяет пересечь надкостницу ниже расположения брови по всей ее длине, отсепаровать лобный лоскут и выделить нервы исключительно одним распатором, без использования ножниц, избегая повреждения нервов и обеспечивая наименьшую травматичность тканей.

Применение инъекционных игл интраоперационно, введение их под углом 90°, по кожной разметке, произведенной до операции, позволяет выполнить подъем брови на необходимый, заранее определенный уровень. Фиксация лобного лоскута выполняется титановыми винтами которые расположены по линии центра брови или же несколько латеральнее. Мы используем два вида фиксации – погружные и наружные титановые винты. Мы считаем наиболее оптимальным метод наружной фиксации, который, однако, требует удаления винтов через 2-3 недели после операции. Погружные винты обычно мы используем у иногородних пациентов. Фиксация лоскута на погружных винтах технически сложнее, но в свою очередь этот метод является профилактикой птоза лобного лоскута в позднем пост операционном периоде.

Большинство хирургов при подтяжке лобной зоны лица считают достаточной фиксацию лобного лоскута, в центральной его части за счет винтов. Однако около 20% пациентов в постоперационном периоде предъявляют жалобы на птозирование латерального края брови. В связи с этим, в височной области, мы выполняем дополнительную фиксацию лобного лоскута к темпоральной фасции, за счет использования нерассасывающегося плетеного синтетического шовного материала. Данная фиксация позволяет более надежно удерживать латеральный край брови.

Таким образом, предлагаемый способ позволяет избежать повреждения нервов, снизить травматичность тканей, сократить время операции за счет применения распатора как единственного хирургического инструмента. Также обеспечивает точное достижение необходимого уровня подъема бровей за счет разметки инъекционными иглами.

Устранение дефектов челюстей с технологиями быстрого прототепирования.

Решетов И.В., Гапонов М.Е.

*ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России, кафедра пластической
реконструктивной хирургии, Москва*

В последние годы в нашей стране отмечается увеличение потребности в специализированной помощи при устранении протяженных дефектов костей лицевого скелета. Связано это прежде всего с увеличением числа случаев онкологических заболеваний, травм и ранений в челюстно-лицевой области (А.Х.Асиятилов, 2004; И.Ф.Грачев, 2008; А.А.Макаревич, 2009; Д.В.Кравцов, 2012). На сегодняшний день до конца не определено, какие существующие при поражении ЧЛО методики и техники реконструкции верхней челюсти, которые являются

«золотым стандартом». В связи с этим целесообразно проведение исследования, посвященного целенаправленному изучению возможностей устранения протяженных дефектов костей лицевого скелета с помощью композиции на основе брушита и гидроксиапатита, совмещенной с технологией быстрого протепирования на основе лазерных информационных технологий. В рамках исследования необходимо решить следующие задачи: -Разработать технологию получения прототипа. -Усовершенствовать методики хирургического лечения пациентов с протяженными дефектами костей лицевого черепа. -Разработать алгоритм применения композита брушита и гидроксиапатита у данной категории пациентов. -Определить эффективность применения композита брушита и гидроксиапатита на моделях лицевого черепа. Исследование состоит из двух компонентов – экспериментальный и клинический. Таким образом, композиция остеотропных материалов и информационных лазерных технологий позволят оптимизировать временно-постоянную реконструкцию протяженных дефектов нижней челюсти.

Реконструктивно-восстановительная хирургия гортани и шейного отдела трахеи.

Решульский С.С., Виноградов В.В.

*ФГБУ «Научно-клинический центр
оториноларингологии ФМБА России»*

Цель. Повышение эффективности хирургической реабилитации пациентов с рубцовыми стенозами и злокачественными опухолями верхних дыхательных путей.

Пациенты и методы. С 2009 по 2016 г. 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 – 27 (75%) мужчины и 7 (25%) женщины.

Всем выполняли реконструкцию боковых стенок ларинготрахеостомы. Для этой цели использовали аутохрящ, аллохрящ, ксеноматериал на основе политетрафторэтилена. В зависимости от использованного реконструктивного материала пациентов разделили на 3 группы. У 15 больных в I группе использовали аутохрящ, у 12 больных во II группе применили аллохрящ, и у 9 пациентов III группы применили ксеноматериал на основе политетрафторэтилена.

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 нами разработана методика погружения ксеноматериала в мышечное ложе, созданное в медиальных порциях грудино-ключично-сосцевидных мышц, мобилизованных и пексированных к боковым стенкам стомы. Данная методика позволила улучшить хирургические результаты лечения на 15%.

Также с целью упрощения методики отсроченного трахеопищеводного шунтирования у ларингэктомированных больных нами разработан алгоритм для формирования трахеопищеводной фистулы амбулаторно.

Для этого под местной анестезией, в положении сидя, больному через рот в пищевод вводят гибкий фиброскоп до уровня трахеостомы. При помощи трансиллюминации определяют место будущей трахеопищеводной фистулы. Подвижный конец фиброскопа разворачивают в сторону передней стенки пищевода до контурирования его на задней стенке трахеи и формируют фистулу при помощи контактного хирургического лазера. Конец фиброскопа выводят в трахеопищеводное отверстие, а через канал фиброскопа выводят проводник. К адоральному концу проводника фиксируют трахеопищеводный шунт и устанавливают в сформированную фистулу.

Выводы:

Применение материала на основе политетрафторэтилена при реконструктивных операциях на гортани и трахеи с методикой установки и фиксации ксенотрансплантата повышает эффективность лечения на 15%.

Разработанный алгоритм формирования трахеопищеводной фистулы технически прост, позволяет производить установку трахеопищеводного клапана в амбулаторных условиях.

Роль среднего медперсонала в оказании экстренной помощи.

Рязанцев В.В.

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

«Роль среднего медперсонала в оказании экстренной помощи». В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее ФЗ-323) в ч.2 ст.11 «Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается» и в ч.3 ст.11 указано, что – «За нарушения предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи требований медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации». И п.1 ч.1 ст.79: «Медицинская организация обязана: оказывать гражданам медицинскую помощь в экстренной форме». Как указано выше – медицинские работники, то есть люди, работающие в медицинской организации. Это и врачи, и средний медицинский персонал, и другие сотрудники. То, что касается необходимого объема врачебного вмешательства, указано в порядках и стандартах оказания помощи, по той или иной специальности, утвержденных МЗ РФ. А вот, что касается среднего медперсонала, конкретных инструкций пока нет. В вышеуказанном ФЗ-323 в ч.1 ст. 32 прописано, что «Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями, и формами оказания помощи (ч.4 ст. 32) являются: 1) экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента; 2) неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; 3) плановая – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях,

не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью». А мы знаем из ч.1 ст.31 ФЗ-323 – «Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб». Исходя из этого, мы понимаем, что часть экстренной помощи может и должна выполняться не медицинскими работниками. Изучив Типовую инструкцию № 22 «по оказанию первой доврачебной помощи при несчастных случаях» (утв. Минтранс РФ 11.03.1993), которая предназначена для руководителей и специалистов дорожных организаций с целью использования ее при разработке инструкций по охране труда согласно статье 145 КЗоТ РФ с учетом специфики местных условий. В которой очень подробно описаны все те же экстренные состояния, необходимые реанимационные мероприятия при их возникновении. И очень подробно описано, за какими жизненными показателями должен следить «спасатель» для проведения успешной реанимации (контроль сознания, дыхания, кровообращения и т.п.). Проанализировав эти документы, мы приходим к выводу, что диагностировать экстренные и неотложные состояния, проводить реанимационные мероприятия, оценивать эффективность этих мероприятий должны уметь не медицинские работники, то средний медицинский персонал обязан уметь это делать не в меньшем объеме.

Блефароптоз как осложнение орбитотомии при опухолях орбиты.

Саакян С.В., Гусев Г.А.

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца», Москва

Цель: изучить факторы риска развития птоза при различных видах орбитотомий.

Задачи: анализ послеоперационных птозов при различных орбитотомиях.

Материалы и методы. В течение 2014-2016 гг. прооперировано 554 больных с опухолями орбиты. Доброкачественный процесс верифицирован у 293 больных, а злокачественный – у 261 пациента (47,1%). Средний возраст больных 57,5 лет, преобладали женщины. Поднадкостничная орбитотомия выполнена 149 больным. Транскутанная орбитотомия у 260 больных, трансконъюнктивальная орбитотомия выполнена у 145 пациентов. Все диагнозы верифицированы.

Результаты: анализ послеоперационных осложнений у больных показал, что риск развития птоза возрастает при локализации опухоли под верхней орбитальной стенкой. Это опухоли слезной железы, дермоидные кисты, реже геман-

гиомы, невриномы, неврилемомы. Как правило, при такой локализации выполняется поднадкостничная орбитотомия и основным осложнением при данном доступе является птоз верхнего века. Опущение верхнего века выявлено у 34 больных (22,8%), при этом стойкий птоз развивался в 5%, а транзиторный – в 17,8% случаев. Стойкий птоз наблюдали при удалении злокачественной опухоли с инфильтративным поражением леватора. Транзиторное опущение верхнего века наблюдалось при инкапсулированных доброкачественных опухолях и сохранении целостности волокон леватора. При транскутанной наднадкостничной орбитотомии чаще всего наблюдалось транзиторное ограничение подвижности глазного яблока, связанное с растяжением экстраокулярных мышц во время тракции и удаления опухоли. При локализации опухоли во внутреннем хирургическом пространстве проводилась трансконъюнктивальная орбитотомия. Наиболее частым осложнением явилось снижение зрения в связи с частичной или полной окклюзией глазной артерии (1,8%).
Заключение. Риск развития птоза верхнего века разный у больных с новообразованиями орбиты и зависит как от локализации процесса, так и от характера роста, особенно при наличии злокачественного новообразования с инфильтративным ростом, а также от техники выполнения оперативного вмешательства. Птоз верхнего века может развиться из-за тупой травмы при прилегании доброкачественного процесса к *m. levatoris palp. sup.* Это зависит от локализации процесса в непосредственной близости новообразования от леватора верхнего века. Более серьезная причина – инфильтративный характер роста опухоли и инфильтрация клетками опухоли леватора. Как правило, в этих случаях уже имеет место частичный птоз верхнего века, который значительно усиливается при оперативном удалении опухоли. Следует уделять особое внимание выбору вида орбитотомии, особенно при локализации опухоли в верхней половине орты, так как именно эта область является зоной прикрепления порций леватора верхнего века. Только поднадкостничная орбитотомия позволяет уменьшить риск травмы леватора и развития блефароптоза, а также сохранить высокое качество жизни больных.

Оптимизация разреза кожи при подвздошно-пахово-бедренной лимфоаденоэктомии, выполняемой по поводу метастазов меланомы.

Сарибекия Э.К., Глотов Е.С., Ермаков А.В.
Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр имени П.А. Герцена», Москва

Введение. Подвздошно-пахово-бедренную лимфаденоэктомию применяют при верифицированных метастазах меланомы или других опухолей кожи в паховые лимфатические узлы. При данной операции производят длинный вертикальный разрез кожи (около 25 см) по ставшей классической методике Дюкена, описанной в 1934 г. Разрез начинают от передне-верхней ости подвздошной кости вертикально вниз, пересекая середину пупартовой связки, до вершины скарповского треугольника

на бедре. Выполнение операции через вышеуказанный косой вертикальный разрез сопровождается значительным количеством ранних и поздних послеоперационных осложнений, возникающих у подавляющего большинства больных. По данным Chang SB, 2010, – у 77,4% пациентов имеются осложнения в виде нагноения, частичного расхождения швов за счет краевого некроза кожи, лимфатического отека нижней конечности. Среднее время полного заживления составляет 32-37 дней (Joost A.P. Leijte, 2007). Послеоперационная рана редко заживает первичным заживлением. Причины осложнений – протяженный разрез, проходящий перпендикулярно линии сгиба нижней конечности, что приводит к значительному натяжению тканей и затрудняет первичное заживление. Непосредственное прилегание разреза к паховой зоне влечёт повышенную контаминацию послеоперационной раны микробной флорой из прямой кишки и с гениталий. Вертикальный разрез приводит также к низкому косметическому эффекту.
Идея. В МНИОИ им. П.А. Герцена предложили осуществлять операцию через косой горизонтальный разрез в паховой области.

Цель. При ушивании кожи и подкожной клетчатки в поперечно-косом направлении не происходит натяжения кожи, так как у большинства людей есть резерв кожи над пупартовой связкой. Улучшение заживления кожи и эстетического вида рубца связано с совпадением линий разреза «силовым линиям» кожи. Рубец легко маскируется бельем.

Методика операции. Производят два полуовальных разреза выше и параллельно пупартовой связки, отсекают кожные лоскуты вверх до апоневроза наружной косой мышцы, вниз – до середины скарповского треугольника, мобилизуют единый блок клетчатки, содержащей поверхностные паховые, глубокие паховые, бедренные и подвздошные лимфатические узлы, скелетируя при этом место впадения большой подкожной вены в бедренную, удаляют единый блок тканей, содержащих метастатически изменённые лимфоузлы, производят сплошную пластику тканей.

Результаты. Операция выполнена у 3 мужчин, у которых имелись одиночные метастазы в паховые лимфоузлы. Все операции зажили первичным натяжением, без осложнений. Время полного заживления – 21 день. Дренажные трубки удалены на 6-7 дни.

Обсуждения. Изменение линии разреза при пахово-бедренной и подвздошно-пахово-бедренной лимфаденоэктомиях с общепринятого вертикального в косое горизонтальное направление, соответствующее силовым линиям, существенно улучшает все показатели заживления раны и эстетический вид послеоперационного рубца.

Современный подход к выполнению коррекции контура передней стенки грудной клетки при женском транссексуализме.

Сафронов В.В., Старцева О.И., Адамян Р.Т.
Кафедра пластической хирургии ФГБОУ ИПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва

Цель. Создать простую систему выбора оперативного вмешательства для коррекции контура передней стенки груд-

в возрасте 31-42 года с толщиной кожной складки в области 3-го ребра по среднеподмышечной линии 1,0-2,5 см. и параректальной области на уровне пупка 1,5-5,0 см. Операции выполнены с целью формирования рельефа мышц груди, спины и передней брюшной стенки и создания таким образом атлетичного вида. Интраоперационно производился липофиллинг ягодиц и молочных желез у женщин, области большой грудной и дельтовидных мышц у мужчин. Период наблюдения составил 6-8 месяцев после операции. Для оценки эстетического результата использовалось стандартное фотографирование, определение калипером толщины кожной складки (калиперометрия) в области 3-го ребра по среднеподмышечной линии и параректальной области на уровне пупка, 3D визуализация, ультразвуковая доплерометрия в зонах липофиллинга, анкетирование пациентов на разных сроках после операции.

Данный вид липосакции (ультразвуковая липосакция 3-го поколения) стало возможно предлагать пациентам атлетичного типа с невыраженными жировыми ловушками, но при наличии выраженного поверхностного жира, скрывающего рельеф мышц. Разработана методология и протоколы проведения липоскульптурирования у пациентов со средней степенью выраженности жировой клетчатки для создания более четкого и стабильного рельефа тела и мышц. Высокий уровень удовлетворенности пациентов результатами операций и данных объективных методов оценки результатов доказывают ряд преимуществ данного вида липосакции.

Обучение микрохирургии в Томске.

Сеянинов К.В., Байтингер В.Ф., Байтингер А.В., Курочкина О.С.

АНО «НИИ микрохирургии», Томск

Идея организации в Томске Обучающего класса для молодых врачей по микрохирургии возникла в конце 2014 г. в рамках сотрудничества Томской области и Японии. Переговоры Института микрохирургии с компанией «West Medica» (официальный дистрибьютор «Meiji Techno» в России) по этому вопросу активно велись с начала 2015 года. Первый в России Обучающий курс на японских микроскопах «Meiji Techno» прошел в Институте микрохирургии в ноябре 2015 и тогда было решено Обучающий класс на базе Института микрохирургии сделать постоянным. Для открытия класса компания «West Medica» предоставила четыре микроскопа «Meiji Techno» (Япония), два из которых оснащены системой видео трансляции и обработки данных, подключенных к ПК. Специалистами Института было разработано и издано обучающее руководство по микрохирургии – «Введение в микрохирургию». Занятия с курсантами проводятся на специальных моделях, имитирующих мелкие сосуды и нервы, а также на экспериментальных животных (на базе лаборатории биологических моделей Томского государственного университета). Помимо японских микроскопов, обучение проводится на высокоточном оптическом оборудовании фирмы «Carl Zeiss» (Германия) – операционные лупы, операционный микроскоп. Это первый в РФ симуляционный микрохирургический класс такого высокого уровня. В качестве преподавателей выступают практикующие специалисты

НИИ Микрохирургии (1 д-р. мед. наук, 2 канд. мед. наук). С 2011 г. на базе НИИ Микрохирургии прошли обучение 25 врачей хирургических специальностей из 16 городов России и Казахстана.

К вопросу классификации в пластической эстетической хирургии.

Сергиенко Е.Н., Сергиенко И.М.

ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница», Тверь

Здоровье и болезнь – различные, но взаимосвязанные формы жизнедеятельности организма в окружающей его среде – физической и социальной. Пластическая хирургия – это раздел хирургии, субстратом которого является внешний облик человеческого организма, который включает в себя два компонента: анатомический и социальный. Для постановки диагноза пластическим хирургам приходится пользоваться Международной классификацией болезней, которая построена в соответствии с нозологическими признаками (нозологика – учение о болезни, от слов *posos* – болезнь, *logos* – понятие, учение). Пластическая реконструктивная хирургия занимается лечением пороков развития, посттравматических и послеоперационных повреждений, которые представлены в МКБ 10 в полном объеме. Пластические эстетические операции проводят условно здоровым пациентам. В связи с тем, что эстетическая хирургия направлена на улучшение качества жизни пациента (не больного), применять МКБ 10 не представляется целесообразным. «Правильная классификация» должна включать анатомический и физиологический принципы, а также оценку причины происхождения этих изменений. Краткое и четкое определение изменений поверхностных тканей человека, по поводу которых необходимо проведение эстетического вмешательства, а также их систематизация необходимы для практической работы. Мы разработали классификацию изменений поверхностных тканей организма человека.

При изучении этих изменений в клинической работе мы выделяли следующие основные этапы:

- 1) методы исследования пациента (диагностика);
- 2) оценка полученных при помощи этих методов изменений поверхностных тканей организма (семиотика);
- 3) выяснение причины изменений: врожденная или приобретенная (этиология);
- 4) выяснение общего механизма развития изменений поверхностных тканей организма (онтогенез);
- 5) описание анатомических изменений;
- 6) выработка заключения о дальнейшей судьбе пациента (прогноз);
- 7) проведение хирургического вмешательства (операция);
- 8) составление выводов о мерах предупреждения повторного развития изменений поверхностных тканей организма (профилактика).

Необходимо иметь в виду крайнее разнообразие изменений поверхностных тканей у различных людей. Поэтому основным требованием в практической работе, в том числе при постановке диагноза, пластического эстетического хирурга является принцип индивидуализации. Диагноз дол-

жен быть сформулирован так, чтобы отвечать на основные вопросы клинической медицины: во-первых, характеризовать причину и происхождение изменений поверхностных тканей организма, т.е. этиологию и онтогенез; во-вторых, давать представление об анатомической основе изменений, т.е. об их локализации и их анатомическом субстрате; в-третьих, указывать на степень и характер изменений; в-четвертых, уточнять форму изменений поверхностных тканей в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

Применение МКБ 10 для постановки диагноза в пластической эстетической хирургии, может касаться лишь общих принципов, но не может являться догмой. Опыт использования разработанной нами классификации может быть использован при разработке федеральных стандартов.

Роль хирургической контурной пластики тела с эстетической целью у пациентов после значительной потери веса.

Сидоренков Д.А., Лобачев К.С., Кадырова Ф.З., Гладышева В.В.

Кафедра пластической хирургии ИПО ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

После значительной потери массы тела обычно сохраняется деформация контуров тела за счет нависания избытков мягких тканей, образования складок кожи или локальных жировых отложений, что создает эстетический дискомфорт и затрудняет социальную адаптацию пациента в обществе. В клиниках кафедры пластической хирургии ИПО ФГБОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова за период с 1998 год по настоящее время накоплен опыт хирургической коррекции с эстетической целью различных анатомических областей у 250 пациентов после значительной потери массы тела и удержании веса более 1 года.

Мы условно выделили несколько степеней потери массы тела: 1 степень – 10-20 кг, 2 степень – 20-30 кг, 3 степень – 30-40 кг, 4 степень – более 40 кг. Все пациенты потеряли вес по разным причинам: после диет и физических нагрузок, бариатрических операций, в том бандажирования желудка и использования интрагастрального баллона и сочетания данных методик.

Всего у 250 исследуемых пациентов выполнено 420 операций с целью эстетической контурной пластики. В том числе: липосакций различных локализаций – 210, абдоминопластик – 101, торсопластик – 7, брахиопластик – 21, бодилифтингов – 15, подтяжки бедер и голеней – 19, дерматолипэктомий различных анатомических областей – 23, круговая подтяжка мягких тканей лица – 18. Операции выполнялись одномоментно, поэтапно, сочетано и изолированно. Во всех наших наблюдениях получен хороший эстетический результат с небольшим количеством осложнений.

Таким образом, методики эстетической хирургической контурной пластики тела у пациентов после значительной потери массы тела являются оптимальным дополнением лечения ожирения, улучшая качество жизни и социальную адаптацию пациентов.

Ультразвуковая липосакция. 16-летний опыт.

Сидоренков Д.А., Лощ С.Г., Кадырова Ф.З.

Кафедра пластической хирургии ИПО ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

В клиниках кафедры пластической хирургии ИПО ФГБОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова за период с 2000 года по настоящее время накоплен опыт хирургической коррекции контуров тела с эстетической целью у 550 пациентов при помощи комбинированной ультразвуковой липосакции аппаратом SONOCO LIPO фирмы (SORING, Германия) различных анатомических областей. Несмотря на это, поиски оптимальной методики деструкции жировой ткани продолжаются до сих пор. Мы считаем, что чрезвычайно важно не только минимизировать возможные риски развития хирургических осложнений, но и обеспечить быструю реабилитацию и комфорт в раннем послеоперационном периоде. Большинство из распространенных современных хирургических методик липосакции эффективно разрушают жир, не являются высоко избирательными методиками и сопровождаются повреждением не только жировых клеток, но и кровеносных, лимфатических сосудов. В свою очередь, увеличение агрессивности при проведении неселективной липодеструкции неизбежно приводит к длительной реабилитации.

Большинство из использованных методов незначительно влияет на тонус кожи, лишая возможности простимулировать сокращение кожного лоскута и повысить тем самым результат выполненной операции. Разрушение адипоцитов ультразвуковой волной, посредством кавитации, приводит к образованию жировой эмульсии, без подкожных неровностей и стимулирует сократимость кожи в зоне операции. Во всех наших наблюдениях получен хороший эстетический результат с небольшим количеством осложнений. Применение комбинированной ультразвуковой липосакции высокоизбирательно позволяет не только минимизировать возможные риски развития хирургических осложнений, но и обеспечить сократимость кожи, быструю реабилитацию и комфорт в раннем послеоперационном периоде.

Эффективность применения мази Такропик для наружной терапии атопического дерматита в детском возрасте.

Силина Л.В., Колбина М.С., Письменная Е.В., Исаенко Т.П.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Для предупреждения обострений и увеличения длительности ремиссии у пациентов с частыми (более 4-х раз в год) обострениями заболевания в анамнезе применяется поддерживающая терапия препаратом Такропик. Эффективность мази значительно превосходит таковую топических глюкокортикостероидов слабой активности и другого представителя класса ингибиторов кальциневрина – крема пимекролимуса. В силу отсутствия атрофогенного действия, мазь

такролимуса является средством выбора при лечении поражений, локализующихся на чувствительных участках (лицо, шея, складки), что очень важно в педиатрической практике с учетом особенностей детской кожи.

Группу исследования составили 45 пациентов в возрасте от 5 до 12 лет с АТД. Группу сравнения – 27 пациентов с тем же диагнозом и аналогичными клиническими проявлениями. Обе группы были рандомизированы по полу, возрасту, степени тяжести кожного процесса и сопутствующей патологии. Родителями всех пациентов подписаны информированные согласия на участие в клиническом исследовании. Клинический мониторинг состояния больных, включающий определение индекса SCORAD, проводили до начала терапии (1-й визит), на 14-й день (2-й визит) и 21-й день лечения (3-й визит). Дополнительно оценивали субъективные симптомы (зуд кожи, ощущение сухости, болезненность кожи). Оценка общего состояния пациентов и эффективности используемой терапии проводилась при помощи детского дерматологического индекса качества жизни (ДДИКЖ). В группе исследования назначали Такропик в виде 0,03% мази в соответствии с инструкцией по применению 2 раза в сутки и наносили тонким слоем на пораженную кожу с осторожным втиранием до полного впитывания. Пациенты группы сравнения продолжали прием топических глюкокортикостероидов и индифферентных мазей. В группе исследования при оценке SCORAD до лечения в 15,6% случаев диагностирована легкая, в 76,8% – среднетяжелая и в 7,6% – тяжелая степень выраженности поражения кожи. В группе сравнения по индексу SCORAD в 12,4% случаев установлена легкая, в 80,6% – среднетяжелая и в 7% – тяжелая степень выраженности поражения кожи. Индекс SCORAD до лечения в обеих группах максимально составил 105 баллов. Во время 2-го визита (14-й день от начала лечения) больные группы наблюдения отмечали выраженное уменьшение зуда, восстановление сна – у 97% пациентов, наблюдалось снижение гиперемии, отека и инфильтрации кожи в очагах поражения. После лечения (21-й день) в группе исследования у 100% пациентов (45 детей) отмечалась легкая степень выраженности поражения кожи (индекс SCORAD – от 26 до 5,4 балла). Улучшение индекса SCORAD относительно исходного уровня у детей 5–7 лет составило 68,6%, у детей 8–12 лет – 60,2%. Сон восстановился у всех больных, зуд сохранился только у 2 человек, и его выраженность стала незначительной. Побочных эффектов терапии зарегистрировано не было. Пациенты группы сравнения значительных изменений в клинической картине не отмечали (индекс SCORAD – от 55 до 88 баллов). На 21-е сутки исследования у пациентов группы исследования отмечено достоверное ($p < 0,001$) уменьшение среднего значения индекса SCORAD (с 102,8 до 25,7 баллов). Эти изменения происходили за счет снижения степени выраженности эритемы и уменьшения зуда, сокращения площади очагов поражения. У пациентов группы сравнения снижение среднего значения индекса SCORAD не было столь значимым (с 102,6 до 72 баллов). Регрессирование симптоматики подтверждалось положительной динамикой детского дерматологического индекса. К концу курса терапии в группе больных, получавших Такропик, ДДИКЖ уменьшился на 62,21% ($p < 0,001$) в сравнении с его значениями до начала лечения, тогда как на фоне стандартного лечения его снижение внутри группы сравнения составило только 27,4% ($p < 0,001$). В группе исследования к концу терапии у всех паци-

ентов (большинство из которых имели среднетяжелое течение кожного процесса) оставались незначительные кожные проявления, соответствующие легкой степени АТД без выраженных субъективных ощущений.

Таким образом, мазь Такропик является альтернативой топическим стероидам, обладает достоверной высокой клинической эффективностью, не вызывает выраженных побочных эффектов, свойственных глюкокортикостероидам. Полученные результаты свидетельствуют о том, что мазь Такропик является эффективным средством лечения АТД в детском возрасте.

К вопросу выбора эффективного препарата наружной терапии для лечения пациентов с атопическим дерматитом.

Силина Л.В., Колбина М.С., Харахордина Ю.Е.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Клинические проявления атопического дерматита с локализацией в области лица значительно снижают качество жизни пациентов как своим наличием, так и проблемами, вызванными их наличием. Выбор препаратов для лечения дерматозов в области открытых участков тела весьма ограничен по возможности их использования и срокам применения. Вполне понятно, что практикующим врачам-дерматовенерологам было бы весьма неплохо иметь в своем арсенале для повседневной работы средство для наружного лечения, которое успешно бы решило указанные проблемы пациентов с атопическим дерматитом с локализацией эфлоресценций в области лица. Этим требованиям полностью отвечает крем Комфодерм К 0,1%. Комфодерм К – препарат с противовоспалительным и кератолитическим действием, комбинированного состава, содержащий метилпреднизолон ацепонат 0,1г (МПА) и керамиды. Терапевтическая активность МПА обусловлена противовоспалительным, противоаллергическим и антиэкссудативным (благодаря вазоконстрикторному эффекту) действием. Керамиды, введенные в состав крема Комфодерм К 0,1%, оказывают весьма позитивный эффект. Вообще керамиды – это природные липиды, которые с другими жирами предотвращают потерю воды через эпидермис. Кожа, как барьерная система, тормозит транспорт влаги через собственный внеклеточный матрикс, который имеет в своей композиции керамиды, холестерин и свободные жирные кислоты (особенно высоко их содержание в роговом слое). При атопическом дерматите кожа больных отличается сухостью, нуждается в повседневном уходе и увлажнении. Поэтому использование крема Комфодерм К 0,1% весьма оправдано – средство, помимо непосредственного действия МПА, пополняет керамиды, утраченные в результате нарушения липидного барьера кожи, восстанавливают ее гидролипидную мантию, путем их «встраивания» в клеточную мембрану эпидермиса. Целью исследования являлась оценка клинической эффективности применения крема Комфодерм К 0,1% в лечении больных с атопическим дерматитом фациальной локализации высыпаний. Для решения поставленной задачи нами было проведено обследование 50 пациентов с указанной патологией, которые применяли препарат наружно один раз в сутки тонким слоем на поражен-

ную область в течение четырех недель. Нами отмечено, что клиническое излечение наступило у 45 (90%) пациентов, у остальных 5 (10%) наступило значительное улучшение. Переносимость крема была хорошей, побочных действий не было выявлено. Следовательно, проведенное нами исследование продемонстрировало высокую клиническую эффективность препарата Комфодерм К 0,1%. Полученные данные позволяют активно и безопасно применять крем пациентам и с другими заболеваниями кожи, сопровождающимися аналогичной клинической симптоматикой.

Ценность дерматоскопии в диагностике новообразований.

**Силина Л.В., Хвостовой В.В., Киселев И.Л.,
Зозуля А.Ю.**

*Курский государственный медицинский
университет, Курск*

Дерматоскопия – современная неинвазивная диагностическая процедура, которая применяется в оценке кожных новообразований. Широкое внедрение дерматоскопии в практику врачей позволяет дополнить клиническую картину заболевания, увеличивает эффективность диагностики, позволяет осуществлять динамическое наблюдение. Вышеизложенное обосновывает актуальность более активного применения дерматоскопии при диагностике предопухолевых и опухолевых заболеваний кожи.

Цель работы заключалась в определении диагностической ценности дерматоскопической методики BLINCK. Под наблюдением находилось 40 пациентов с образованиями кожи, обратившиеся в поликлинику Курского областного клинического онкологического диспансера в 2016 году. Среди них женщин – 22 (55%), мужчин – 18 (45%), жители г. Курска – 21 (52,5%), Курской области – 19 (47,5%). Средний возраст пациентов, обратившихся на прием, составил 69 лет. Дерматоскопическое исследование проводилось с помощью дерматоскопа HEINE mini 3000 (Германия), фотодокументирование осуществлялось фотоаппаратом Panasonic DMC-FS14 (Китай). Оценку образований кожи проводили согласно методу BLINCK, предложенному австралийскими врачами P. Bourgne, C. Rosendahl, J. Keir, A. Cameron. Методика подходит для оценки как меланоцитарных, так и немеланоцитарных образований. Аббревиатура BLINCK включает в себя как клинические, так и дерматоскопические особенности случая. Так, используя данную методику, следует ответить на ряд вопросов: известно ли доброкачественно образование по данным клинического и дерматоскопического исследования; является ли исследуемое новообразование клинически и дерматоскопически единственным в своем роде изменением в данной части тела; является ли образование неоднородным и ассиметричным; обеспокоен ли пациент этим образованием и замечал ли изменения в нем; имеется ли при дерматоскопии хотя бы один из известных признаков злокачественности (например, атипичный сосудистый рисунок при немеланоцитарном образовании или же атипичная сетка и участки синего цвета с неравномерным распределением в случае меланоцитарного образования). Каждый вопрос оценивается в бальной системе. В случае ответа «да» за любой из этих вопросов начисляется 1

балл. Если набрано 0 или 1 балл, данное кожное изменение не требует проведения биопсии. Если в сумме набирается 2 балла и более (максимально 4 балла) – показана биопсия образования кожи. В ходе исследования дерматоскопической картины и клинического статуса больных, нам встречались следующие новообразования: базалиома, меланома, гемангиома, папиллома, себорейный кератоз и его варианты. Диагнозы на момент обследования были сопоставлены с заключительными клиническими диагнозами – получены следующие результаты работы: истинно положительный результат – в 32 случаях; ложно положительный – в 6 случаях; ложно отрицательный – в 1 случае; истинно отрицательный – в 5 случаях. Учитывая вышеизложенное, следует сделать вывод, что методика «BLINCK» обладает чувствительностью 97% и специфичностью 45,5%. Средний показатель специфичности на практике привел к увеличению количества биопсий доброкачественных образований – 13,6%, но высокий показатель чувствительности позволил выявить узловую пигментную меланому веретеноклеточного строения (2,3%), которая не была распознана как меланома по данным первичного осмотра.

Таким образом, методика BLINCK может применяться онкологами и дерматологами в клинической практике. Эпилюминесцентное исследование дополняет клинический осмотр и анализ дерматоскопической картины обязателен в большинстве случаев.

Хирургическая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки с использованием пластин из никелида титана.

Слизовский Г.В., Козырев А.А., Кужеливский И.И.
*Сибирский государственный медицинский
университет, Больница скорой медицинской
помощи №2, Томск*

Введение. Деформации грудной клетки встречаются, по данным различных авторов, у 2-7% населения. Из них воронкообразная является наиболее часто встречаемой и составляет более 80%. Большинство таких деформаций сопровождаются нарушениями деятельности дыхания и гемодинамики, что определяет не только эстетический дефект, но и функциональный. Для хирургической коррекции данной деформации предложено более 50 вариантов оперативного лечения. На сегодняшний день наиболее эффективный метод оперативного лечения – торакопластика по Нассу. Разработано множество модификаций, позволяющих получить наиболее лучший эстетический и функциональный результат. Однако многие авторы крайне вариабельны к применению того или иного метода. Цель и задачи. Определить оптимальную методику при хирургической коррекции ВДГК.

Задачей исследования является создание устройства, позволяющего минимизировать интраоперационные и послеоперационные риски при данном виде вмешательства.

Материалы и методы. В ГБОУ ВПО СибГМУ на базе БСМП № 2 г. Томска с 2010 по 2015 г. находилось 20 больных с воронкообразной деформацией грудной клеткой. Всем больным выполнена коррекция деформации грудной клетки с использованием гладких пластин из никелида титана, из-

готовленные индивидуально для каждого пациента (ширина пластин 15 мм, толщина 1,8 мм, длина варьировала от 240 до 360 мм). Пластины разработаны на базе НИИ медицинских материалов ТГУ. Пациенты после операции переводились в реанимацию на управляемом дыхании, через 6-8 часов переводились на самостоятельное. Проводился аппаратный мониторинг АД, ЧСС, ЭКГ, исследование капиллярной крови на уровне гемоглобина, гематокрита, парциального давления кислорода и углекислого газа, показателей кислотно-щелочного и электролитного состояния. Выполнялось УЗИ и R-графия ОГК с целью исключения наличия жидкости и воздуха в плевральной полости. На 3 сутки больные переводились в палату, где им разрешалось сидеть. На 4 и 5 сутки больным разрешалось вставать и ходить по палате, а также дыхательная гимнастика и ношение специального корсета. При отсутствии патологических клинических, лабораторных и инструментальных обследований все пациенты выписывались на 10-12 сутки. Через 6 мес. проводили контрольную R-графию ОГК и УЗИ плевральных полостей.

Результаты. В 16 случаях(80%) достигнуто полное устранение деформации у пациентов. В 4 случаях(20%) возникли явления пневмоторакса.

Выводы. Используя пластины из никелида титана снижен риск интра- и послеоперационных осложнений как повреждение внутренних органов и тканей(перикарда, сердца, плевры), а также позволяет повысить эстетический результат операции.

Порядок предоставления платных медицинских услуг.

Снахова М.Р.

Информационный портал о правах медицинской клиники при спорах с пациентами MEDIKPRAV.RU, Москва

В настоящее время наблюдается тенденция злоупотребления своими правами гражданами в отношении частных медицинских клиник. В связи с наличием в Федеральном законе «О защите прав потребителей» жестких санкций, потребитель заведомо недобросовестно осуществляет свои права в целях материального обогащения. К сожалению, как показывает практика, отсутствие юридической грамотности в заполнении медицинской документации и соблюдении установленного законом порядка оказания медицинских услуг у руководителей негосударственных медицинских учреждений помогает потребителю в достижении его цели. На практике после обращения потребителя в Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека руководство медицинских организаций удовлетворяет зачастую необоснованные требования потребителей, стараясь избежать внеплановых проверок либо больших штрафов. Между тем, в целях своей защиты как от необоснованных требований потребителя, так и от наложения штрафов, необходимо юридически правильно оформить медицинскую документацию, грамотно составить договор с пациентом с учетом требований законодательства. В связи с изложенным, основной целью данной лекции является предоставление информации о требованиях действующего законодательства к порядку оказания платных

медицинских услуг, содержания договора, добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство и порядке оформления некоторой медицинской документации. Задачей данного выступления является – разъяснить представителям медицинских клиник как юридически грамотно оформить медицинскую документацию в целях своей защиты от материальных взысканий.

Реконструкция молочной железы diep лоскутом. Собственный опыт за 10 лет.

Соболевский В.А., Ивашков В.Ю.

ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Москва

В связи с развитием новых технологий, в современной практике изменились принципы хирургического лечения рака молочной железы – от радикальных мастэктомий до органосохранных вмешательств. Тем не менее радикальная мастэктомия продолжает оставаться основным видом операции, что является серьезной физической и психоэмоциональной травмой для женщины. Единственным возможным решением данной проблемы является хирургическое восстановление контуров молочной железы. В отделении реконструктивной и пластической онкохирургии РОНЦ им. Н.Н. Блохина выполнено 1097 реконструктивных операций за 10 лет.

Из них:

- DIEP – 93
- TRAM – 217
- TDF+имплант – 364
- Онкопластические резекции (в том числе с использованием ТДЛ) – 182
- Экспандер-Имплант-231

На наш взгляд, использование аутологичных тканей является оптимальным методом реконструкции молочной железы. Наиболее современный и оптимальный вариант из аутологичных материалов – DIEP лоскут. Основная отличительная черта – сохранение обеих прямых мышц живота, что значительно снижает вероятность послеоперационных грыж, а также сокращает срок послеоперационной реабилитации. В отличие от перемещенного TRAM лоскута удается сохранить субмаммарную складку, консистенция DIEP значительно лучше в связи с отсутствием в составе лоскута прямой мышцы. Также неоспоримым преимуществом является одномоментное выполнение эстетической подтяжки живота. Необходимым условием является наличие операционного микроскопа для наложения микрохирургических анастомозов. Всем пациентам перед операцией выполнялась разметка перфорантных сосудов живота с помощью УЗИ. В некоторых случаях, когда на предоперационном этапе возникали сложности с разметкой доминантного перфоранта с помощью УЗИ, мы использовали технологию флуоресцентной ангиографии с индоцианином зеленым. Данный метод позволяет легко и достоверно определить тип перфорантных сосудов в передней брюшной стенке, выявить доминантный перфорант, а также определить примерную территорию кровоснабжения каждым из перфорантных сосудов. В качестве реципиентных сосудов мы использовали a. et v. thoracica interna в 90% случаев, в 10% случаях мы использовали торакодорсальный сосудистый пучок. В случаях, когда DIEP лоскут содержал в

себе наружную эпигастральную вену, подходящего для наложения анастомозов диаметра, выполнялось наложение двух венозных анастомозов для профилактики тромбоза в послеоперационном периоде. Выполнение реконструкции молочной железы DIEP лоскутом возможно как при одномоментных реконструкциях, так и при отсроченных.

Показания к одномоментным операциям:

- Начальные стадии рака молочной железы.
- Не планируется лучевое лечение в послеоперационном периоде.
- Отсутствие сопутствующих заболеваний, препятствующих проведению длительных операций.

Показания к отсроченным операциям:

- Местно-распространенные формы рака молочной железы и планируемая лучевая терапия. Противопоказания:
- Наличие отдаленных метастазов.
- Тяжелые сопутствующие заболевания не позволяющие проводить длительную по времени операцию.

Результат. Контрольные осмотры пациенток после реконструкции молочной железы проводились спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев. Оценивались следующие показатели:

- Послеоперационные осложнения (частичный/тотальный некроз лоскута, расхождение швов и пр.)
- Симметрия молочных желез.
- Консистенция реконструированной железы в сравнении со здоровой стороной.
- Вид пациентки в белье и без.
- Удовлетворенность пациентки результатом операции.
- Социальная реабилитация.

Мы получили следующие результаты. Частота тотальных некрозов составила 0%, частичные некрозы (до 20% от всего объема лоскута) отмечены в 8% случаев. Удовлетворенность пациента операцией оценивалась по шкале BREAST-Q. Сумма баллов 93 прооперированных пациенток составила от 73 до 87 баллов (80 баллов среднее значение).

Выводы. Реконструкция является важным и необходимым этапом в комплексном лечении больных раком молочной железы. Выбор метода реконструкции молочной железы производится строго индивидуально в зависимости от стадии заболевания, конституциональных особенностей пациентки, предшествовавшей терапии. Оптимальным методом реконструкции считаем использование DIEP-лоскута. Использование перемещенного TRAM-лоскута оправдано после лучевой терапии.

Коррекция возрастассоциированных изменений лица с применением различных модификаций мезонитей lead fine lift.

Старкова Е.Ю.

Клиника «Бьюти Эксперт», Москва

Возрастные изменения лица являются проявлением естественного механизма старения и частью общих биологических изменений в организме; они проявляются как процессы инволюции дермы и подкожных мягкотканых структур. Возрастные изменения в значительной степени вызваны снижением синтеза коллагеновых структур и межклеточного матрикса в

мягких тканях, а также воздействием силы гравитации. Все больше и больше пациентов ищут минимально инвазивные методы коррекции различных возрастных изменений в области лица. Метод нитевой имплантации является минимально инвазивным лечением в anti-age программах. Различные виды PDO нитей и различные методики тредлифтинга становятся все более популярными в эстетической медицине.

Задача. Основным показанием для нитевой имплантации являются начальные изменения, вызванные гравитационным птозом мягких тканей лица, а также вялость кожи и нарушения макро- и микрорельефа кожи. В течение 24-месячного периода проводилось исследование с целью дифференцировать подходы к выбору модификаций нитей и отбору пациентов, соотносить прогнозы с полученным результатом. В исследование были включены 35 пациентов, в возрасте 40-45 лет, имеющие возрастные изменения лица различной интенсивности. В ходе проведенного исследования использовались различные виды мезонитей – как линейные, так и с разнонаправленными насечками. Дифференцированный подход в эстетической коррекции, в зависимости от морфотипа лица и преобладания конкретных проблем, продемонстрировал высокую эффективность примененной методики в программе омоложения лица.

Результаты исследования были оценены в соответствии со шкалой, которая была разделена на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно». У большинства пациентов (91%), полученные результаты были сочтены «удовлетворительными», «хорошими» и «отличными». Неудовлетворительные эстетические результаты наблюдались у 9% участников исследования и корректировались дополнительной имплантацией нитей. Данная методика проводится быстро и не требует общей анестезии или длительного времени реабилитации. Современная медицина и косметология борются с возрастными изменениями кожи, начальными явлениями гравитационного птоза. Такие процедуры, как минимально инвазивная коррекция с использованием PDO нитей, безусловно, демонстрируют высокую клиническую и эстетическую эффективность в программах омоложения лица, армирования и укрепления мягких тканей.

Сравнительный анализ частоты ранних инфекционных раневых осложнений радикальной мастэктомии и органосохраняющих операций у больных раком молочной железы.

**Старкова М.В., Грушина Т.И.,
Зикирходжаев А.Д., Усов Ф.Н.**

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, Москва, ГАУЗМ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» ДЗМ, г. Москва, Москва

Ключевые слова: рак молочной железы, ранние инфекционные осложнения, инфекция области хирургического вмеша-

размерам, максимально близкую к контрлатеральной. Среди недостатков использования лоскутов передней брюшной стенки следует выделить непосредственно техническую сложность забора лоскута, а также осложнения, связанные с потерей аутоотрансплатата и дефектом донорской области, который проявляется в виде слабости, пролапса передней стенки живота и формированием истинных грыж. Дополнительным фактором является наличие большого количества противопоказаний для выполнения данных операций, таких как курение, сахарный диабет и выраженный атеросклероз сосудов.

Материалы и методы: для оценки аутопластического материала в аспекте реконструкции, нами был проведен ретроспективный анализ для сравнения количества послеоперационных осложнений у 102 пациентов, перенесших отсроченную реконструкцию молочной железы на базе отделения пластической и реконструктивной хирургии ПМГМУ им. Сеченова и отделения пластической хирургии РНЦХ РАМН им. Петровского в период с января 2000 по июнь 2016 года. Среди них у 64 пациентов проводилась реконструкция реваскуляризуемыми лоскутами передней брюшной стенки, у 38 – с использованием импланта/экспандера.

Результаты: оценка количества малых осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде не выявила значительную разницу в общей частоте послеоперационных осложнений при анализе того или иного метода реконструкции. При этом, оценивая большие осложнения, значительную роль играет комплексная оценка донорской и реципиентной областей и дальнейший выбор метода реконструкции, ошибочность которого определяла фатальность исхода реконструктивной операции.

Выводы: выбор метода отсроченной реконструкции у пациентов с постмастэктомическим синдромом подразумевает комплексную оценку состояние организма, донорской и реципиентной областей, анамнеза и желания пациента. Грамотный анализ и оценка показаний для того или иного метода реконструкции позволяет добиться удовлетворительного эстетического результата и резко снизить частоту больших осложнений, таких как необходимость удаления эндопротеза и потеря аутоотрансплатата.

Реконструкция молочных желез с использованием лоскутов передней брюшной стенки: эволюция от TRAM – к SIEA-лоскуту.

Старцева О.И., Мельников Д.В., Иванов С.И., Даштоян Г.Э.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Введение: реконструкция молочных желез собственными тканями передней брюшной стенки представляется на сегодняшний день крайне актуальной среди пациентов, перенесших онкологическое заболевание молочной железы. Возможность воссоздать утраченный объем мягких тканей за одну операцию, исключая при этом комплекс осложнений, связанных с использованием искусственных материалов, а также обеспечить реципиентную зону большим количеством пластического материала позволяет позиционировать

данный метод, на наш взгляд, как метод выбора. Тем не менее эта группа операций также имеет определенные недостатки и риски, прежде всего связанные с потерей аутоотрансплатата и дефектами донорской области в виде слабости, пролапса передней брюшной стенки и формированием истинных и ложных грыж. Именно частота послеоперационных осложнений позволяет судить о безопасности применения конкретной методики и диктует необходимость использовать наиболее щадящие подходы в хирургической коррекции. Снижение травматизации передней брюшной стенки при заборе аутоотрансплатата является одним из актуальных направлений научно-практических разработок в реконструктивной хирургии молочной железы по всему миру.

Материалы и методы: ретроспективно нами был проведен анализ 64 операций по реконструкции молочной железы с использованием лоскутов передней брюшной стенки на базе отделения пластической и реконструктивной хирургии ПМГМУ им. Сеченова и отделения пластической хирургии РНЦХ РАМН им. Петровского в период с января 2000 по июнь 2016 года. В совокупности, проблемы в области донорской зоны нами были диагностированы у 12 человек (7,5%). В проведенном нами исследовании мы проанализировали изменение нашей концепции в выборе аутопластического материала при отсроченных реконструкциях молочной железы с позиции агрессии в донорской области, а также ранних и отдаленных послеоперационных осложнений, прежде всего в виде слабости и образования послеоперационных грыж передней брюшной стенки.

Результаты: нами выявлена прямая корреляция между типом выбранного реконструктивного вмешательства и потенциальными проблемами в донорской области. Так в структуре осложнений 7 человек (10,94%) обратились с жалобами на слабость передней брюшной стенки в сроки от 6 месяцев после операции, этим пациентам была выполнена отсроченная реконструкция TRAM-лоскутом. Среди 7 человек у 2 пациентов мы отметили тотальную слабость передней брюшной стенки после реконструкции TRAM-лоскутом на 2-х ножках. У 5 человек (7,8%) нами была диагностирована локальная слабость передней брюшной стенки после забора DIEP-лоскута. Стоит отметить, что подавляющее количество пациентов с данным осложнением имели повышенный индекс массы тела, что, на наш взгляд, является дополнительным фактором риска развития данного осложнения. На основании полученных данных нами сформирована концепция выбора аутоотрансплатата для отсроченной реконструкции молочной железы с позиции минимальной травмы передней брюшной стенки. При выборе метода восстановления молочной железы с применением пластического материала передней брюшной стенки, необходимо минимизировать не только травму прямых мышц живота, но и моторных нервов. Сохранение последних является ключевым моментом при заборе DIEP-лоскута.

Наименее травматичным, а значит, более безопасным является использование лоскута передней брюшной стенки на питающей ножке поверхностной нижней эпигастральной артерии SIEA, так как исключает необходимость доступа к мышечно-апоневротическому каркасу передней брюшной стенки и, как следствие, развитие взаимосвязанного с данной областью комплекса осложнений.

Выводы: реконструкция молочных желез лоскутами передней брюшной стенки является методом выбора при необходимости восполнения значительных объемов мягких тканей. В свою очередь, развитие слабости передней брюшной стенки в послеоперационном периоде является достаточно частым осложнением и резко влияет на качество жизни и оценку проведенного лечения как со стороны пациентов, так и со стороны оперирующих хирургов. Профилактикой развития данного осложнения нами представляется использование SIEA-лоскута, исключающего травматизацию мышц передней брюшной стенки.

Исследование концентрации факторов роста в различных препаратах аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, применяемых в пластической хирургии.

Старцева О.И., Мельников Д.В., Кириллова К.А., Захаренко А.С., Истранов А.Л., Пищикова Е.Д.
Кафедра пластической хирургии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Введение. Новейшая разработка современной клинической медицины – применение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами (АОТ) (Platelet-Rich Plasma-PRP), секретирующей множество факторов роста, цито- и хемокинов. АОТ – это биологический продукт, получаемый из аутологичной крови человека и содержащий высокое число тромбоцитов. Регенеративный потенциал АОТ зависит от уровня факторов роста, высвобождающихся из альфа гранул тромбоцитов. Из 30 изученных факторов роста, выделяют несколько основных, содержащихся в АОТ: тромбоцитарный фактор роста-PDGF – aa, PDGF – bb, фактор роста эндотелия сосудов-VEGF, фактор роста фибробластов-FGF. Последняя международная классификация все препараты АОТ делит на 4 категории: 1) чистая аутоплазма, обогащенная тромбоцитами крови (ЧАОТ) P-PRP–Pure Platelet Rich Plasma; 2) аутоплазма, обогащенная тромбоцитами и лейкоцитами крови (АОТЛ) L-PRP–Leucocyte and Platelet Rich Plasma; 3) чистый обогащенный тромбоцитами фибрин; 4) обогащенный лейкоцитами и тромбоцитами фибрин. ЧАОТ или АОТЛ предпочтительнее использовать? На этот вопрос трудно дать однозначный ответ, требуется его дальнейшее изучение и расширение доказательной базы.

Цель нашего исследования: точное количественное и качественное определение тромбоцитов и факторов роста в цельной крови в ЧАОТ и АОТЛ до и после активации.

Материалы и методы. Материалом для получения ЧАОТ и АОТЛ послужила кровь 32 доноров-добровольцев. У доноров забирали по две пробирки крови. Затем пробирки с биологическим материалом подвергались двукратному центрифугированию и были разделены на 4 группы. Образцы с ЧАОТ: 1А – активировались 10% раствором CaCl₂, а 2А – активации не подвергались. Образцы с АОТЛ были разделены по аналогии: 2Б – активированные раствором CaCl₂, а 2Б – не активированные. Концентрацию факторов роста определяли с помощью технологии xMAP Lumiplex (Gen-Probe) на основе проточной цитометрии. Данные концентрации тромбоцитов и факторов роста

в крови, ЧАОТ и АОТЛ были статистически проанализированы с использованием программ Statistica8.0 и SigmaStat3.5. Результаты: концентрация тромбоцитов во всех исследованных группах статистически различается при уровне значимости $p < 0,05$. В АОТЛ 1900(1418÷2875) количество тромбоцитов – в 1,7 раза больше, чем в ЧАОТ 1138(690÷1422), что является статистически значимым различием $p < 0,05$. По результатам концентрации bFGF, отсутствуют значимые статистические различия между неактивированными ЧАОТ и АОТЛ $p > 0,05$. Концентрация bFGF в активированной АОТЛ 88,8(39,4÷109,5) в 1,6 раз выше, чем в активированной ЧАОТ 57,2(36,1÷77,3), что является статистически значимым различием $p < 0,05$. Концентрация PDGF-AA в неактивированной АОТЛ 1089,9(973,1÷1444,1) в 1,8 раз выше, чем в неактивированной ЧАОТ 614,7(453,6÷885,8) $p < 0,05$. Концентрация PDGF-AA в активированной АОТЛ 1134,3(914,9÷1305,6) в 1,5 раз выше, чем в активированной ЧАОТ 742,5(575,6÷1008,8). Это также статистически значимое различие $p < 0,05$. Выявленная концентрация PDGF-BB в неактивированной АОТЛ 3493,2(2594,3÷5086,9) в 2,9 раз выше, чем в неактивированной ЧАОТ 1651,7(1168,2÷2785,2) $p < 0,05$. Концентрация PDGF-BB в активированной АОТЛ 4029,1(2814,1÷4393,1) в 1,8 раз выше, чем в активированной ЧАОТ 2262,1(1250,0÷3539,6), что также является статистически значимым различием $p < 0,05$. Итоговые данные концентрации VEGF в неактивированной АОТЛ 18,0(9,3÷46,7) в 1,9 раз выше, чем в неактивированной ЧАОТ 9,3(6,5÷16,5) $p > 0,05$. Показатели концентрации VEGF в активированной АОТЛ 17,9(11,2÷31,4) в 1,5 раз выше, чем в активированной ЧАОТ 11,8(7,3÷23,5), но эти данные также не являются статистически значимыми, т.к. $p > 0,05$.

Выводы: препараты АОТЛ в значительной степени превосходят препараты ЧАОТ, т.к. 1) концентрация тромбоцитов в них значительно выше, следовательно, и концентрация факторов роста выше; 2) концентрация факторов роста FGF basic, PDGF-AA и PDGF-BB статистически достоверно выше в препаратах АОТЛ, чем в препаратах ЧАОТ; 3) прослеживается тенденция к увеличению фактора роста VEGF, но данные статистически не достоверны. Преимущество препаратов АОТЛ не только в высокой концентрации тромбоцитов и факторов роста, но и в наличии лейкоцитов, имеющих большое влияние на процессы регенерации и репарации тканей (они усиливают противомикробный и ангиогенный эффект путем прямого или опосредованного действия через цитокины, синтезируемые лейкоцитами). С учетом таких свойств АОТЛ можно предположить, что при выборе инвазивных методик именно данный тип препарата будет пользоваться большим спросом.

Современное состояние проблемы введения безоболочечных имплантатов с целью увеличения молочных желез.

Старцева О.И., Мельников Д.В., Пищикова Е.Д.
Кафедра пластической хирургии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Введение. На протяжении последнего столетия аугментационная маммопластика является одной из самых рас-

пространственных операций в пластической эстетической хирургии. До изобретения современных имплантатов, для увеличения молочных желез использовались всевозможные материалы природного и искусственного происхождения. В начале XX столетия особую популярность приобрело использование минеральных масел (вазелина и парафина) для инъекционной контурной пластики, в связи с экономической выгодой, простотой применения и удовлетворительными ранними результатами операции. Эти препараты стали широко применяться и для увеличения объема в области молочных желез, ознаменовав начало целой «эры» в истории аугментационной маммопластики. Однако вскоре радость успеха сменилась многочисленными сообщениями о драматических осложнениях, вызванных таким методом маммопластики, в виде изъязвления и некроза кожи, инфекции, миграции препарата, лимфаденопатии, возникновения олеогранулем и даже летального исхода вследствие легочной эмболии и эмболии сосудов головного мозга. Поиск идеального филлера продолжался, в связи с чем на смену парафину в середине прошлого столетия пришел жидкий силикон, а еще позднее – полиакриламидный гель (ПААГ). Несмотря на то, что препараты имеют принципиальные различия, осложнения после использования подобных наполнителей (миграция, воспаление, изъязвление, изменение цвета кожных покровов, образование гранулем, инфекция и др.) схожи и нередко приводят к необходимости радикального удаления пораженных тканей вплоть до мастэктомии. На сегодняшний день в профессиональном сообществе использование безоболочечных имплантатов признано «порочными» методиками. Но тем не менее введение ПААГ, жидкого силикона и даже вазелина продолжает фиксироваться в течение последних пяти лет, что делает эту проблему особенно актуальной.

Цель работы: анализ проблемы введения безоболочечных имплантатов для увеличения объема молочных желез, включающей негативные последствия и осложнения, как и методы их хирургического лечения на основании собственного опыта.

Материалы и методы. В период с 2006 по 2016 г. в нашей клинике наблюдались 48 пациенток после аугментационной маммопластики безоболочечными имплантатами, выполненной в других клиниках. 8 пациенткам с целью аугментации молочных желез был введен вазелин. 40 пациенток обратились с осложнениями после интрамаммарного введения ПААГ. У пациенток отмечались следующие клинические проявления: острый мастит на фоне введенных ранее препаратов – 8 человек (2 – с осложнениями после введения вазелина, 6 – после введения ПААГ); «холодная фаза» воспалительного процесса – 32 человека (6 – после введения вазелина, 26 – после введения ПААГ); необходимость повторного хирургического вмешательства – 10 человек (все после введения ПААГ). Были прооперированы 24 пациентки. Хирургическая тактика относительно пациенток, которым ранее в молочные железы был введен ПААГ (18 пациенток), заключалась в его удалении с иссечением гелеом и интраоперационным промыванием образовавшихся полостей, последующем дренировании ретромаммарного пространства с решением вопроса о восстановлении утраченных объемов с помощью эндопротезирования и/или аутоотрансплантации жировой ткани. У пациенток, которым с целью аугментации

молочных желез был введен вазелин (6 пациенток) – в большинстве случаев наблюдалось тотальное поражение тканей молочных желез и кожи, в связи с чем 5 пациенткам потребовалось выполнение мастэктомии с последующей реконструкцией молочных желез.

Результаты. В группе пациенток после интрамаммарного введения ПААГ удовлетворительный результат после единственной операции был достигнут у 10 человек, 8 пациенткам потребовалось дополнительное хирургическое вмешательство в объеме повторного удаления гелеом и последующего эндопротезования или липофилинга. В группе пациенток после введения вазелина удовлетворительный эстетический результат был достигнут у 4 пациенток после первичной операции, 2 пациенткам потребовались дополнительные корригирующие операции.

Выводы. Проблема увеличения молочных желез безоболочечными имплантатами до сих пор остается актуальной, несмотря на известность последствий этой порочной методики. Лечение этой группы пациенток представляет проблему для хирургов в связи с частым тотальным поражением ткани молочных желез и необходимостью их удаления с последующей реконструкцией, в сочетании с высокими эстетическими требованиями пациенток к молочным железам.

Профилактика келоидного рубцевания.

Степанкина Е.С., Бармин Е.В., Пичугина Н.В., Степанкин С.Н.

РНЦХ им. академика Б.В. Петровского.

Отделение микрохирургии (руководитель – проф. Трофимов Е.И.), Москва

В литературе утвердилось мнение, что келоидный рубец часто возникает на фоне эндокринологических нарушений. Есть данные о том, что во всех случаях после струмэктомии наблюдали заживление раны келоидным рубцеванием. Мы выдвинули гипотезу о том, что келоидный рубец может быть симптомом гипотиреоза на фоне аутоиммунного тиреоидита. Для проверки гипотезы провели исследование. Были проанализированы отдаленные результаты 174 пациентов, оперированных в отделении микрохирургии РНЦХ по поводу келоидного рубца, возникшего в результате бытовой или хирургической травмы за 25-летний период. Хирургическое лечение келоида заключалось в иссечении рубца с последующим закрытием раны простым сведением краев или выполнением различных видов пластического замещения дефекта. В отдаленном периоде в сроки до 25 лет у всех больных возник рецидив келоидного рубца, что подтверждает мнение о том, что хирургическое лечение не является эффективным методом лечения этого заболевания. При изучении отдаленных результатов у 94,8% пациентов выявлен аутоиммунный тиреоидит с явлением гипотиреоза, что позволяет подтвердить гипотезу о том, что келоидный рубец является одним из симптомов гипотиреоза. С 2012 года всех больных нашего отделения обследовали на предмет гипотиреоза и аутоиммунного тиреоидита. В случае подтверждения данного заболевания проводили лечение аутоиммунного тиреоидита согласно «Клиническим реко-

мендациям. Стандартам лечения больных гипотиреозом. Минздравсоцразвития РФ». В отдаленном периоде в сроки до 4 лет у 586 больных, оперированных в нашем отделении, келоидных рубцов не было. В случае обращения больного с келоидным рубцом, проводим диагностику и лечение гипотиреоза. При гистологическом исследовании, проводимом в начале лечения, в структуре келоидного рубца выявляются гигантские фибробласты, являющиеся отличительными признаками келоидной ткани. Через 2,5–3 месяца после начала лечения гипотиреоза, гигантские фибробласты замещались нормальными клетками. Также нормализовалась структура коллагеновых волокон. Эти данные подтверждают правильность оценки келоидного рубца как симптома проявления гипотиреоза. Так же под нашим наблюдением были больные, у которых, после излечения гипотиреоза, келоидный рубец исчезал бесследно с формированием малозаметного участка депигментации. В случае консервативного лечения келоида, после подтверждения гистологической картины восстановления нормальных фибробластов и нормализации структуры коллагеновых волокон предпочитаем радиоволновой способ шлифовки рубца. Рецидивов роста келоидного рубца не наблюдали. Таким образом, предложенная тактика лечения рассматривает келоидный рубец как симптом аутоиммунного тиреоидита с явлениями гипотиреоза, на наш взгляд, является патогенетически обоснованной. Дополнительным доказательством того, что келоид является симптомом гипотиреоза, служит большое количество сообщений о малой эффективности местного симптоматического лечения келоидного рубца.

Определение коэффициента избыточного натяжения краев операционной раны при ушивании.

Степанкина Е.С., Бармин Е.В., Пичугина Н.В., Степанкин С.Н.

РНЦХ им. академика Б.В. Петровского. Отделение микрохирургии (руководитель – проф. Трофимов Е.И.), Москва

Избыточное натяжение краев операционной раны при ушивании относится к основной причине формирования патологического рубца. До настоящего времени нет объективных критериев оценки степени избыточного натяжения.

Целью работы явилось определение способа расчета избыточного натяжения, при котором хирургу будет удобно прогнозировать процесс заживления раны после ушивания и выбрать способ оптимального закрытия раны. Для определения степени избыточного натяжения, при котором не возможно заживление раны первичным натяжением, мы провели ряд экспериментальных исследований, позволивших дать определение термина «избыточное натяжение краев операционной раны», как одну из причин атипичного (патологического) рубцевания.

Экспериментальная работа на животных проведена в лаборатории ФГБУ «Московская государственная академия ветеринарной медицины и биотехнологий МВА им. К.И. Скрябина». Всего было проведено 200 экспериментов. После введения в наркоз измеряли значение микро-

циркуляции, отступив на 1,5 см латерально от середины линии предполагаемого разреза. Измерение проводили отечественным аппаратом ЛАКК – ОП № 567 – 05 Средний показатель микрокровотока исходно, составил $12 \pm 1,7$ УЕ. (УЕ-Условная единица микрокровотока). Исследование микрокровотока проведено на 400 точках измерения. Затем проводили рассечение кожи и подкожной жировой клетчатки до мышечной фасции. После точечной коагуляции накладывали лигатуру в центре латерального края раны и проводили натяжение края операционной раны до снижения уровня исходного микрокровотока, кратного 1 УЕ. Участок кожи, заходивший за ось разреза, отсекали. После сведения краев раны дополнительно измеряли кровоток. Рану ушивали отдельными узловыми швами Пролен 4.0 через край до полного сопоставления без дополнительной мобилизации краев операционной раны. Животных наблюдали в сроки до 2 месяцев. Животных из эксперимента не выводили. В ходе наблюдения было отмечено, что после натяжения, при снижении значений исходного микрокровотока на коэффициент, равный 1,6 заживление операционной раны первичным натяжением не происходило. Дополнительно ввели «коэффициент запаса» для гарантии заживления. Он выбирался исходя из погрешности аппаратуры измерения кровотока, а также из разброса значений кровотока, полученных за время измерения. В итоге выбран итоговый коэффициент запаса 0,75. Итоговый коэффициент допустимого снижения кровотока (Кдоп) принят равным $K_{доп} = 1,6 \times 0,75 = 1,2$. При превышении данного коэффициента, мы отмечали расхождение краев операционной раны и прорезывание швов. Этим животным, после более широкого удаления волосяного покрова, проводилось местное лечение с пластырными стягивающими повязками. После заживления операционной раны вторичным натяжением в сроки до 2 месяцев, формировались атрофические рубцы, малозаметные после восстановления окружающего рубец оволосения. Исходя из полученных результатов, мы пришли к выводу, что избыточное натяжение – это натяжение, снижающее исходный микрокровоток на коэффициент, равный 1,2. Окончательно формула определения допустимого снижения кровотока представлена следующим образом: $M_{пн} = M_{дн} : 1,2$ $M_{дн}$ – Значение микрокровотока в краях раны до сведения краев раны, то есть, без натяжения (до натяжения). $M_{пн}$ – Значение микрокровотока после сведения краев операционной раны (после натяжения). 1,2 – коэффициент допустимого снижения микрокровотока. Соответственно, зная значение исходного микрокровотока и разделив его на 1,2, мы узнаем значение микрокровотока после сведения краев раны, при котором наблюдается заживление первичным натяжением. Если значение микрокровотока после натяжения и сведения краев раны меньше значения «Исходный кровоток, разделенный на 1,2» используют один из вариантов закрытия раны, а именно – дополнительную мобилизацию краев, ротированный или свободный лоскут, либо планируют использование экспандера. Данный способ позволяет прогнозировать варианты заживления послеоперационной раны: первичным натяжением с формированием нормотрофического рубца или – вторичным натяжением с формированием патологического рубца.

Кантопексия. Как добиться стабильных результатов. Новые подходы.

Суламанидзе М.А., Суламанидзе К.М., Суламанидзе Г.М., Азизян Е.Г.

Клиника пластической и эстетической хирургии TOTAL CHARM, Москва, Тбилиси

Введение. При проведении эстетической нижней блефаропластики пациенты обычно ставят две взаимно исключающие задачи: не менять форму «разреза глаз» и при этом добиться полного устранения морщин кожи н/века. Конечно, одновременное выполнение обеих этих условий затруднительно, поэтому приходится удалять умеренное количество избытков кожи, чтобы не получить синдрома «круглого» глаза или выворота нижнего века. Кроме того, довольно часто пациенты обращаются с просьбой устранить уже имеющиеся деформации нижних век подобного рода (лагофтальм, эктропион).

Цель. Исследовать в клинической практике классические способы кантопексии, а также разработать новые малоинвазивные методы, которые могли бы быть эффективными в аналогичных случаях.

Материал и методы. Для устранения деформаций нижнего века врожденной, ятрогенной, травматической и неврологической этиологии, а также профилактики подобных деформаций при блефаропластике, наряду с известными способами мы применяли кантопексию и подтяжку средней зоны лица нитевыми методами, метод укрепления и укорочения края нижнего века без иссечения – узловыми или непрерывными швами, заполнение «запустевшего» нижнего века мышечно-фасциальными лоскутами, поддержка края века на всем протяжении.

Результаты. Применение предложенных методов по показаниям позволило улучшить результаты лечения больных с подобной патологией. Например, при птозе наружного кантуса, лагофтальме и рубцовых деформациях нижнего века, применяли методы нитевой подтяжки Aptos; у пациентов с широкой глазной щелью, при наличии слабости края нижнего века, экзофтальма, а также нежелательных последствий после неудачной блефаропластики в зависимости от выраженности деформации, выполняли метод укрепления края нижнего века узловыми или непрерывными швами. Для заполнения «запустевшего» участка н/века применяли мышечно-фасциальные лоскуты с верхнего века или гипертрофированные мышечные «валики» н/век. Также в случаях выраженной слабости края н/века, эктропиона разной этиологии для поднятия до необходимого уровня края н/века на всем протяжении использовали оригинальные мостовидные нитевые импланты. Практически во всех случаях удавалось получить хороший или удовлетворительный стабильный результат.

Заключение. По нашему опыту представленные операции и манипуляции, а также модификации уже известных методов блефаропластики, которые использовались в наших клиниках, являются довольно эффективными для устранения деформаций нижних век и их с успехом можно применять при определенных показаниях.

Сохранение нижнего альвеолярного нерва при резекции нижней челюсти с одномоментным восстановлением ее непрерывности реваскуляризованными трансплантатами.

Терещук С.В., Деменчук П.А., Сухарев В.А.

ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им.Н.Н. Бурденко» Минобороны РФ, Москва

В хирургии челюстно-лицевой области резекция нижней челюсти является одной из наиболее калечащих операций. Одним из неизбежных последствий является повреждение нижнего луночкового нерва, который обеспечивает чувствительность зубов нижней челюсти, десны, половины нижней губы и кожи подбородка. При полной потере чувствительности нижней губы пациенты теряют способность пить, не расплескивая напиток, не ощущают температуру принимаемой пищи, не ощущают смыкания губ, из-за чего изо рта истекает слюна, у некоторых изменяется речь. Сохранение непрерывности нижнего альвеолярного нерва путем его транспозиции в ходе резекции нижней челюсти повышает качество жизни пациентов, которым выполняется резекция нижней челюсти.

Нами выполнено 17 резекций нижней челюсти, в ходе которых был сохранен нижний альвеолярный нерв. У 40% больных в зону резекции попадал нижний альвеолярный нерв на одной стороне, в 60% – с двух сторон. Большинство пациентов (82%) страдали раком слизистой оболочки полости рта 3 ст. с поражением нижней челюсти. Срок наблюдения пациентов 3-31 месяц. Рецидивов опухоли отмечено не было. Чувствительность восстановилась в 88% случаев. В среднем восстановление чувствительности происходило на 18 сутки после операции. Неудачи в двух случаях связаны с травмой нерва при выделении и при резекции нижней челюсти. В одном случае причина до конца не установлена, скорее всего, это техническая погрешность при выделении сосудисто-нервного пучка. В ходе опросов пациентов, перенесших резекцию нижней челюсти, качество жизни как более высокое отмечали те, кому нижний альвеолярный нерв был сохранен и чувствительность нижней губы восстановилась. Сохранение непрерывности нижнего альвеолярного нерва путем его транспозиции в ходе резекции нижней челюсти является эффективным этапом операции. Сохранение чувствительности нижней губы при этом повышает качество жизни пациентов. Абсолютным противопоказанием к такой операции являются истинные опухоли нижней челюсти. При планировании операции должен проводиться тщательный отбор пациентов с раком слизистой оболочки полости рта, с целью соблюдения условий ее радикальности. Экспресс-биопсия является обязательным условием ее выполнения (10). Виртуальное хирургическое планирование с изготовлением хирургических шаблонов повышает точность операции, уменьшает травматизм и сокращает время операции.

нению данных оперативных пособий. Критериями отбора пациентов для выполнения отсроченной реконструкции методом «слинг-объем» являлись: 1. Состояние после оперативного лечения в объеме мастэктомия. 2. Неудовлетворительный эстетический результат после ранее выполненных реконструктивных операций. 3. Отсутствие лучевой терапии в анамнезе. 4. Размер здоровой молочной железы В-D. 5. Достаточная донорская емкость жировой ткани. 6. Некурящие женщины. 7. 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 редукционная маммопластика здоровой железы. Восстановление объема реконструированной молочной железы осуществлялась посредством трансплантации аутогенной жировой ткани. Подготовка реципиентной зоны выполнялась путем внешней экстензии, используя систему BRAVA (6 случаев) и систему Noogleberry (14 случаев). Забор и обработка жировой ткани производилась по методу S.Coleman, трансплантация техникой R.Khourji в модификации. Шести пациенткам понадобился дополнительный этап реконструкции объема, который выполнялся под местной анестезией.

Денсосигнация пациентов для проведения реконструкции методом «объем-слинг»: 1. Состояние после оперативного лечения в объеме мастэктомия. 2. Лучевая терапия в анамнезе. 3. Выраженная ригидность тканей в зоне интереса. 4. Размер здоровой молочной железы В-С. 5. Достаточная донорская емкость жировой ткани. 6. Некурящие женщины. Всем пациентам на этапе «объем» производилась имплантация экспандера. Двум пациентам на данном этапе одновременно выполнялась редукция здоровой молочной железы. После полного наполнения экспандера реализовывался промежуточный этап реконструкции, который представлял собой частичное замещение (на 40%) объема экспандера собственной жировой тканью по P.Bergino. На этапе «слинг» осуществлялась реконструкция контуров и топографических ориентиров молочной железы одновременно с полным замещением объема экспандера аутогенной жировой тканью. Результаты и обсуждение. Во всех случаях использования методов «слинг-объем» и «объем-слинг» для реконструкции молочной железы был достигнут отличный эстетический результат.

Заключение. Как показывает практика, чаще всего в хирургии «приживаются» надежные, незаурядные и простые в исполнении методы. Применение методов «слинг-объем» и «объем-слинг» в реконструктивной хирургии молочных желез безопасно, практично, эффективно.

Сочетание PRP-терапии с инвазивными процедурами: показания, протоколы, результаты.

Федякова Е.В.

Клиника «Бьюти Тренд»/ компания «Доктор Тренд», Москва

Возможности и обоснованность применения PRP-терапии для сокращения реабилитационного периода по проведению

инвазивных процедур. Сокращение времени восстановления ткани и ускорение заживления на всех этапах (гемостаз, воспаление, пролиферация, ремоделирование). – Обзор оптимальных показаний сочетания PRP-терапии с инвазивными процедурами: критерии выбора врачебной тактики. – Протоколы сочетания PRP-терапии с инъекционными и лазерными процедурами, нитевыми лифтингами. Прочтение метода плазмотерапии как подготовительного и/или восстановительного этапов. – Клинические случаи* сочетанного применения разновидности P-PRP– PRGF с инвазивными методами в омоложении, работе с рубцами, растяжками.

Вывод. Накопленный клинический опыт позволяет делать вывод о целесообразности сочетания PRP-технологии с другими методами в косметологической практике. *Процедуры проводились на базе клиники «Бьюти Тренд», Москва.

Удаление глаза как косметическая операция.

Филатова И.А., Мохаммад И.М.

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, Отдел пластической хирургии и глазного протезирования, Москва

Актуальность. Некоторые патологические состояния органа зрения, в том числе травма глаза и ее последствия заставляют хирурга принимать решение об удалении пострадавшего глаза. Потеря глаза для пациента всегда является болезненной, и при неадекватном реконструктивном лечении, пациент может серьезно пострадать в физическом и эмоциональном плане. Для достижения максимально косметического исхода, быстрой реабилитации и полноценной адаптации пациентов в обществе, необходимо модифицировать и совершенствовать методику удаления глаза.

Цель работы. Оценить косметический результат после удаления глаза с помощью модифицированных способов эвисцерации глаза.

Материалы и методы. Клиническая группа – 112 пациентов, которым выполнено удаление глаза методикой эвисцерации глазного яблока. Возраст пациентов от 7 до 69 лет ($m=39,7\pm 5,3$). Причиной удаления глаза являлась травма; терминальная болящая глаукома; исход заболеваний. Отличительные особенности модифицированных методик эвисцерации включают: активное использование радиоволновой хирургии на большинстве этапов операции; при субатрофии глазного яблока 2-3 степени использовали полоски из политетрафторэтилена для расширения объема склерального бокала. В качестве орбитальных имплантатов использовали материалы российских производителей – углеродный композит Карботекстим и политетрафторэтилен (ПТФЭ). Срок наблюдения за пациентами от 6 месяцев до 5 лет.

Результаты и обсуждение. Результаты оценивали по параметрам: западение протеза ($m = 0.84\pm 0,09$ мм) и верхнего века в орбиту ($m = 0.90\pm 0,15$ мм). Подвижность культи и глазного протеза ($m= 1250\pm 9,3$). Смещение культи вниз не отмечали. Осложнений в виде обнажения орбитальных имплантатов не было выявлено. Преимущество операции эвисцерации 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 культю в правильной позиции. Что в свою очередь обеспечивает большую прочность культи и максимальную ее подвижность.

Заключение. Таким образом, использование модифицированных методов эвисцерации позволяет достичь высоких косметических результатов. Модифицированные методики эвисцерации глазного яблока позволяют расширить процент пациентов, которым можно проводить эвисцерацию глаза, в том числе с субатрофией 2-3 степени.

Применение имплантатов из политетрафторэтилена (птфэ) для пластики век.

Филатова И.А., Шеметов С.А.

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им Гельмгольца» Минздрава РФ, г. Москва

В практике офтальмохирурга часто приходится решать задачи по устранению таких состояний как птоз верхнего века, ретракция верхнего века, пластика или восстановление связок век, устранение птоза и атонии нижнего века, устранения лагофтальма. Часто при решении этих задач появляется необходимость использовать имплантаты, обладающими определенными свойствами. Одним из немногих имплантатов применимый в данных ситуациях является политетрафторэтилен (ПТФЭ). Этот материал давно используется в хирургии. Имплантаты, изготовленные из ПТФЭ, хорошо себя зарекомендовали, однако в пластике век они до сих пор не нашли широкого применения.

Цель. Усовершенствование методик и эффективности пластики век, расширение области применения имплантатов из политетрафторэтилена.

Материал и методы. Клиническую группу составили 29 пациентов в возрасте от 12 до 72 лет, из них 13 мужчин, 16 женщин. Пациенты были госпитализированы в НИИ глазных болезней им. Гельмгольца для хирургического лечения. При птозе верхнего века тяжелой степени, когда восстановление функции леватора невозможно или не имеет функционального смысла, выполняли операцию подвешивающего типа. В качестве подвески использовали имплантат из ПТФЭ в виде перфорированной ленты толщиной 200 микрон, длиной 13 см, шириной 6 мм, с перфорационными отверстиями диаметром 1,5 мм, расположенными в шахматном порядке с расстоянием между ними 3,5 мм. Таким способом было прооперировано 7 пациентов (4 мужчин, 3 женщины). Во всех случаях был достигнут желаемый результат. С ретракцией верхнего века было прооперировано 6 пациентов (2 мужчин и 4 женщины). Ретракция была следствием перенесенной травмы и эндокринной офтальмопатии; в двух случаях имела врожденный характер. Суть операции при данной патологии в удлинении леватора или его апоневроза за счет имплантата из ПТФЭ. Использовали имплантат толщиной 200 мкр, длину и ширину определяли индивидуально в зависимости от степени патологии и желаемого результата. Слабость нижнего века. При слабости нижнего века, когда необходимо восстановить его каркас, проводилось укрепле-

ние нижнего века имплантатом из ПТФЭ. Имплантат в виде изогнутой ленты фиксировали к тарзальной пластинке на всем ее протяжении, после чего его концы проводили через сформированные тоннели в тканях к латеральной и медиальной связкам века или к надкостнице в проекции связок и фиксировали узловыми швами. Данная методика позволяет укрепить нижнее веко, создать его каркас, таким образом придать ему стабильную форму и положение. Лагофтальм, причиной которого стал паралич лицевого нерва, устраняли комбинированной операцией. Данная операция включала технику устранения ретракции верхнего века в комбинации с укреплением нижнего века. В особо тяжелых случаях выполняли частичную кровавую блефарорафию. С патологией наружной связки века прооперировано 3 человека (1 мужчина и 2 женщины). Два пациента с отрывом связки вследствие травмы; один пациент с врожденной патологией (слабость и растяжение наружной связки). Использовали Y-образный имплантат. Его раздвоенный конец фиксировали к тарзальным пластинкам нижнего и верхнего века; другой конец к надкостнице в проекции латеральной связки или к ее культе. Результаты и обсуждение. Предложенные методы пластики век с применением имплантатов из политетрафторэтилена позволили во всех случаях получить желаемый результат. В ранние и отдаленные послеоперационные сроки осложнений не выявлено.

Заключение. Применение имплантатов из ПТФЭ позволяет расширить возможности пластической и восстановительной хирургии век, а в некоторых случаях не имеет аналогов, что делает его незаменимым.

Устранение птоза верхнего века в сложных случаях.

Филатова И.А., Шеметов С.А.

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава РФ, г. Москва

Птоз верхнего века у пациентов отдела пластической хирургии и глазного протезирования в различные годы встречается в 15-22% случаев. Среди них пациенты детского возраста составляют от 40 до 59%. Лечение птоза верхнего века только хирургическое. Принципиальным является правильный выбор метода оперативного лечения, а лечение осложнений следует проводить с учетом их причины патогенетически обоснованным методом. Помимо первичных операций по поводу птоза верхнего века врожденной или сенильной этиологии, встречаются сложные случаи птоза верхнего века, например, при миастении и миопатии, посттравматическом птозе, состоянии после орбитотомии. К сложным случаям следует отнести и неоднократно оперированный птоз.

Цель: анализ клинических проявлений и оценка эффективности хирургического лечения птоза верхнего века в тяжелых случаях.

Материал и методы: За период 2005-2014 гг. в отделе травматологии, реконструктивной хирургии и глазного протезирования МНИИ ГБ им. Гельмгольца было прооперировано 274 пациента с птозом верхнего века. Из них в 49 случаях (17,9%) птоз был ранее оперирован от 1 до 5 раз ($m=1,9$), в 33 случаях (12,1%) птоз явился проявлением общих за-

болеваный: миастении (9) и миопатии (24), у 17 пациентов (6,2%) в анамнезе была выполнена орбитотомия, в 27 случаях (9,8%) птоз явился исходом травмы. Возраст пациентов варьировал от 7 до 78 лет ($m = 53 \pm 5,7$ лет). Всем пациентам было проведено хирургическое лечение птоза верхнего века различными методами в зависимости от сохранности функции леватора: пластика апоневроза леватора – 19, резекция леватора – 42, подвешивание к брови – 58, комбинированная операция (сочетание резекции ослабленного леватора с подвешиванием верхнего века к брови) – 7. В качестве «подвесок» были использованы полоски мерсиленовой сетки. Дополнительно в 15 случаях устраняли деформацию век, у 113 пациентов формировали складку верхнего века. Срок наблюдения за больными составил от 10 месяцев до 10 лет.

Результаты. Во всех случаях было отмечено улучшение в положении верхнего века по отношению к зрачку. Также во всех случаях были выражены вновь сформированные складки верхнего века. Кожные ранки во всех случаях были адаптированы. Отеки и подкожные кровоизлияния разрешились в обычные сроки. Значительной разницы в эффективности операции резекции леватора (апоневроза) или подвешивания верхнего века к брови мы не отмечали, хотя резекция леватора или апоневроза является предпочтительной методикой, т.к. она позволяет поднять верхнее веко более физиологичным способом. Однако, при выраженной слабости леватора эффект может быть лишь частичным. В самых тяжелых случаях при отсутствии функции леватора методом выбора является операция подвешивающего типа. У 19 пациентов с резким снижением функции экстраокулярных мышц, и как следствие, ограничением подвижности глаза, операция подвешивания верхнего века к брови была выполнена с заведомым гипозэффектом, во избежание послеоперационного лагофтальма.

Обсуждение. Хирургическое лечение у пациентов со сложными видами птоза верхнего века заключается в ревизии тканей века. Выбор операции не зависит от причины птоза, а определяется работоспособностью мышц. При предоперационном обследовании важно оценить сохранность функции леватора, глазодвигательных мышц и лобных мышц, обеспечивающих подвижность брови и наличие сопутствующих деформаций. Во время операции при посттравматическом птозе или после неоднократных операций хирургическое вмешательство носит характер ревизии, при которой необходимо разделить все рубцовые сращения в тканях века, выделить анатомические структуры, обеспечивающие адекватную форму и функцию века и выполнить необходимую пластику. Необходим дифференцированный подход к диагностике и хирургическому лечению птоза верхнего века. Несоблюдение данного условия приводит к нежелательным последствиям и осложнениям.

Заключение. При диагностике нестандартных случаев птоза верхнего века принципиальным является оценка сохранности функции леватора, глазодвигательных мышц и тяжести птоза. Выбор метода операции устранения птоза зависит от степени сохранности леватора и функции экстраокулярных мышц. При наличии посттравматических и послеоперационных рубцов необходима дополнительная коррекция формы верхнего века, однако следует учитывать, что каждая операция в серии неоправданных вмешательств является допол-

нительной травмой, увеличивающей рубцовую деформацию и снижающей эффективность хирургического лечения.

Профессия сестринское дело в пластической хирургии, как симбиоз профессий. Необходимость введения новой специальности, в связи с новыми порядками оказания медицинской помощи в пластической хирургии.

Флак Г.А.

Московский институт усовершенствования врачей (МИУВ), Москва

Пластическая хирургия в настоящее время является наиболее бурно развивающейся отраслью медицины, которая помогает людям, устраняя имеющиеся или кажущиеся недостатки собственной внешности, улучшить качество их жизни. Все технологии, которые существуют на сегодня в современной мировой пластической хирургии, используются российскими специалистами в своей практике. Пластическая хирургия, в первую очередь, отрасль медицины, а не бизнеса, и очень актуален вопрос о подготовке кадров по этой специализации. Если вопрос подготовки пластических хирургов сегодня успешно решается, то вопрос подготовки хирургических медицинских сестер по специализации пластическая хирургия стоит очень остро. Исходя из практической сути пластической хирургии, основанной на двух фундаментальных и очень важных требованиях: понимании принципов и концепций, присущих этой специальности, и технических возможностях хирурга для выполнения специфических операций, становится ясно, что для участия в операционном процессе необходим ассистент, обладающий уникальными знаниями именно в этой практической области. От уровня профессионализма медицинской сестры, от понимания ею процессов оперативного вмешательства, от знания инструментария и расходных материалов зависит рабочий комфорт пластического хирурга, его уверенность в профессиональном партнере, во время проведения операции. Во время подготовки среднего медицинского персонала по специализации «пластическая хирургия» необходимо ориентироваться на получение практических навыков в сопровождении работы пластического хирурга, на технические и концептуальные аспекты специфических операций. Все практические навыки хирургических медсестер в пластической хирургии должны основываться на углубленном знании раневого процесса и тех методов, которые способны обеспечить заживление ран первичным натяжением. В настоящее время не разработаны стандарты, методические пособия, обучающие материалы для подготовки специалистов по пластической хирургии среднего звена. Требуется разработка и утверждение программ и большая роль в этой работе принадлежит профессиональным сообществам и специализированным ВУЗам. Приказ Минздрава РФ от 10 февраля 2016 №83н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием», зарегистрированный 19 марта 2016 г., прямо указывает на актуальность и своевременность этих вопросов. Специалист по-

тому и специалист, что владеет специфическими тонкостями, позволяющими выстроить правильный алгоритм действий для проведения пластической операции. Очень важно, чтобы в процессе подготовки к операции и непосредственном её производстве у пластического хирурга была уверенность в профессионализме партнера в лице ассистирующей медсестры.

В результате стандартизированной подготовки хирургических медсестер по пластической хирургии повысится эффективность работы клиник и самих пластических хирургов, что в конечном итоге отобразится на рентабельности ЛПУ, а пациентам будет обеспечен оптимальный результат.

Показания и противопоказания для сохранения проекционного лоскута кожи при хирургическом лечении рака молочной железы.

Хамитов А.Р., Исмагилов А.Х.
Казанская государственная медицинская академия, Казань

Цель: определение клинических и топографо-анатомических показаний к сохранению проекционного лоскута кожи для перемещения операционного доступа в эстетически приемлемые зоны при реконструктивных операциях у пациенток с раком молочной железы (РМЖ) узловой формы.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты обследований 203 пациенток с РМЖ (Т1-2N0-3M0). Всем проводилось УЗИ молочных желез для измерения размеров опухоли и расстояния от ее верхнего края до кожи. На удаленном макропрепарате производились аналогичные исследования с дополнительным измерением расстояния от верхнего края опухоли до переднего листка поверхностной фасции (ПЛПФ) молочной железы, а также взятие резекционной линии на этом же уровне. Таким образом, наличие опухолевых клеток в ней будет предполагать распространение процесса за ее пределы, что будет свидетельствовать о необходимости иссечения вышележащих тканей.

Результаты. По результату исследования, среднее значение по глубине при УЗИ составило 1,2 см и 1,5 см на макропрепарате ($p < 0,001$), значения по размеру составили 2,05 см и 2,4 см соответственно ($p = 0,002$). Ввиду наличия достоверных различий, использование показателей ультразвукового метода для однозначного прогнозирования реальных топографо-анатомических показателей опухоли не будет являться корректным. В свою очередь, при построении двумерного графика зависимости значений между УЗИ и гистологическим методом исследования относительно глубины расположения и размера опухоли определяется линейная регрессия с высоким коэффициентом корреляции ($r = 0,798$ и $r = 0,832$ соответственно). Таким образом, при использовании формул линейной регрессии для всех показателей УЗИ, полученных при измерении глубины расположения и размеров опухоли, можно определить «предполагаемые» значения гистологического исследования. При сравнении полученных «предполагаемых» и истинных топографо-анатомических показателей опухоли достоверных различий не выявлено ($p = 0,959, p = 0,676$), что говорит о корректности вы-

численных формул, а также возможности использования их в клинической практике. Поражение ПЛПФ наблюдалось в 9,8% случаев. При статистической обработке данных было установлено, что при наличии симптома «площадки» (СП) в 28,8% случаев, а при интимном прилегании опухоли к ПЛПФ в 39,5% случаев возможно поражение проекционного лоскута кожи. При оценке корреляционных взаимосвязей между этими двумя показателями вероятность интимного прилегания опухоли к ПЛПФ при СП составила 31,8%. Таким образом, дальнейший анализ данных проводился среди пациенток без СП. При распределении больших относительно глубины залегания опухоли в интервале $0,46 \pm 0,2$ см ($p < 0,05$) вероятность поражения ПЛПФ составила 30,3%, в интервале $0,8 \pm 0,23$ см – 5,6% ($p < 0,05$), в интервале $1,3 \pm 0,27$ см – 3,9% ($p > 0,05$), более 1,5 см – поражения ПЛПФ не наблюдалось. При размерах опухоли менее 3 см вероятность поражения ПЛПФ статистически малозначима, тогда как при размерах опухоли от 3 см и более она составляет 11,4%.

Заключение. Учитывая отсутствие значимых различий топографо-анатомических характеристик опухоли между ультразвуковым и гистологическим методами исследования при использовании формул линейной регрессии, уже на предоперационном этапе имеется возможность достоверно определить все интересующие показатели опухоли для дальнейшей оценки сохранения проекционного лоскута кожи. Показаниями для выполнения подкожных мастэктомий из эстетически приемлемых зон являются: отсутствие СП, размер опухоли не более 3 см, находящейся на глубине не менее $0,46 \pm 0,2$ см или при более 3 см, расположенной на глубине более 1,66 см. На основании полученных данных сформирован алгоритм действий хирурга-онколога для проведения подобной операции.

Лечение посттравматических блефароптозов от первичной хирургической обработки до реконструктивной хирургии.

Харитонов Н.Н., Горбачев Д.С., Леонгардт Т.А.
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Введение. В структуре блефароптозов посттравматические составляют по данным литературы 11,2%. Выбор тактики лечения этой патологии зависит от характера и обширности повреждения, времени прошедшего с момента травмы, выраженности клинических проявлений.

Цель исследования: проанализировать подходы к хирургическому и консервативному лечению посттравматических блефароптозов.

Материалы и методы. В клинике офтальмологии ВМА им. С.М. Кирова в период с 2014 по 2016 г. пролечено 38 пациенток с птозами различной этиологии. Из них с посттравматическими птозами было 7 пациенток, поступивших в период от 3 дней до 26 лет с момента получения травмы. Пациентам проводилась детальная оценка функции леватора верхнего века: ширина глазной щели, экскурсия верхнего века в мм, степень его опущения (слабая, умеренная, тяжелая), «силовая» проба на сохранение функции леватора, проба с выворотом верхнего века. При выборе тактики лечения оценивались время, прошедшее

с момента травмы, патогенетические особенности развития птоза, функциональное состояние леватора, степень и равномерность опущения верхнего века. В раннем периоде после травмы, при наличии раны верхнего века выполнялась ПХО с ревизией целостности леватора верхнего века, тщательным сопоставлением и послойным ушиванием тканей поврежденного века. При отсутствии показаний к ранней реконструкции верхнего века проводилась консервативная нейротропная и противовоспалительная терапия. В позднем периоде после травмы (более 3 месяцев) при сохранении блефароптоза выполнялась ревизия леватора с резекцией его апоневроза.

Результаты и обсуждение. Посттравматические птозы составили 18,4% в общей структуре птозов. В связи с тем, что в клинику офтальмологии Военно-медицинской академии направляются пострадавшие с травмами органа зрения из всех военных округов России, этот процент вероятно больше, чем в гражданских лечебных учреждениях. У 2 пациентов в первые дни после травмы птоз был обусловлен наличием сквозной раны верхнего века с повреждением леватора. Своевременная и правильно выполненная реконструкция века с восстановлением целостности леватора и послойным ушиванием тканей поврежденного века позволила предотвратить развитие стойкого посттравматического птоза. У одного пациента постконтузионный нейрогенный птоз умеренной степени оказался обратимым, проведенное в течение месяца после травмы консервативное нейротропное лечение позволило избежать реконструктивной хирургии. У пациента, поступившего через 3 недели после травмы с тяжелой степенью птоза, выраженным отеком века, явлениями лимфостаза, применялась выжидательная тактика. Ему назначалась консервативная терапия и наблюдение в течение 3 месяцев, по истечении которых лимфостаз и проявления пареза глазодвигательного нерва уменьшились. После этого выполнено хирургическое лечение, включавшее помимо резекции леватора пентагональную резекцию верхнего века с удовлетворительным функциональным и косметическим исходом. Три пациента поступили в позднем периоде после травмы (2-26 лет). У двух из них блефароптоз был умеренным, пробы с выворотом века и «силовая» проба были положительными. Выполнена резекция (10-12 мм) апоневроза леватора с успешным исходом, птоз был устранен полностью. У пациента, поступившего спустя 8 лет с момента травмы с рубцово-нейрогенным птозом в сочетании с офтальмоплегией (повреждение глазодвигательного нерва), степень птоза была тяжелой, проба с выворотом верхнего века отрицательной, «силовая» проба слабо положительной. Ему выполнена максимальная резекция апоневроза леватора верхнего века, однако экскурсия верхнего века восстановилась лишь до 3 мм, что позволило вернуть больному возможность видеть, но с приподниманием головы. В двух случаях наблюдалось неравномерное опущение века, более выраженное с медиальной или латеральной стороны. На стороне большего опущения века апоневроз был выражен хуже. Выполнялось равномерное распределение выделенных порций апоневроза с подшиванием по всему краю хрящевой пластинки для устранения асимметрии положения века.

Заключение. Посттравматические птозы разнородны по происхождению (контузионные, ранения, послеоперационные), по патогенезу (нейрогенные, с повреждением апоневроза леватора, рубцовые). Своевременная послойная ре-

конструкции века позволяет избежать развития рубцового птоза. При рубцовых птозах эффективной является резекция леватора верхнего века, выполненная в оптимальные сроки после травмы. Нейрогенные птозы требуют выжидательной тактики и активного консервативного лечения.

К вопросу актуальности холодовой непереносимости и возможных сроках ее продолжительности у пациентов с травмами дистальных фаланг пальцев кисти.

Ходжабагян З.С., Абрамян Д.О., Афонина Е.А., Винник С.В., Пшениснов К.П.

Ярославский государственный медицинский университет, Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ЯГМУ с курсом ИПДО, Отделение хирургии кисти, микрохирургии и реконструктивной пластической хирургии ГАУЗ ЯО КБ СМП им. Н.В. Соловьева, Ярославль

Вопрос отдаленных результатов разных методов лечения и сроков продолжительности симптомов у пациентов с травмами дистальных фаланг пальцев кисти (ДФ) по сей день остается актуальным. Немаловажной является проблема холодовой непереносимости (ХН). В своих работах Sun Y. и соавт. (2015) в 60% наблюдали ХН, которая в дальнейшем проходила в 15% случаев (средний срок наблюдений – 34 мес.). Ряд авторов также указывали на улучшение в течение 2-3 лет [Белоусов А.Е. (1998); Craigen M. и соавт. (1999)], тогда как другие отмечали лишь медленное улучшение в течение примерно 10 лет [Morrison W. и соавт. (1978)]. В целом, в литературе весьма противоречивые данные о факторах, влияющих на появление и о сроках продолжительности симптомов ХН.

Цель. Изучение актуальности вопроса ХН и сроков возможной продолжительности симптомов ХН у пациентов с травмами ДФ.

Материал и методы. Произведено ретроспективное изучение данных 80 пациентов (м/ж – 63/17, сред. возраст 41,5 лет (16-73 года)), получивших лечение в отделении хирургии кисти клинической больницы СМП им. Н.В. Соловьева в период с 2003 по 2005 гг. (23 наблюдения) и с 2013 по 2015 гг. (57 наблюдений) по поводу повреждений ДФ (средний срок наблюдений – 60,7 мес. (6-154 мес.)). Также были анализированы метеорологические данные метеостанции Ростов, Россия, WMO_ID=27329, с 31.12.2004 по 01.01.2016, предоставленные в открытом доступе по адресу http://rp5.ru/archive.php?wmo_id=27329&lang=ru.

Результаты. В 46 наблюдениях была повреждена правая кисть, в 70% (56) наблюдениях имелись изолированные травмы пальцев (I-12, II-17, III-16, IV-4, V-7), а разные комбинации поврежденных пальцев составили 30% (24). Все пациенты при осмотре заполнили русские версии анкет quickDASH и СТНХ (Степень тяжести непереносимости холода). Средние показатели этих анкет составили, соответственно, 6,91 балла (0,00-68,18, из 100 максимальных баллов) и 21,53 балла (0-99, из 100 максимальных баллов). Из 32 наблюдений с нулевым значением результатов quickDASH (полная функциональность) в 22 получены цифры СТНХ выше нуля (от 2 до

44 балла). Из 23 пациентов со средним сроком наблюдения около 12 лет (135–154 мес., сред. 144 мес.), 18 (78,3%) отметили наличие симптомов ХН согласно субъективной оценке по анкете СТНХ (7–99, сред. 31.6). Анализ результатов анкеты СТНХ 80 пациентов показал, что 12,5% из них, отвечая на 2-й вопрос «Как часто вы испытываете указанные выше проявления?», кроме выбора одного из предложенных в анкете вариантов (от «2–1. постоянно» до «2–6. никогда»), вручную добавили «во время мороза, зимой». Особый интерес представил анализ ответов на 5-й вопрос: «Насколько сильно холод беспокоит поврежденную руку? (отметьте по шкале от 0 до 10, где 0 – не беспокоит, 10 – очень сильно беспокоит)». Суммарные баллы на отдельные варианты данного вопроса (5–1 – при удерживании стакана воды со льдом – сумм. 89 (13.4%); 5–2 – когда достаете замороженный пакет из морозильника – сумм. 113 (17.1%); 5–3 – когда моете руки в холодной воде – сумм. 106 (16.0%); 5–4 – когда выходите из горячей ванной/душа при комнатной температуре воздуха – сумм. 34 (5.1%); 5–5 – во время холодной погоды зимой – сумм. 320 (48.3%), показали, что почти половина удельного веса приходится на вариант 5–5. Это подтолкнуло нас проанализировать метеорологические данные метеостанции Ростов, Россия, WMO_ID=27329 с 31.12.2004 по 01.01.2016. Выяснилось, что за последние 10 лет в Ростове (метеоцентр Ярославской обл.) дни с температурой воздуха $\geq +10^{\circ}\text{C}$ (ср. $+17^{\circ}\text{C}$) составили всего 31,1%; холодные дни от 0°C до $+10^{\circ}\text{C}$ (ср. $+4^{\circ}\text{C}$) составили 30,2%; дни $< 0^{\circ}\text{C}$ составили соответственно: от 0 до -10°C (ср. -4°C) – 22,2%, от -10°C до -30°C (ср. -16°C) – 9,3%, $\leq -30^{\circ}\text{C}$ (ср. -32°C) – 0,1%. Итого, за указанный промежуток времени (31670 дней) преобладала холодная погода со средней температурой $+5^{\circ}\text{C}$.

Выводы: ХН является отдельным фактором, отрицательно влияющим на качество жизни пациентов с травмами ДФ. Такие общепринятые опросники как quickDASH и DASH для оценки результатов лечения у пациентов с проблемами верхних конечностей, фактически не отражают проблемы, вызванные холодом. Для оценки ХН можно использовать русскую версию анкеты СТНХ. ХН может беспокоить пациентов даже через 12 лет после травмы и быть их основной жалобой. Холодная погода является основным провоцирующим фактором симптомов ХН. Для стран с холодным климатом вопрос ХН требует отдельного внимания и углубленного изучения ее влияния на тактику лечения травм ДФ.

Опыт лечения агрессивной макромастии.

**Ходорковский М.А., Ходыкин С.И.,
Скорынин О.С., Конарева Е.Н., Паринова Т.Е.**
*Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко, Воронежская
областная клиническая больница № 1, Воронеж*

Агрессивная макромастия – относительно редкое заболевание, которое характеризуется быстрым двусторонним диффузным увеличением молочных желез в пубертатном или раннем репродуктивном возрасте, крайне отрицательно сказывается на физическом и психоэмоциональном состоянии больных, снижает их социальную активность. Морфологически макро-

мастия является доброкачественным заболеванием, однако попытки органосохраняющего лечения без использования антиэстрогенных препаратов, как правило, обречены на неудачу. Отделение микрохирургии Воронежской областной клинической больницы № 1 располагает опытом лечения двух пациенток с агрессивной формой макромастии. Больная Х., 14 лет обратилась в мае 1994 года с жалобами на увеличение молочных желез до гигантских размеров, которое произошло в течение полутора лет. При осмотре – девочка астенического телосложения (рост – 158 см, масса тела – 45 кг), отмечается выраженный кифосколиоз грудного отдела позвоночника. Молочные железы увеличены до гигантских размеров, асимметричны, грушевидной формы, на коже – стрии. Отмечены изменения психоэмоционального статуса – ребенок подавлен, неохотно вступает в беседу, часто плачет. При дополнительном исследовании патологии со стороны гениталий не выявлено. Обнаружен хронический тиреоидит с нормальной функцией щитовидной железы. После беседы с девочкой и ее родителями было получено согласие на мастэктомию, однако от предложенного первичного маммопротезирования родители воздержались. Под эндотрахеальным наркозом произведена двусторонняя мастэктомия с пересадкой свободных сосково-ареолярных комплексов. Масса удаленных молочных желез составила 5,9 кг (13% от общей массы тела пациентки). Послеоперационный период протекал гладко, пересаженные сосково-ареолярные комплексы полностью прижились, раны зажили первично. В течение последующего динамического наблюдения отмечено повышение физической и социальной активности ребенка, стабилизация психоэмоционального статуса. В апреле 2002 года, через 8 лет после мастэктомии, пациентка обратилась с просьбой выполнить маммопротезирование. При осмотре – на передней поверхности грудной клетки имеются рубцы без признаков гипертрофии и келоидоза. Положение пересаженных сосково-ареолярных комплексов соответствует естественному, они умеренно гипопигментированы. Подкожная жировая клетчатка передней поверхности грудной клетки выражена слабо, большие грудные мышцы гипотрофичны. Под эндотрахеальным наркозом субмаммарным доступом под большими грудными мышцами сформированы протезные ложа, в которые установлены силиконовые эндопротезы объемом 120 мл. Послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первично. Пациентка полностью удовлетворена результатом лечения, в настоящее время замужем, родила ребенка. Пациентка К., 22 лет, обратилась в мае 2014 года с жалобами на боли в молочных железах и их увеличение до гигантских размеров, которое произошло через 4 месяца на фоне нарушения менструального цикла по типу гиперменореи. При осмотре – большая нормостенического телосложения. Молочные железы увеличены до гигантских размеров, асимметричны, грушевидной формы, кожа над ними цианотична, в нижних квадрантах – стрии. Пациентке произведена двусторонняя мастэктомия с пересадкой свободных сосково-ареолярных комплексов. Масса удаленных молочных желез составила 4,6 кг. Послеоперационное течение гладкое, заживление первично. От первичного маммопротезирования пациентка воздержалась. В июне 2016 года у больной выявлено опухолевидное образование слева в верхне-наружном квадранте. Данное образование удалено под местной анестезией. При гистологическом исследовании – патологически измененная ткань молочной железы без признаков опухолевого роста. Заживление первичное.

По мнению ряда специалистов, современный подход к лечению макромастии подразумевает выполнение редукционной маммопластики в сочетании с назначением антиэстрогенных препаратов (тамоксифен). Тем не менее считаем, что мастэктомия с маммопротезированием по-прежнему остается эффективным методом лечения данной патологии.

Лазерная хордэктомия при параличах гортани.

Хоранова М.Ю., Нажмудинов И.И., Давудова Б.Х.

Лечение двусторонних параличей гортани остается актуальной проблемой в современной ларингологии. Ведущее место в этиологии параличей гортани отводится хирургической травме возвратного нерва во время операций на щитовидной железе. Основные жалобы, предъявляемые пациентами, при двустороннем параличе гортани – диспноэ и дисфония. Целью данной работы является оптимизация лечения двусторонних параличей гортани с использованием СО₂-лазера.

Материалы и методы. За период с 2014 по 2015 г. в клинике было пролечено 40 пациентов с диагнозом: Двусторонний периферический паралич гортани. Состояние после струмэктомии. Средний возраст – 59 лет, 82,5% составляли женщины. Исследование пациентов в до и послеоперационном периоде включает: общеклиническое обследование, непрямая ларингоскопия, ларингостробоскопия, спирометрия, акустический анализ голоса. В зависимости от степени стеноза, возраста, индекса массы тела, сопутствующей патологии, площади голосовой щели больным была произведена экономная хордэктомия, либо расширенная хордэктомия.

Операция проводится под общим эндотрахеальным наркозом и прямой микроларингоскопией, с использованием СО₂-лазера фирмы «Lumenis». В суперимпульсном режиме мощностью 3 Вт, иссекается задняя треть собственно голосовой складки с фрагментом голосовой мышцы и частичным резцированием голосового отростка черпаловидного хряща.

Заключение. Восстановление дыхательной функции достигнуто за счет расширения задней зоны голосовой щели, а сохранение социально-адаптированного голоса осуществляется за счет нетронутых передних двух третей голосовых складок. Положительный результат достигнут у 40 пациентов. Данный метод является одним из эффективных и малоинвазивных способов лечения двусторонних параличей гортани.

Оценка эффективности результатов коррекции возрастных изменений лица различными методами.

Хрусталёва Г. М., Хрусталёва И. Э., Петров А. Г.

Кафедра пластической хирургии ПСПбГМУ им ак. И.П. Павлова, Кафедра системного программирования Математико-механического факультета СПбГУ

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности ближайших и отдаленных результатов коррекции возраст-

ных изменений верхней трети лица у пациенток разных возрастных групп с использованием следующих методов:

Эндоскопический фронто-темпоральный лифтинг.

Сочетанное использование БТА и филлеров гиалуроновой кислоты.

Сочетанное использование БТА и подвешивающих нитей.

Материалы и методы. В исследовании участвуют женщины от 30 лет и старше (в настоящее время максимальный возраст составляет 68,6 лет). Пациентки, в зависимости от показаний и собственного выбора, не коррелирующего с паспортным возрастом, подвергаются описанным выше способам лечения, проводящимся по унифицированным протоколам. Оценка результатов происходит через 1, 6, 12 мес. после вмешательства с использованием анкетирования, 2D фотографиями в стандартных проекциях, а также оригинальной 3D системы.

Описание 3D системы. Фиксация внешнего вида пациентов проводилась на фотограмметрическую 3D систему компании «Системы компьютерного моделирования» (далее 3D сканер). 3D сканер состоит из набора фотокамер, расположенных вокруг лица пациента специальным образом и Программного обеспечения, производящего обработку фотоснимков и построения 3D модели. Точность 3D сканера составляет до 1 мм для линейных измерений и до 0,2 см³ при измерениях объемов. Для проведения специальных измерений уровня подъема бровей был разработан дополнительный модуль к Программе PhoenixCAS 3D Master. Модуль позволяет совместить 3D модели лица пациента до и после процедуры и выполнить оценку уровня подъема бровей.

Методика оценки уровня подъема бровей. Для оценки уровня подъема бровей была разработана и реализована в Программе специальная методика сравнения 3D моделей.

Шаги методики

совмещение 3D моделей до и после процедуры;

установка точек на 3D модели до и после процедуры с помощью Программы на нижних краях бровей;

расчет уровней подъема левой и правой брови в конечном наборе точек для 3D моделей до и после процедуры.

Совмещение 3D моделей состоит из двух этапов: расстановка точек во внутренних углах глазной щели, как условно неподвижных точек, и алгоритмическая подгонка положения одной 3D модели для другой 3D модели для наилучшего совпадения поверхностей.

Установка точек с помощью Программы на нижнем крае брови производится с шагом 2 мм. На прямой, соединяющей внутренние углы глазных щелей (далее базовая линия), автоматически создаются точки с шагом 2 мм. Через созданные точки проводятся вертикальные прямые – на каждой прямой устанавливается точка на нижнем крае брови.

Уровень подъема бровей оценивается как средняя величина расстояний от базовой линии до нижнего края брови. Сравнение уровня подъема бровей для 3D модели до процедуры и после процедуры производится в среднем и в каждой точке на базовой линии.

Обсуждение результатов. К настоящему моменту проанализирована результативность выполнения фронто-темпорального лифтинга у 21 пациентки в возрасте от 32 до 62 лет, срок наблюдения составил 1 год. Исследование показало, что возрастные характеристики не влияют или минимально

вливают на эффективность результата. Значение имеет площадь проводимой диссекции, векторы и способы закрепления перемещенного лоскута, а также способы воздействия на мышцы-антагонисты в области глабеллы.

Планируется дальнейшее проведение исследования в этой группе (общее количество пациенток – 30 чел), а также оценка эффективности результатов малоинвазивных процедур в двух группах по 30 человек каждая с использованием описанных выше материалов и методов.

Досудебное и судебное урегулирование споров с пациентами.

Черкашенин В. А.

Информационный портал о правах медицинской клиники при спорах с пациентами MEDIKPRAV.RU, Москва

В настоящее время наиболее распространение получили претензии к медицинским клиникам со стороны пациента. Часто данные претензии переходят в судебные процессы, где представителям медицинской клиники приходится отстаивать свои права, в соответствии с действующим законодательством. В связи с этим, наиболее актуальными становятся вопросы о судебном и досудебном урегулировании спора с пациентом. Такое урегулирование позволяет медицинской клинике избежать излишних расходов на оплату штрафов, неустоек, расходов на оплату услуг адвокатов и т.д. В большинстве случаев представители клиник не обладают достаточным объемом информации о том, как и в каком порядке должны проходить процедуры урегулирования спора с пациентом и какие документы должны сопровождать данный процесс. Также актуальным данный вопрос становится и в связи с распространением такого явления, как «потребительский экстремизм» в медицине. Использование пациентом своих прав, как «механизма» необоснованного получения денежных средств за оказанные услуги, а также взыскания других расходов с медицинской клиники, может поставить «под удар» нормальное финансовое функционирование любого медицинского учреждения.

В ходе обобщения судебной практики по «потребительскому экстремизму в медицине» было обнаружено, что значительное число нарушений прав медицинских клиник было связано с отсутствием у руководства медицинского учреждения минимальных знаний об особенностях досудебного и судебного урегулирования споров с пациентом.

В связи с изложенным, основной целью данной лекции является представление комплексной и достоверной информации об основаниях возникновения спора с пациентом, о видах потребительского экстремизма в области пластической хирургии и косметологии, о порядке урегулирования спора с пациентом в судебном и досудебном порядке, а также основы документального оформления соглашений об урегулировании спора с пациентом.

Задачей данного выступления является – научить представителей медицинских клиник в области пластической хирургии и косметологии пользоваться своими законными правами, принимать правильные решения и не допускать ошибок при урегулировании спора с пациентом.

Абдоминопластика в сочетании с липосакцией – стоит ли рисковать?

Чирикова Е. Г.

Медико-диагностический центр ОЛИМП, Москва

Абдоминопластика в сочетании с липосакцией наиболее эффективна с точки зрения эстетики и в то же время одна из наиболее сложных операций с точки зрения пластической хирургии. Сложность данной операции обусловлена травматичностью самой липосакции, широкой мобилизацией кожи передней брюшной стенки – практически до подгрудной складки наверху и ограниченной передней подмышечной линией по бокам, а также переносом пупка и чаще всего иссечением достаточно большого кожного лоскута и, как следствие, продолжительного по длине послеоперационного шва, а также достаточно длительным периодом реабилитации.

Наиболее частыми осложнениями такой объемной операции, помимо общехирургических, являются: серома, поверхностный некроз кожи, некроз кожно-жирового лоскута с нагноением или без него.

Цель пластического хирурга – создание гармоничного контура передней брюшной стенки с пупком естественного вида и максимально тонкой талии, возможной для конкретного пациента, а также сведение к минимуму риск послеоперационных осложнений.

Основная задача пластического хирурга – тщательно продумать, спланировать и выполнить операцию. В этом процессе нет мелочей: липосакция должна быть выполнена равномерно и желательно на глубине не менее двух сантиметров от собственно дермы, для того чтобы свести к минимуму повреждение поверхностных сосудов; при липосакции не следует забывать о лобке; разрез кожи необходимо производить в надлобковой складке, угол разреза должен плавно переходить в линию разреза, которая должна быть максимально симметричной и соответствовать линии бикини, чтобы в дальнейшем быть незаметной при ношении любого белья; мобилизация кожно-жирового лоскута на всем протяжении должна производиться на уровне апоневроза; при наличии диастаза мышц следует его ушить; особое внимание следует уделить местоположению и методу швирования перенесенного пупка, чтобы в дальнейшем он смотрелся естественно и не было видно послеоперационного рубца; натяжение после иссечения избытка кожно-жирового лоскута не должно быть чрезмерным, иначе избыточное натяжение приведет к деформации послеоперационного рубца; немаловажное значение имеет сопоставление краев и ушивание послеоперационной раны для создания условий для малозаметного рубца. На протяжении всей операции необходимо осуществлять адекватный гемостаз, после операции активное дренирование. Безусловно, чем больше объем операции, тем больше риск общехирургических послеоперационных осложнений, в том числе характерных именно для абдоминопластики в сочетании с липосакцией это некроз кожи или кожно-жирового лоскута, возникновение которых связано с нарушением поверхностного кровоснабжения. Но к счастью и пациента, и доктора при правильном лечении возникшие вследствие некроза раны заживают самостоя-

тельно вторичным натяжением, либо с помощью наложения вторичных швов и конечный результат вполне удовлетворителен. Формирование сером можно предотвратить применение биологического клея, либо методом фиксирования тонким рассасывающимся шовным материалом кожно-жировой лоскут к апоневрозу. В случае все-таки образования сером – неоднократная аспирация в течение 3-4 недель приводит к их полному исчезновению. Учитывая, что на сегодняшний день нет альтернативного метода, приводящего к такому же эстетическому результату как абдоминопластика в сочетании с липосакцией, то скорее всего риск оправдан, при условии, что хирург обладает необходимым для выполнения такой операции опытом, а клиника – условиями.

Армирование кожи нитями silhouette soft, гистологическое обоснование глубины установки и методы фиксации в тканях.

Чирикова Е.Г.

Медико-диагностический центр ОЛИМП, Москва

Первый вопрос, который мне задают во время проведения мастер-класса слушатели, ранее уже прошедшие обучение у других тренеров, – почему эффект после установки нитей из полимолочной кислоты Silhouette soft недостаточный или вообще отсутствует? Ответ прост: нити Silhouette soft установлены не в том слое тканей, для которого они предназначены.

Во время гистологического исследования тканей мышцы, с установленными на разной глубине нитями из полимолочной кислоты, была выявлена следующая закономерность: нити, проведенные субдермально, вызывают выраженный фиброз, с образованием многослойной соединительнотканной капсулы, нити расположенные глубже, в жировой клетчатке, окружены менее выраженным фиброзом и имеют более тонкую соединительнотканную капсулу. Поскольку главная задача армирования кожи нитями Silhouette soft – создать условия для образования равномерного фиброза, то, следовательно, для достижения максимального эффекта сокращения кожи нить необходимо устанавливать строго субдермально. Армирование кожи нитями Silhouette soft – эффективный малоинвазивный метод, позволяющий получить выраженный результат при минимальных сроках реабилитации и с минимальным риском осложнений. Применение нитей не сопровождается формированием послеоперационных рубцов, обеспечивает эффективное сокращение излишков кожи, увеличение ее плотности, упругости, эластичности. Синтетическая полимолочная кислота отличается хорошей биосовместимостью и не требует проведения каких-либо предварительных тестов на аллергическую реакцию.

Техника проведения нити, распределение и фиксация кожи над ней всегда одинаковы и не зависят от анатомической зоны армирования.

Предварительная разметка лица и шеи выполняется с учетом вектораптоза, в положении пациента сидя. Линии при разметке кожи молочных желез, внутренней поверхности плеча и ягодиц проводятся перпендикулярно вектору планируемо-

го сокращения избытка кожи. Учитывая, что рабочая длина нити составляет 6 см, определяем, что длина трассы проведения нити должна быть не менее 8 см, потому что главная задача этой процедуры – создать условия для сокращения кожи, то есть иммобилизация большего по длине участка кожи на меньшей по длине нити. Количество используемых нитей и их длина также зависят от степениптоза и области применения и определяются в каждом конкретном случае индивидуально.

Эффект уменьшения избытка кожи развивается постепенно, первые изменения заметны уже к концу второй недели и окончательный результат к концу 3-го месяца. Заметное сокращение кожи происходит только при фиксировании нитей между собой методом связывания.

Метод армирования кожи нитями Silhouette soft позволяет создать условия для сокращения избытков кожи – на 2-3 см на лице, шеи и внутренней поверхности плеча, на 5-7 см в области молочных желез и ягодиц, но при одном условии, что используется достаточное количество нитей. Ограничений для данного метода, связанных с возрастом пациента, нет. Вне зависимости от возраста положительный эффект после армирования наблюдается всегда, а его выраженность зависит от исходной степениптоза тканей у конкретного пациента.

Метод армирования кожи нитями Silhouette soft используется около 4 лет, и наблюдение за пациентами позволяет оценивать отдаленные результаты как стабильные и положительные.

Комплексный подход к эстетическому восстановлению лица после радикальных операций.

Чирикова Е.Г.

Медико-диагностический Центр ОЛИМП, Москва

Радикальное лечение злокачественной опухоли слизистой щęki, порой, несмотря на реконструктивные операции, не-обратимо меняет внешний облик пациента и является для него сильнейшей психологической травмой. Воссоздание симметричного и гармоничного лица является основной задачей пластического хирурга. Попытки восполнить утраченный объем мягких тканей щęki только методом липофилинга не приводит к успеху и только усугубляет проблему асимметрии лица, вследствие миграции жира в область нижней челюсти. Только сочетание таких современных методов, как классическая круговая подтяжка с липосакцией здоровой половины лица и послойное расщепление жирового конгломерата в проекции нижней челюсти (возникшего вследствие предшествующего липофилинга), на лоскуты, в виде лепестков с сохранением сосудистой питающей ножки, и дальнейшая репозиция, с целью создания равномерного объема поврежденной половины лица, с последующим армированием нитями Silhouette Lift для предотвращения миграции лоскутов, а также пластика послеоперационных гипертрофических рубцов местными тканями, позволяют получить великолепный эстетический результат удовлетворяющий и пациента, и хирурга.

Комплексное хирургическое лечение обширного дефекта мягких тканей верхней конечности при открытом переломе плечевой кости с применением ротационного кожно-мышечного лоскута на основе широчайшей мышцы спины.

Шаповалов С.Г., Плешков А.С., Гудзь Ю.В., Локтионов П.В.

ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, Санкт-Петербург

Введение. Замещение дефектов мягких тканей при открытых переломах костей верхней конечности с повреждением сосудисто-нервного пучка является сложной хирургической задачей.

Материал и методы. Клиническое наблюдение. Результаты и их обсуждение. Анамнез: Пациент 40 лет получил травму в ДТП. Первый этап хирургического лечения оказан в городской больнице г. Саранска: ПХО раны плеча, наложение аутовенозного анастомоза поврежденной плечевой артерии, первичная стабилизация перелома в аппарате внешней фиксации по Илизарову. На 14 сутки от момента травмы, в связи с развитием раневой инфекции и неэффективностью проводимого лечения, пострадавший доставлен в Санкт-Петербург в отделение травматологии клиники № 2 ВЦЭР-Ма с диагнозом: открытый перелом на уровне средней трети правой плечевой кости, раневой дефект мягких тканей 18 x 6 см, некроз мягких тканей 1%, повреждение сосудисто-нервного пучка. На 16 сутки от момента травмы, после стабилизации общего состояния пострадавшего и подбора антибактериальной терапии с учетом чувствительности микрофлоры раны, выполнена замена аппарата Илизарова на систему внешней фиксации EXfix, некрэктомия, реанастомозирование плечевой артерии аутовенозным шунтом.

В послеоперационном периоде на 2-е сутки констатирована несостоятельность артериовенозного анастомоза, клинические проявления раневой инфекции, появление новых очагов некроза кожных краев раны и мышечной ткани в дистальной зоне плеча с переходом на в/3 передне-медиальной поверхности предплечья. На 18 сутки от момента травмы, в связи с нарастанием ишемии дистальных отделов верхней конечности и обнажением плечевой кости, выполнено очередное комплексное оперативное вмешательство: некрэктомия, закрытие раневого дефекта ротационным кожно-мышечным торакодорзальным лоскутом (кожная порция 22 x 10 см), реанастомозирование плечевой артерии аутошунтом из большой подкожной вены. На 34 сутки от момента травмы, в связи с развитием аррозивного артериального кровотечения из дистального отдела анастомоза, выполнена перевязка плечевой артерии в н/3. В результате данное осложнение привело к отрицательному течению раневого процесса: нарастанию признаков раневой инфекции, нестабильности внеочаговой фиксации, что привело к обнажению костных отломков из-за перфорации ими торакодорзального лоскута. На 37 сутки от момента травмы выполнен очередной этап хирургического лечения – интрамедуллярный блокируемый остеосинтез правой плечевой

кости с рассверливанием костно-мозгового канала штифтом UHN (Ø 9.5 мм), демонтаж аппарата внешней фиксации. В результате наблюдалась положительная клиническая картина: признаки раневой инфекции стали угасать. Для уменьшения мягкотканого дефекта и сопоставления кожных краев раны использована дермотензия с помощью резиновых сосудистых жгутиков. Важным аспектом в патогенетической терапии являлась гипербарическая оксигенотерапия (ГБО), которую пострадавший получил трижды курсами по 7 сеансов. Для полного оперативного восстановления кожного покрова, по мере подготовки оставшихся ран мягких тканей, потребовались две этапных аутодермопластики. Таким образом, пациент с оперативно-восстановленным кожным покровом в удовлетворительном состоянии выписан на 72 сутки от момента травмы с рекомендациями о прохождении дальнейшей реабилитации. **Выводы.**

1. Клинический случай показывает эффективное применение комплекса методов реконструктивно-восстановительной хирургии в сочетании с современными лечебными технологиями для оперативного восстановления мягких тканей сегмента верхней конечности.
2. Комплексное лечение обширных мягкотканых дефектов плеча с обнажением и повреждением глубоких анатомических структур является сложной задачей, выполнение которой возможно лишь в специализированном стационаре с привлечением хирургов различного профиля в составе мультидисциплинарной бригады.
3. Оксигенотерапия является высокоэффективным методом лечения раневой инфекции мягких тканей в условиях ишемии.

Хирургическая коррекция фигуры у пациентов с ожирением 2-3 степени.

Шаробаро В.И., Авдеев А.Е., Баева А.А., Гречишников М.И., Романец О.П., Гоглов М.О.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Федеральный научно-клинический центр, Центральная клиника Литфонда, Медико-хирургический центр «Основа», Москва

Введение. Оперативная коррекция фигуры у пациентов со значительными избытками кожи и подкожной клетчатки (2-3 ст. ожирения, ИМТ более 35, IV-VI типы по Toledo L.S.) зачастую вызывает дискуссии и разногласия на конгрессах даже среди опытных пластических хирургов. Проводить ли лечение за одну операцию или этапно? Если этапно, то сначала выполнять липосакцию, а затем абдоминопластику или наоборот? Каковы оптимальные сроки между этапами? Как минимизировать риски осложнений и неблагоприятных исходов у этой непростой группы пациентов, зачастую с рядом сопутствующих заболеваний. В настоящее время нет единого стандартизированного подхода к данной проблеме.

Цель. Представление и анализ нашего опыта и данных литературы об оперативной коррекции тела у пациентов со значительными избытками кожи и подкожной клетчатки. **Пациенты и методы.** Проведен проспективный анализ с по-

следующей оценкой результатов лечения у пациентов со значительными избытками кожи и подкожной клетчатки (2–3 ст. ожирения, ИМТ более 35, IV–VI типы по Toledo L.S.). В период с 2013 по 2015 г. (13 лет) нами было выполнено 127 абдоминопластик и 182 липосакции областей передней брюшной стенки, фланков и поясничных областей. Причем 32 больных с выраженным кожно-жировым фартуком имели 2–3 ст. ожирения с индексом массы тела более 35. Пациентов женского пола было 19, мужского – 13. Возраст варьировал от 23 до 59 лет. Все пациенты до операции пробовали похудеть самостоятельно или консервативными методиками без выраженного эффекта. С учетом сопутствующих заболеваний этой группы больных (наиболее часто – артериальная гипертензия и сахарный диабет 2 типа), минимизации риска интра- и послеоперационных осложнений, сокращения времени операции и реабилитации в данных ситуациях нами применялась этапная тактика. Первым этапом выполняли абдоминопластику или дермолипэктомия, вторым этапом – липосакцию передней брюшной стенки, фланков живота и поясничных областей. Время между этапами было не менее 2 месяцев. Отдаленные результаты лечения оценивались как самими пациентами, так и тремя хирургами. Из 32 пациентов 25 пришли на контрольный осмотр в сроки от 6 месяцев до 2 лет после операции, четверо прислали свои фотографии, контакт с тремя пациентами был потерян.

Результаты. Угрожавших жизни (life-threatening) осложнений (сердечно-сосудистых, инфекционных, и легочных, включая тромбоэмболию легочной артерии или ее признаки) и летальных исходов не было. Послеоперационный период, включая сроки пребывания в стационаре и реабилитации, не отличался от пациентов с меньшими степенями ожирения. В отдаленном периоде из 29 пациентов 26 были полностью удовлетворены результатами двухэтапной коррекции, оценив их как хорошие (89,6%). Трое пациентов выставили оценку удовлетворительно (10,4%), аргументировав внешним видом послеоперационных рубцов, причем все трое от какой-либо дополнительной коррекции отказались, объяснив, что результат их полностью устраивает. Оценки «неудовлетворительно» выставлено не было. Достоверных различий в оценке эстетических результатов пациентами и независимыми хирургами выявлено не было. **Заключение.** Систематизированный подход к хирургической коррекции фигуры у пациентов с ожирением 2–3 ст. позволяет достигнуть хороших эстетических результатов более чем у 89% пациентов с минимальным риском осложнений.

Алгоритмы одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез.

Шаробаро В.И., Авдеев А.Е., Баева А.А., Гречишников М.И., Романец О.П., Гоглов М.О.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Федеральный научно-клинический центр, Центральная клиника Литфонда, Медико-хирургический центр «Основа», Москва

Введение. Асимметрия груди является тяжелой психологической травмой для женщины, особенно в случаях потери

железы вследствие мастэктомии, в то время как хирургическое восстановление симметрии способствует улучшению качества жизни, повышению самооценки и обретению психологического комфорта. Поэтому актуальность проблемы коррекции асимметрии молочных желез не вызывает сомнений. Нередко выбор оптимальной техники устранения 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. 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 2015 г. нами было выполнено 308 пластических операций на молочной железе, из которых 117 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 (51 пациентка – 43,6%), вторую – с нормо- и гипермастией (29 пациенток – 24,8%), в третью группу были включены пациентки с прогнозируемой асимметрией вследствие планируемого радикального лечения рака молочной железы (37 пациенток – 31,6%). Отдаленные результаты лечения оценивались как самими пациентками, так и тремя хирургами. Из 117 пациенток 108 пришли на контрольный осмотр в сроки от 6 месяцев до 2-х лет после операции, 7 пациенток прислали свои фотографии и ответили на анкету опросника, контакт с двумя пациентками 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 кор-

рекция асимметрии. Из 115 пациенток 107 были полностью удовлетворены результатами одноэтапной коррекции, оценив их как хорошие (93%). Восемь пациенток выставили оценку удовлетворительно (7%). Две из них от какой-либо дополнительной коррекции отказались, объяснив, что эстетический результат их полностью устраивает, шестеро попросили дополнительные корригирующие операции. Четверем из них была выполнена коррекция положения сосково-ареолярных комплексов под местной анестезией, двум потребовалось проведение контурной липосакции с липофилингом. Оценки неудовлетворительно выставлено не было. Достоверных различий в оценке эстетических результатов пациентками и независимыми хирургами выявлено не было. На основании полученных данных нами были разработаны алгоритмы одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез, минимизировав риск послеоперационных осложнений.

Заключение. Систематизированный подход к одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез с учетом ее типа и степени позволяет достигнуть хороших эстетических результатов за один этап более чем у 93% пациенток.

Динамические эффекты эндопротезирования птозированной груди и их профилактика.

Шелег М.Ю., Шульгин Э.А., Пшениснов К.П.
ООО «ЦПХ», Ярославль

Операции по коррекции формы и объема молочных желез занимают лидирующее место в практике пластической хирургии. При этом в последнее десятилетие наметился устойчивый рост потребительского спроса именно на данный вид пластики. Процент удовлетворенности пациенток после подобных вмешательств высокий, но даже в выборке довольных пациенток есть случаи, которые следует отнести не к осложнениям, а нежелательным динамическим эффектам хирургического вмешательства. Такие эффекты часто могут больше беспокоить хирурга, а не саму пациентку. Накопление собственного материала и анализ проделанной работы позволяет хирургам постоянно самосовершенствоваться в данном направлении деятельности. К динамическим эффектам, связанным с эндопротезированием молочных желез, относим: I. Симптом «водопада» – «water-fall» – продолженный птоз тканей молочной железы над имплантатом, при нормальном его положении. Данный вид динамического эффекта может быть связан с двумя основными причинами: 1) С недооценкой хирургом птоза молочной железы I степени, который требовал мастопексии при первичном протезировании. Профилактика: при птозе, ригидности тканей железы, наличии растяжек кожи, диаметре ареол больше 5 см производить эндопротезирование железы только одномоментно с периареолярной подтяжкой. 2) Исходный размер железы от второго и больше с наличием птоза I-II степени, когда даже заявленная периареолярная мастопексия одномоментно с эндопротезированием не справилась с задачей устранения птоза. Профилактика: сочетание увеличения желез с одномоментной циркумвертикальной мастопексией, в настоящее время предпочтительно по D.Hammond. II. «Двойной пузырь» или «double-bubble» – в

ситуациях, когда при увеличении молочных желез выбраны имплантаты, размер которых предполагает понижение СМС. Как правило, данный эффект формируется при значительном понижении складки (от 1,5 см и больше) и /или при наличии исходно очень плотной СМС. В группу риска входят пациентки, ширина основания железы у которых от 12 см и более, а расстояние от соска до СМС меньше 5 см. Профилактика: предпочитаем использовать имплантаты каплевидной формы, где ширина (база) имплантата превышает его высоту, чтобы максимально заполнить объем кожного чехла по ширине и при этом не требовалось бы понижение СМС. Одним из основных способов коррекции данного нежелательного эффекта считаем липофилинг с риготомией в проекции «старой» СМС. Если понижения СМС не избежать, ремоделирование нижнего склона по M. Del Yerro. III. «Bottoming out» – провисание нижнего склона железы. При этом расстояние от соска до СМС больше 7 см, что, как правило, сопровождается излишне высоким положением САК. Профилактика: при разметке необходимо наметить будущее положение САК на 1–1,5 см ниже желаемого расстояния с учетом того, что кожа после отслойки при рубцевании сокращается. Коррекция данного состояния должна быть направлена на сокращение расстояния от СМС до соска и на уменьшение объема нижнего полюса железы (т.е. редукцию провисшего сегмента), что потребует обязательного кроя в виде перевернутого «Т».

Выводы: при планировании операции по коррекции формы и объема молочных желез, необходимо учитывать, что молочная железа – это орган, не имеющий жесткой фиксации на передней грудной стенке, который постоянно птозирует и в течение жизни претерпевает значительные изменения, связанные с изменениями гормонального статуса женщины, особенно в период беременности и лактации. На форму молочной железы также влияет состояние и объем подкожно-жировой клетчатки и качество кожи. Все эти факторы, а также особенности рубцового процесса, необходимо учитывать при планировании первичного увеличения молочных желез, чтобы на этом этапе при необходимости изначально расширить объем вмешательства в пользу мастопексии во избежание повторных корригирующих операций.

Изучение влияния мази Радевит на барьерные функции кожи

Шепилова И.А.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра косметологии, Санкт-Петербург

Цель работы: изучить влияние аптечного препарата Радевит на барьерные свойства кожи.

Материалы и методы: обследована группа из 11 женщин в возрасте от 35 до 60 лет. Пациенты наносили мазь Радевит в течение месяца на область лица. В группу исследуемых входили женщины с сухим и комбинированным типом кожи. Пациентам проводилось исследование кислотно-щелочного равновесия кожи (CutometerMPA 580, Courage&Khazaka, Германия) и корнеометрия (Corneometer CM 825, Courage&Khazaka, Германия) до применения, через две недели и через месяц использования мази Радевит.

Измеряли параметры влагосодержания и pH кожи в зонах углов глаз, лба и щек.

Результаты исследований: при исследовании кожи в области лба на 14 день обнаружена тенденция к увеличению влагосодержания на 4,2% и на 28 день достоверное увеличение на 16,9% ($p=0,016$), в области угла глаза через две недели имеется тенденция к увеличению на 1,7% и через месяц достоверное увеличение на 7,1% ($p=0,007$), в области щеки имеется тенденция к увеличению на 9% через две недели и достоверное увеличение влагосодержания через месяц на 12,4% ($p=0,033$). Показатель pH кожи оказался более стабильным, выявлено его снижение на 4% только в области угла глаза на 28 день.

Выводы: таким образом, применение мази Радевит приводит к повышению влагосодержания рогового слоя эпидермиса на 14 день и достоверно увеличивается к 28 дню. Кислотно-щелочное равновесие кожи практически не изменяется. Проведенные исследования свидетельствуют об улучшении барьерных свойств кожи под воздействием мази Радевит.

Возможности эстетической гинекологии в терапии диспареунии.

Шугушева Л.Х., Сарахова Д.Х., Цахилова С.Г.

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

Гиалуроновая кислота присутствует во многих тканях человека, в том числе в коже и слизистой вульвы и влагалища. Препараты гиалуроновой кислоты показаны для лечения вульвовагинальной атрофии, которая часто сопровождается диспареунией и оказывает негативное влияние на женскую сексуальность.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности инъекционной коррекции диспареунии препаратами на основе гиалуроновой кислоты у пациенток перименопаузального возраста, имеющих противопоказания к гормональной терапии. В наше исследование было включено 86 сексуально активных женщин: 40 женщин в перименопаузе (средний возраст: 38,9 лет) и 46 женщин в постменопаузе (средний возраст: 55,6 лет). Все пациентки страдали от диспареунии, симптомов вульво-вагинальной атрофии (сухость, жжение, зуд в области влагалища и вульвы, посткоитальные кровянистые выделения), а также снижения сексуальной функции.

Методы исследования включали в себя лабораторную диагностику, а также анкетирование с использованием международных опросников. Степень диспареунии оценивалась при помощи опросника Индекса вагинального здоровья и Визуальной аналоговой шкалы, сексуальная функция – при помощи Индекса женский половой функции, степень вагинальной атрофии – при помощи Индекса созревания эпителия и pH-метрии. Проводилась комплексная инъекционная коррекция вульво-вагинальной области, включающая курс из 3 инъекций с интервалом в 2 недели препарата нестабилизированной гиалуроновой кислоты интрадермально и субмукозно, а также по показаниям однократно интрадермально или субмукозно инъекции филлера на основе ги-

лурановой кислоты в область половых губ, задней спайки, промежности и передней стенки влагалища. Результаты оценивались через 2 и 4 недели после лечения. Ни в одном случае осложнений от процедур выявлено не было. Пациенты не сообщали о неблагоприятных эффектах во время лечения, а результаты, с точки зрения снижения влагалищных симптомов атрофии, были положительными. Значительное клиническое улучшение ($p<0,001$) произошло уже через 2 недели: на 31% снизилась частота жалоб на сухость и на 44% – на боль, через 4 недели на 83% и 74% соответственно. Показатели Индекса вагинального здоровья значительно улучшились ($P<0,001$) в среднем с 30% после 2 недель лечения до 71% – через 4 недели. Об улучшении сексуальной жизни после 2 недель лечения сообщили 85% женщин, средний общий показатель Индекса женский половой функции у них составил $28,4 \pm 2,2$ против $20,1 \pm 2,2$ до лечения; $P<0,05$ и $29,3 \pm 2,1$ – после 4 недель. Наше исследование показало, что местная инъекционная терапия препаратами гиалуроновой кислоты является эффективным и безопасным методом для лечения диспареунии, вызванной возраст-ассоциированными изменениями в аногенитальной области. Инъекционная коррекция вульвовагинальной атрофии может так же безопасно и эффективно улучшить сексуальную функцию у женщин. Несмотря на полученные данные, необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

Подтяжка лица и лицевой нерв.

Шургая Ц.М.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

В последние годы самым современным и наиболее эффективным методом фейслифтинга считается методика, при которой идет постоянный контакт с лицевым нервом.

Целью работы является демонстрация моментов фейслифтинга, при выполнении которых необходим контакт с п. facialis. Работа основана на клиническом обследовании и проведении фейслифтинга у 2000 пациентов, начиная с 1989 года. 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 околушной слюнной железы. Следующим этапом производилось удаление комка Биша, который лицевой нерв делит пополам. На данном этапе при манипуляциях происходит контакт не только с щечными ветвями лицевого нерва, но и с протоком околушной 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 слюн-

ного 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, которого требует современный пациент и уровень пластической хирургии.

Лазерное удаление волос в косметологии: новые возможности с высокой клинической эффективностью.

Клиника ЭлЭн, Москва

Удаление волос в косметологической практике – это значимая часть работы любой клиники. По официальной статистике лазерная эпиляция занимает 4-е место по популярности среди косметологических процедур. Технологический прогресс, движимый требованиями специалистов и запросами потребителей данной процедуры, рождает новые возможности. Всем известный александритовый лазер претерпел существенную модернизацию с разработкой новой технологии динамической кумулятивной эпиляции, которая поставила на новый уровень этот метод, удовлетворяя тем самым современные требования специалистов и запросы потребителей.

Выбор дистракционного аппарата у пациентов с синдромальными краниосиностозами в зависимости от типа деформации верхней челюсти.

Ясонов С.А., Лопатин А.В., Васильев И.Г.
*Российская детская клиническая больница
Минздрава РФ, Москва*

Синдромальные краниосиностозы представляют собой очень редкую группу наследственных заболеваний с частотой рождаемости от 1:75000 до 1:350000 новорожденных. Фенотипические проявления синдромальных краниосиностозов характеризуются сложной черепно-лицевой деформацией, обусловленной преждевременным смыканием одного или нескольких черепных швов и недоразвитием средней зоны лица разной степени выраженности. В настоящее время основным способом устранения этой деформации является метод дистракционного остеогенеза, позволяющий не только избавить пациента от выраженных дыхательных нарушений и внутричерепной гипертензии уже на первом году жизни, но и значительно улучшить внешний вид ребенка, облегчая его социальную адаптацию. На сегодняшний день имеется два принципиально разных типа дистракционной

аппаратуры: наружные и внутритканевые, которые в свою очередь имеют свои показания и противопоказания, зависящие от возраста больного, типа и объема оперативного вмешательства, а также планируемого направления выдвижения костей верхней и средней зон лица. Однако кроме этих критериев мы обнаружили, что очень важно учитывать анатомический вариант верхней челюсти. Именно этот критерий в большинстве случаев является основным при выборе дистракционного аппарата.

Материал и метод. С 2000 по 2016 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии РДКБ наблюдалось 82 ребенка с синдромальными краниосиностозами, из них 42 оперировано с использованием дистракционных аппаратов.

Результат. На основании анализа внешних проявлений деформации и данных компьютерной томографии черепа нами выделено два варианта недоразвития верхней челюсти. Первый вариант (41) наблюдался у пациентов с синдромом Крузона и у пациентов со 2 и 3 типом синдрома Пфайффера. Это вариант характеризуется преимущественным недоразвитием верхней челюсти в переднезаднем направлении. Вертикальный дефицит и сужение менее значимы. Второй вариант наблюдается у пациентов с синдромом Апера и 1 типом синдрома Пфайффера. При этом варианте отмечается значительное укорочение, сужение и уменьшение высоты верхней челюсти. Естественно, что анатомический полиморфизм гипоплазированной верхней челюсти требует разного подхода к коррекции деформации. При первом, крузоподобном варианте в большей степени требуется переместить верхнюю челюсть в переднезаднем направлении. Для этого варианта с успехом могут быть использованы одновекторные внутритканевые дистракторы. Для устранения микромаксиллизма у больных с апертноподобной деформацией требуется не только выдвижение челюсти кпереди, но и значительное ее перемещение по вертикальной оси книзу. Для этих целей более подходит наружный дистракционный аппарат, позволяющий перемещать верхнечелюстную комплекс в нескольких направлениях.

Заключение: таким образом, при планировании оперативного лечения пациентов с синдромальными краниосиностозами очень важно учитывать варианты анатомических особенностей гипоплазированной верхней челюсти, что играет важную роль в достижении хорошего результата лечения этой тяжелой группы больных, а также позволяет избежать ненужных осложнений, связанных с неправильным использованием дистракционной аппаратуры.

Варианты синостотических плагиоцефалий и их лечение.

Ясонов С.А., Лопатин А.В., Васильев И.Г.
*Российская детская клиническая больница
Минздрава РФ, Москва*

Традиционно врожденные асимметричные деформации черепа, плагиоцефалии, связывают с преждевременным смыканием одной из половин коронарного или лямбдовидного швов. Однако плагиоцефалическая деформация может возникнуть и при смыкании других черепных швов. Наш опыт лечения пациентов с краниосиностозами позволил выделить

несколько устойчивых вариантов плагиоцефалий, которые отличаются друг от друга, как внешними проявлениями, так и степенью выраженности функциональных нарушений. Естественно, что и лечение этих деформаций требует дифференцированного подхода.

Материал и метод: за период с 1999 по 2015 год нами было исследовано 110 пациентов с асимметричными деформациями черепа, из которых 89 прооперировано. Для всех пациентов были доступны фотоматериалы и данные компьютерной томографии до начала лечения и после операции. Период наблюдения составил от 6 мес. до 10 лет (в среднем 4,5 года). Результат: на основании анализа было выделено 3 группы синостотических асимметрий черепа: изолированные моносиностотические, изолированные полисиностотические и синдромальные плагиоцефалии. К первой группе отнесены изолированные односторонние краниосиностозы коронарного (63), лямбдовидного (4) и сфенофронтального (10) швов. Отличительной особенностью группы было то, что практически во всех случаях лечение проводилось только по эстетическим соображениям. Функциональные нарушения, связанные с повышением внутричерепного давления в этой группе отсутствовали. По степени эстетических нарушений все три варианта отличались между собой значительно. Самый распространенный гемикоронарный синостоз характеризуется врожденным уплощением лобноорбитальной области и постепенным формированием сколиотической деформации черепа. Таким образом, в протокол операции включалось не только исправление деформации лобноорбитальной области, но и коррекция сколиоза черепа. Для гемилямбдовидного синостоза деформация проявляется врожденным уплощением затылочной области с постепенным присоединением сколиотической деформации черепа. Хирургическое лечение так же было направлено на устранение всего комплекса деформаций. Как при первом, так и при втором варианте плагиоцефалии нами отмечено, что ранние вмешательства до возраста 6 мес. жизни, когда сколиоз черепа еще не очень выражен, позволяли устранить все деформации относительно легко и самое главное предотвращать

прогрессирование сколиоза. При проведении операций после года требовались более травматичные вмешательства. Третий вариант – изолированный синостоз сфенофронтального шва, никогда не сопровождается сколиозом черепа, имеется лишь значительное уплощение лобной кости и супраорбитального края на стороне поражения, которые могут быть устранены в любом возрасте с хорошим эффектом без риска развития остаточных деформаций свода черепа. Во второй группе полисиностотических асимметрий также выделено три варианта: плагиоцефалии с передним типом смыкания (10), с задним типом смыкания (2) и полностью латерализованный тип – ипсилатеральный синостоз половин парных швов (1). В этой группе оперативные вмешательства проводились преимущественно по функциональным соображениям, так как более чем у половины больных отмечались явные признаки внутричерепной гипертензии. Характерной особенностью переднего и заднего типов смыкания было практически полное отсутствие сколиоза черепа, поэтому оперативное лечение было направлено только на устранение деформации зоны интереса. Как в первом, так и во втором случае одной операции может быть недостаточно. Чаще повторно оперировали пациентов с передним типом из-за необходимости более четкой коррекции лицевых проявлений. При латерализованном типе сколиоз черепа, напротив, был ведущим в клинике заболевания, поэтому у этих больных требовались самые травматичные одномоментные вмешательства, затрагивающие практически весь свод черепа. К третьей группе отнесены синдромальные синостозы, для которых характерна асимметрия: синдромы Апера (5) и Сетре-Чотзена (4) и краниофронтоназальная дисплазия (9). Отличительной особенностью данных вариантов является то, что одного устранения плагиоцефалии для коррекции фенотипа синдрома недостаточно, во всех случаях необходимо вмешательство на костях средней зоны лица.

Заключение. Таким образом, выделение описанных вариантов синостотических плагиоцефалических деформаций поможет улучшить результат лечения этой тяжелой группы пациентов.

Конкурс молодых ученых

Использование липодермальной питающей ножки сосково-ареолярного комплекса.

Дзотцов А.К., Егоров Ю.С.

ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина Минздрава РФ, Москва

Введение. Пластическая и онкопластическая хирургии молочных желез (МЖ) всегда балансируют между максимальной эстетичностью получаемых результатов и минимальным риском возникновения осложнений. Одним из краеугольных элементов этого баланса является сосково-ареолярный комплекс (САК), нарушение кровоснабжения которого при его транспорте может привести к полному, или частичному его некрозу, что особенно актуально при больших редукциях и онкологических резекциях МЖ.

Целью данной работы являлось уменьшение частоты циркуляторных осложнений при истончении питающей ножки САК. Задачами работы являлись: уточнение кровоснабжения САК; выбор питающей ножки САК на поверхностных сосудах, обладающих наибольшим анатомическим постоянством; применение и оценка полученных данных в клинической практике.

Материалы и методы. Было проведено двухэтапное исследование. Первый этап включал анализ сплошной выборки статей, описывающих вариации ангиоархитектоники МЖ и анатомию сосудов, вносящих свой вклад в кровоснабжение САК. Выбиралась питающая ножка САК, несущая в себе наиболее анатомически постоянные поверхностные сосуды к САК. На втором этапе анализировалась частота возникновения краевых и тотальных некрозов САК в клинической практике. Выполнялась мастэктомия с сохранением САК на тонкой верхнемедиальной липодермальной питающей ножке с одномоментными реконструкцией и симметризацией контралатеральной МЖ. Было отобрано 29 пациентов в возрасте от 37 до 58 лет. Критериями отбора явились необходимость выполнения мастэктомии по медицинским показаниям и безопухольевые края среза тканей под САК. Липодермальные лоскуты, включающие питающую ножку САК, истончались с целью достижения максимальной онкологической безопасности. Ориентиром частоты некрозов было принято значение в 5,9%.

Результаты. Первый этап. Кровоснабжение САК для клинического применения можно подразделить на медиальную поверхностную, центральную глубокую и латеральную смешанную сосудистые системы. Наибольшим анатомическим постоянством обладает медиальная сосудистая система, представленная преимущественно ветвями *a.thoracica interna*, проходящими в подкожно-жировой клетчатке к САК, и более поверхностными венами, впадающими в систему *v.thoracica interna*. Как минимум, один крупный перфорант *a.thoracica interna* всегда обнаруживается в первых четырех межребре-

чьях. Центральная глубокая сосудистая система представлена ветвями *a.thoracoacromialis* и перфорантами *aa.Intercostales*. Она является связующим звеном между латеральной и медиальной сосудистыми системами, так как анастомозирует с ними на нескольких уровнях. Латеральная сосудистая система переменна. Она может состоять из множества ветвей, исходящих из *a.thoracica lateralis*, *a.axillaris* и *a.thoracoacromialis*. Описывается *a.thoracica superficialis*, проходящая в 14% случаев к САК в подкожно-жировой клетчатке. Исходя из полученных данных, верхнемедиальная питающая ножка САК несет в себе наиболее анатомически постоянные поверхностные сосуды к САК. В её липодермальном слое проходят прямые ветви *a.thoracica interna*, достигающие САК на верхнемедиальной границе при средней глубине залегания в $1,5 \pm 0,4$ см. На границе САК осевые ветви залегают на глубине $10,3 \text{ мм} \pm 2,5$ мм. На 3 см медиальнее залегают на глубине $14,2 \text{ мм} \pm 4,6$ мм. Венозный отток в медиальном направлении осуществляется в систему *v.thoracica interna*. На границе САК вены залегают на глубине $2,6 \text{ мм} \pm 1,4$ мм. В 3 см от САК на глубине в $3 \text{ мм} \pm 0,8$ мм. Второй этап. В результате проведенных мастэктомий тотальный некроз САК отмечался в 8 случаях (27,6%), краевые некрозы возникли в 15 случаях (51,7%). Частота некрозов существенно превышала ориентировочное значение в 5,9%. Липодермальные лоскуты истончались у медиального края до 16 ± 3 мм, в 3 см от ареолы до 10 ± 3 мм, под САК до 6 ± 2 мм. Выводы. В результате исследования задачи были выполнены, но цель не была достигнута. Анатомически обоснованная верхнемедиальная липодермальная питающая ножка САК при мастэктомиях с одномоментной реконструкцией показала чрезмерную частоту некрозов. Вероятнее всего, это связано с чрезмерным истончением лоскутов и применением агрессивной электрокоагуляции для достижения онкобезопасности, что, в конечном итоге, компрометировало кровоснабжение САК. Однако в данном вопросе много неучтенных факторов, которые требуют дальнейшего изучения и анализа.

Оценка эффективности результатов лечения больных с зубо-челюстными аномалиями класса II по классификации Энгля, сопровождающимися синдромом обструктивного апноэ во сне.

Котов И.И., Набиев Ф.Х., Либин П.В., Добродеев А.С.

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

Цель исследования. Повысить эффективность лечения больных с зубо-челюстными аномалиями класса II по

классификации Энгля, сопровождающимися синдромом обструктивного апноэ во сне на основе проведения сравнительной оценки показателей функциональных и рентгенологических методов исследования у пациентов с зубо-челюстными аномалиями класса II по классификации Энгля, сопровождающимися синдромом обструктивного апноэ во сне путём разработки алгоритма диагностики и лечения.

Материал и методы. Обследовано 37 и прооперировано 32 пациента с недоразвитием нижней зоны лица, которая выражалась в аномалиях зубо-челюстной системы класса II по классификации Энгля различной степени или же проявлялась эстетической дисгармонией, дефицитом нижней трети лица и синдромом «птичьего лица», сопровождающихся синдромом обструктивного апноэ во сне. Пациентам проводились двучелюстные ортогнатические операции, гениопластика, риносептопластика. В осложнённых случаях проводилась двухэтапная операция с применением на первом этапе компрессионно-дистракционного остеогенеза ветви и/или тела нижней челюсти. В работе проводилась сравнительная оценка показателей CO₂ по данным капнографии и степени насыщения крови кислородом по данным полисомнографии, а также производилась корреляция между значениями передне-заднего размера рото-глотки по данным конусно-лучевой компьютерной томографии и показателем насыщения крови кислородом. Для анализа результатов использовались статистические методы исследования – непараметрические критерии, парный критерий Вилкоксона (с расчетом точной значимости методом Монте-Карло) и ранговая корреляция Спирмена. Все исследования проводились в до- и послеоперационном периодах, через 6 и 12 месяцев после операции.

Результаты. В послеоперационном периоде по данным конусно-лучевой томографии, проведенной через 3 месяца, было выявлено значительное увеличение переднезаднего размера дыхательных путей. Эти параметры положительно коррелировались с увеличением объема дыхательных путей за счет чего наблюдалось значительное улучшение функции дыхания и устранение синдрома обструктивного апноэ сна. Изменение средней степени насыщения крови кислородом коррелировало с изменением среднего уровня углекислого газа в выдыхаемом воздухе (значимость 0,022 < 0,05).

Выводы. Изменение передне-заднего размера верхних дыхательных путей влечет за собой изменение средней степени насыщения крови кислородом, значимость (0,029 < 0,05) и уменьшает бальную оценку дневной сонливости (значимость 0,027 < 0,05).

Данные сравнительных оценок различных методов обследования показывают объективность выбранных методов исследования, показывают эффективность проведенных хирургических операций и позволяет достичь полного устранения симптомов обструктивного апноэ во сне у пациентов с зубо-челюстными аномалиями класса II по классификации Энгля, сопровождающимися синдромом обструктивного апноэ во сне, снижая риск развития различных осложнений.

Микрохирургические технологии в реабилитации пациентов с лицевым параличом.

Подгайский В.Н., Рустамов Х.М., Ладутко Д.Ю., Мечковский С.Ю.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Кафедра пластической хирургии и комбустиологии, Республиканский центр реконструктивной и пластической микрохирургии, Минск, Республика Беларусь

Введение. Лицо человека играет важную роль в обеспечении жизненно необходимых процессов и является основой социального взаимодействия. Потеря мимики лица сравнима с утратой своего собственного «Я». Восстановление нормальной формы и функции лица – это возвращение человеку возможности жить полноценной жизнью. Все движения мышц лица координируются, в первую очередь, посредством лицевого нерва, поражения которого стоят на первом месте среди повреждений и заболеваний всех черепно-мозговых нервов. «Лицевой паралич» – собирательное понятие, включающее разнообразные по своей этиологии параличи мимической мускулатуры. Наиболее частой причиной стойкого и необратимого паралича являются ятрогенные повреждения лицевого нерва при различных хирургических вмешательствах, которые занимают второе место после воспалительной природы поражения. Под термином «хирургическая реабилитация» понимают любые хирургические вмешательства, направленные на восстановление утраченных функций, в данном случае, мимической мускулатуры.

Цель работы – оценка способов хирургической реабилитации пациентов с лицевым параличом различной этиологии, давности и степени выраженности.

Материалы и методы. За период с 2014 года до настоящего времени было пролечено 10 пациентов с лицевым параличом различной этиологии. В 80% случаев лицевой паралич явился последствием оперативного лечения опухолей мосто-мозжечкового угла, в 10% – околоушной слюнной железы и в 10% – прямых травм лицевого нерва. Давность развития лицевого паралича составляла от 6 месяцев до 3 лет. Аутоотрансплантация сегмента нежной мышцы ипсилатерального бедра с формированием микронейрососудистых анастомозов была выполнена в 6 (60%) случаях. Транспозиция сухожилия височной мышцы была выполнена в 4 (40%) случаях. При аутоотрансплантации сегмента нежной мышцы бедра нервный ствол нежной мышцы сшивался эпинеурально с жевательным нервом. В ближайшем послеоперационном периоде, в течение первых двух недель, наряду с антибиотикопрофилактикой, антикоагулянтной терапией проводился сосудистый мониторинг для контроля жизнеспособности трансплантата с помощью доплерометрии. На третьей неделе послеоперационного периода проводилась контрольная электронейромиография с локальной миостимуляцией, а также ультразвуковое исследование для оценки жизнеспособности трансплантированного участка мышцы. Начиная с четвертой недели послеоперационного периода, пациенты получали курсы транскраниальной магнитной сти-

муляции и занимались мимической гимнастикой. В случае с транспозицией сухожилия височной мышцы, сухожилие височной мышцы, отсекалось от места прикрепления к нижней челюсти, и фиксировалось к комиссуре рта. На этапе выделения обеспечивалась эффективная экскурсия сухожилия височной мышцы. Через 1 месяц после операции пациенты начинали заниматься мимической гимнастикой, направленной на выработку навыка для формирования симметричной улыбки.

Результаты. Результаты доплерографии пациентов первой группы в течение первых двух недель подтверждали функциональность сосудистых анастомозом и кровоснабжаемость пересаженного мышечного сегмента. При электронейромиографии с локальной электростимуляцией в срок 3 недели после операции у всех пациентов (100%) получен уверенный сократительный ответ трансплантированного сегмента. Срок регистрации первых произвольных мышечных сокращений составил от 2,1 до 5,7 месяцев с постепенным увеличением силы мышечных сокращений в последующем. У пациентов второй группы через 1,5±0,5 месяца после операции отмечается исчезновение гиперкоррекции и достижение симметрии в покое.

Обсуждение. Хирургическая реабилитация пациентов с лицевым параличом является единственным действенным методом восстановления функции мимических мышц при стойкой форме повреждения лицевого нерва. Выбор конкретной методики хирургической реабилитации зависит от сроков, выраженности паралича, возраста, конкретных жалоб и потребностей пациента. Это сложное решение, которое должно приниматься совместно с пациентом на основе модели равноправных взаимоотношений, с учетом плюсов и минусов различных методик, возможных осложнений, стабильности результата и сроков достижения эффекта от операции. Такие способы хирургической реабилитации пациентов с лицевым параличом, как ауто-трансплантация сегмента нежной мышцы бедра, перемещение сухожилия височной мышцы представляются адекватными методиками, способными в достаточно полной мере восстановить утраченную двигательную активность мимических мышц лица.

Статическая коррекция лица после перенесенных обширных хирургических вмешательств.

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

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, Москва

В настоящий момент множество опухолей лицевой зоны диагностируется на поздней стадии заболевания, радикальное лечение которых возможно с использованием комбинированных методик. Обширные хирургические вмешательства на лицевой зоне могут привести к функци-

ональным и эстетическим дефектам оро-фациальной зоны. И если проблему функциональности и недостатка мягких можно решить путем проведения различных реконструктивно-пластических операций, то птоз тканей лицевой зоны вследствие паралича лицевого нерва достаточно серьезная проблема. Повреждения лицевого нерва, ведут к выраженным физическим, функциональным, эстетическим нарушениям, а также к развитию психологической травмы. Не у всех пациентов возможно восстановить движение мимической мускулатуры. Её решение позволяет устранить проблемы, возникающие у данных пациентов при приеме пищи, речи, улучшить социальную адаптацию. Для устранения подобных дефектов используются различные методики пластической и реконструктивной хирургии. Необходимо применять комплексный подход к лечению онкологических заболеваний с проведением химио-лучевой терапии, обширных операциях на зонах регионарного лимфооттока. Это ограничивает спектр пластических операций для реконструкции полученных дефектов. После обширных лимфадиссекций на шее с последующий химио- и лучевой терапией возможности микрохирургической трансплантации скелетных мышц лимитированы ввиду отсутствия качественных реципиентных сосудов и высокого риска развития постлучевого эндотелиита, а так же повреждения местных тканей лучевой терапией. Дефицит мягких тканей в зоне полученного дефекта ограничивает возможности местной пластики. В связи с этим, актуален вопрос по поиску вариантов пластики у онкологических больных перенесших оперативные вмешательства на челюстно-лицевой зоне.

Цель. Изучить возможности и результаты статической коррекции мягких тканей лицевой зоны при параличе лицевого нерва, у больных перенесших обширные оперативные вмешательства. Выработать методику комплексной реабилитации лицевой зоны у пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу опухолей челюстно-лицевой зоны с комбинацией различных методик пластики местными тканями в комбинации со статической коррекцией мягких тканей лица. **Материалы и методы.** У 40 больных с параличом лицевого нерва после проведения обширных хирургических вмешательств, выполнена статическая коррекция лица нитями Силуэт Лифт в комплексе с коррекцией мягких различными видами пластики. У всех пациентов в анамнезе была проведена лимфаденэктомия на шее и лучевая терапия. 10 пациентам на первом этапе выполнены различные микрохирургические пластика зоны дефекта.

Результаты. Были получены оптимальные результаты по восстановлению эстетической и функциональной составляющей лицевого нерва. Проводилось анкетирование качества жизни больных до и после проведенной пластики. Все пациенты оценили полученный результат как хороший, качество жизни значительно улучшилось. Не было зарегистрировано каких-либо послеоперационных осложнений.

Выводы: Статическая коррекция тканей лица полипропиленовыми нитями в комплексе с местной и микрохирургической пластикой может являться методом выбора у пациентов перенесших обширные оперативные вмешательства с параличом лицевого нерва. Данная методика выполняется в случае невозможности проведения, микрохирургической динамической коррекции, а так же других методик реконструкции лицевого нерва.

Реконструктивно-пластическая хирургия при раке кожи лицевой зоны.

Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Панасейкин Ю.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, Москва

В последние годы отмечается значительный прирост заболеваемости различными видами рака кожи. Среди всех злокачественных новообразований рак кожи занимает 3-е место у мужчин и 2-е у женщин. Наиболее часто рак кожи поражает открытые участки тела, наиболее подверженные солнечному излучению (до 90% локализуется в лицевой зоне). Однако несмотря на относительно удобную для осмотра локализацию, многие больные впервые обращаются к врачам на поздних стадиях, вследствие чего в блок удаляемых тканей приходится включать достаточно обширные участки. Подобные хирургические вмешательства ведут к эстетическим и функциональным дефектам. Применяются различные виды пластики – местными тканями, перемещенными кожно-жировыми лоскутами (по Лимбергу, носогубный лоскут, Z-образный, П-образный, парамедиальный, скользящий лоскут), пластика местными тканями с использованием экспандеров, перемещенные кожно-мышечные лоскуты на сосудистой ножке, микрохирургическая пластика, в зависимости от полученного дефекта.

Цель. Изучить варианты пластического материала для восстановления дефектов лицевой зоны вследствие оперативных вмешательств по поводу рака кожи. Обеспечить наилучший эстетический и функциональный результат.

Материалы и методы. В отделение микрохирургии МНИ-ОИ им. П.А. Герцена используются все виды пластического материала для восстановления косметических и функциональных дефектов кожных покровов. За последние 5 лет выполнено более 100 хирургических вмешательств с одномоментной пластикой дефекта. Наиболее часто использовались перемещенные кожно-жировые лоскуты (по Лимбергу, носогубный лоскут, Z-образный, П-образный, парамедиальный, скользящий лоскут). Для замещения больших дефектов лицевой зоны использовалась методика экспандерной дермотензии. При обширных дефектах, недостатке местного пластического материала, ранее проведенной лучевой терапии использовалась микрохирургическая пластика. Всем пациентам проводилось анкетирование социальной адаптации до и после операции по системе EORTC. Большинство пациентов отметило улучшения качества жизни после проведенной пластики.

Выводы. При пластике дефектов лицевой зоны необходим индивидуальный подход при выборе пластического материала в зависимости от объема пораженных тканей и характеристик окружающих тканей. При локализованном опухолевом процессе кожи лицевой зоны практически любой локализации приоритет отдается пластике местными тканями, т.к. достигается наиболее удовлетворительный

косметический эффект ввиду схожих свойств кожных покровов (цвет, толщина, эластичность). При недостатке местных тканей используется микрохирургическая пластика перемещенными свободными лоскутами.

Комплексная реабилитация пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу опухолей челюстно-лицевой области с повреждением лицевого нерва.

Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Панасейкин Ю.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, Москва

Для лечения пациентов с опухолевым поражением челюстно-лицевой зоны применяется комплексный подход с проведением химиолучевой терапии и обширных оперативных вмешательств. Паралич лицевого нерва и как следствие птоз мягких тканей довольно частое осложнение онкологических операций на лицевой области. Восстановление симметрии лица, а также качественных свойств кожных покровов – это задача эстетического и функционального порядка. Частым осложнением паралича лицевого нерва является лагофтальм, который вызывает не только серьезный косметический дефект, но и ксеростомию с развитием язвы роговицы, и впоследствии слепоту. Вследствие паралича лицевого нерва в области поражения возникает нарушение лимфооттока. Лимфостаз может способствовать возникновению рецидивирующего рожистого воспаления, что приводит к повторным госпитализациям больного в стационар и экономическим затратам. Послеоперационные рубцовые процессы, фиброз изменяют физические и тактильные свойства кожных покровов. Для устранения подобных дефектов используются различные методики реконструктивно-пластической хирургии. При сроках паралича лицевого нерва более чем 1 год, мимические мускулатура атрофируются и замещается фиброзно-жировой тканью. При этом применяются методики динамической коррекции (замещение атрофированной мимической мускулатуры другими функционирующими мышечными волокнами).

Цель. Разработать комплексную методику по восстановлению физиологическое положение мягких тканей лицевой зоны вследствие оперативного поражения лицевого нерва. Восстановить тактильные и физические свойства кожных покровов в зоне дефекта. Обеспечить локорегионарный контроль.

Материалы и методы. В основе способа комплексной реабилитации пациентов, лежит методика динамической и статической коррекции лицевой области. При сроках поражения лицевого нерва более 1 года применяется микрохирургическая трансплантация ревааскуляризованных и реиннервированных мышечных единиц. При невозможности использования динамических методик коррекции используется

статическая коррекция полипропиленовыми нитями. Для восстановления физических и тактильных свойств кожных покровов проводится инъекция препарата на основе ботулотоксина типа А (ВТХ-А). При помощи ультразвукового исследования и эластографии кожи определялись качественные и количественные характеристики кожи пациентки, исходя из которых определялась необходимость инъекций ВТХ-А. Инъекции ботулотоксина снижают плотность кожи, шелушение, шероховатость и улучшают гладкость микрорельефа кожных покровов. Коррекция лица полипропиленовыми нитями позволяет подтянуть деиннервированные кожно-мышечные структуры лицевой области и зафиксировать их в физиологическом положении.

Выводы. Комплексная реабилитация пациентов с поражением лицевого нерва ввиду ранее перенесенных оперативных вмешательств по поводу онкологических заболеваний решается путем применения методик динамической и статической коррекции для устранения птоза мягких тканей и инъекциями ВТХ-А для восстановления физико-тактильных свойств кожных покровов. При этом обеспечивается необходимый локорегионарный контроль.

Влияние внешности на субъективный уровень качества жизни у женщин, обратившихся для эстетической коррекции тела.

Храмцова Н.И., Плаксин С.А., Заякин Ю.Ю.

Пермский государственный медицинский университет, Пермь

Введение. В современном обществе внешность человека служит отражением его жизненных сил, успешности, состоятельности. Большую роль в различных аспектах повседневной жизни имеет внешность индивида, а еще большее значение – отношение индивида к своей внешности в каждом из этих аспектов.

Идея. По данным литературы, основной причиной обращения женщин к пластическому хирургу служит неудовлетворенность собственной внешностью. Однако у части женщин она проявляется и в различных аспектах личностного функционирования, снижая тем самым качество жизни. Интересен анализ субъективного влияния собственной внешности на повседневное функционирование у женщин, обратившихся для проведения различных видов эстетической коррекции тела.

Цель. Установить вектор влияния восприятия собственной внешности на личностное функционирование у практически здоровых женщин, выбравших хирургический способ коррекции своей внешности: липосакцию, маммопластику, абдоминопластику.

Материалы и методы. Проанализирован характер восприятия образа тела у 105 практически здоровых женщин перед проведением эстетической операции с помощью русскоязычной версии опросника BIQLI. Средний возраст женщин составил $34,9 \pm 8,4$ лет, индекс массы тела – $25,0 \pm 3,8$ кг/м². Распределение по видам эстетических хирургических вмешательств было следующим: 16 женщин выбрали липосакцию, 5 женщин – абдоминопластику, 84 пациентки – маммопластику с увеличением молочных желез.

Результаты. Средний балл опросника BIQLI составил $1,5 \pm 0,8$. Положительный образ тела выявлен у 96 (91,4%) женщин. Различия в величине среднего балла опросника у разных групп пациенток было статистически не значимым. У пациенток с локальной липодистрофией, обратившихся для проведения липосакции, общий балл в среднем составил $1,6 \pm 0,7$ баллов. Влияние внешности было положительным на каждый из аспектов личностного функционирования у 9 (56,3%) опрошенных. Оставшиеся 7 (43,7%) пациенток отметили негативное влияние их внешности на некоторые из аспектов, однако общее влияние внешности было позитивным. У желающих пройти абдоминопластику образ тела был положительным, в среднем он равнялся $1,7 \pm 0,3$ баллам. И ни у одной из женщин в ответах не прозвучало негативное влияние внешности на какой-либо аспект личностного функционирования. У женщин, пришедших на маммопластику с увеличением размера молочных желез, средний балл равнялся $1,5 \pm 0,9$ с разбросом от $-0,58$ до $2,8$. Отрицательный образ тела оказался характерным только для этой группы пациенток и был обнаружен у 8 (7,6%) женщин. Отрицательный образ тела означает негативное восприятие женщинами своей внешности и отрицательное влияние ее на разные аспекты личностного функционирования. Средний балл опросника у них равнялся от $-0,11$ до $-0,58$, то есть у всех из них влияние внешности было слабо отрицательным. Отсутствие влияния образа тела на личностное функционирование выявлено у 1 (0,95%) пациентки, обратившейся для проведения маммопластики. При этом пациентка отметила положительное влияние внешности на три аспекта повседневного функционирования, слабо отрицательное – на четыре аспекта.

Обсуждение. У большинства женщин, обратившихся к пластическому хирургу, восприятие собственной внешности и влияние внешности на различные аспекты личностного функционирования были положительными. Женщины, пришедшие на липосакцию и абдоминопластику, в целом были довольны своей внешностью и отметили положительное ее влияние на повседневную жизнь. Группа женщин, пришедших на маммопластику, оказалась более разнородной. Хотя у абсолютного большинства из них образ тела оказался положительным, у части из них обнаружен отрицательный вектор образа тела, что требует дальнейшего исследования и определения причин его снижения.

Методы управляемого отрицательного давления и ультразвуковой кавитации в лечении длительно незаживающих ран.

Юнусова Ю.Р., Шаповалов С.Г., Сухопарова Е.П.

ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, Санкт-Петербург

Актуальность. Несмотря на современные достижения хирургии, актуальную клиническую проблему в медицине представляет собой лечение длительно незаживающих ран различного генеза. Местное консервативное лечение длительно незаживающих ран является лишь вспомогатель-

ным, оно преследует цель в кратчайшие сроки подготовить раневой дефект к реконструктивно-пластическому этапу [Кичемасов С.Х., Скворцов Ю.Р., 2006 г.]. Поэтому целесообразность использования физических методов локального воздействия на раневой процесс не вызывает сомнения.

Цель: изучить эффективность использования методов ультразвуковой кавитации и системы управляемого отрицательного давления при лечении длительно незаживающих ран различного генеза и провести сравнительную оценку этих методов.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение выполнено у 36 (100%) пациентов с длительно незаживающими ранами различного генеза. Из них – 44 % мужчины и 56 % женщин. Средний возраст составил $44,8 \pm 17,1$ год. Все больные разделены на три группы: 1-я (исследуемая группа 1) 11 пациентов; 2-я (исследуемая группа 2) 15 пациентов; 3-я (контрольная группа) 10 пациентов. Распределение больных на нозологические формы следующее: ожоговая травма – 33%, инфицированные послеоперационные раны – 22%, пролежни – 22%, синдром диабетической стопы – 12%, трофические язвы при заболеваниях нижних конечностей сосудистого генеза – 11%. В 1-й группе применялся аппарат вакуум-ассистированной терапии VivanoTec (Hartmann). Во 2-й группе применялся метод ультразвуковой кавитации с использованием аппарата SonoSca-180. В 3-й группе – традиционные перевязки с различными антисептическими средствами и раневыми покрытиями, которые выбирали, учитывая стадию раневого процесса и признаки раневой инфекции.

Производилась оценка результатов по следующим параметрам:

1. Качественные:

- Визуальная оценка грануляционной ткани (цвет, консистенция, адгезивность).

- Характеристика микробного пейзажа патологического очага.

2. Количественные:

- Уровень бактериальной обсемененности патологического очага.

- Скорость образования грануляционной ткани (по формуле: $V = (V_0 - V_t)/t$, где V_0 – объем раны при предшествующем из-

мерении, V_t – объем раневой поверхности через промежуток времени, t – промежуток времени).

- Скорость краевой эпителизации раневого дефекта (по формуле: $S = (S_0 - S_t)/t$, где S_0 – объем раны при предшествующем измерении, S_t – объем раневой поверхности через промежуток времени, t – промежуток времени).

- Сроки проводимого лечения.

Результаты. Исследование показало, что использование метода вакуум-терапии в 1-й группе и метода ультразвуковой кавитации во 2-й группе значительно сокращает сроки лечения по сравнению с применением консервативных методик в 3-й. В 1-й группе средний срок лечения составил $19,9 \pm 13,9$ суток, во 2-й – $26,1 \pm 15,8$ суток, в группе сравнения – $40,0 \pm 28,2$ суток ($p < 0,05$). Средняя скорость появления грануляционной ткани за 1-ю неделю проводимого лечения в 1-й группе составляла $0,9 \text{ см}^3$ в сутки, во 2-й – $0,48 \text{ см}^3$ в сутки, в 3-й – $0,27 \text{ см}^3$ в сутки ($p < 0,05$). Средняя скорость эпителизации за 1-ю неделю проводимого лечения в 1-й группе составляла $0,26 \text{ см}^2$ в сутки, во 2-й – $0,22 \text{ см}^2$ в сутки, в 3-й – $0,11 \text{ см}^2$ в сутки ($p < 0,05$). Исследование показало, что уровень бактериальной обсемененности к 4-м суткам лечения на фоне проводимой бактериальной терапии в 1-й группе составляло в среднем 103-104 микробных клеток в 1 г ткани, во 2-й группе – 104-105, в 3-й группе – 105-106 (рис. 5). Таким образом, снижение бактериальной обсемененности тканей раневого дефекта ниже критического уровня в 1-й группе достигался к 4-5 суткам, во 2-й группе – к 6-7 суткам, в 3-й группе – к 8-9 суткам. После достижения появления оптимальной грануляционной ткани проводился этап оперативного восстановления кожного покрова. Оперативное восстановление кожного покрова было выполнено у 31 (87%) больного.

Выводы. Проведенное исследование показало, что применение физических методов локального лечения является высокоэффективным методом лечения длительно незаживающих раневых дефектов. Вакуум-терапия, как и ультразвуковая обработка ран, позволяет в ранние сроки (3-7 дней) добиться пролиферативной стадии раневого процесса, что позволяет адекватно и своевременно выполнить оперативное восстановление кожного покрова.

СОДЕРЖАНИЕ

Многогранность переднебокового лоскута бедра в реконструкции дефектов мягких тканей головы и шеи. <i>Абдуллаев К.Ф., Неробеев А.И., Гилева К.С., Васильев Е.А., Орлова Е.В.</i>	1
Острый тромбоз глубоких вен после пластической операции: алгоритм действий. <i>Аганина Е.Н., Ведерникова О.Л., Караваев В.А.</i>	1
Липофилинг как метод восстановительного лечения постлучевых повреждений мягких тканей у больных раком молочной железы. <i>Агишев Т.Т., Красножон Д.А.</i>	2
Формирование промежностной уретры у ж/м транссексуалов при реконструкции промежности по мужскому типу. <i>Адамян Р.Т., Истранов А.Л., Матевосян А.В.</i>	3
Особенности подготовки операционных сестер по специальности «пластическая хирургия». <i>Алиев Т.Р.</i>	3
Критерии отбора среднего медицинского персонала для работы в клинике пластической хирургии и косметологии. Собственный опыт обучения на рабочем месте. Ежегодная аттестация на рабочем месте. <i>Аляева О.Ю.</i>	4
Преимущество нехирургической коррекции носа филерами Ellanse. <i>Амбарцумян В.С.</i>	4
Малоинвазивный лифтинг при синдроме «растянутого влагалища» – комплексный подход. <i>Аполихина И.А., Горбунова Е.А., Сухих Г.Т.</i>	5
Первый российский опыт использования PRP в эстетической гинекологии. <i>Аполихина И.А., Горбунова Е.А., Сухих Г.Т.</i>	5
Эндоскопическая латеральная фиксация Т-образным проленовым имплантом при переднем и апикальном пролапсе тазовых органов у женщин (предварительные результаты). <i>Арютин Д.Г., Ваганов Е.Ф., Тониян К.А., Белоусова А.А.</i>	6
Сочетанные методы при коррекции анатомических и функциональных тазовых расстройств. <i>Арютин Д.Г., Малинина О.Ю., Никифорова Я.Б.</i>	7

Становление специальности «пластическая хирургия» в Томске после 7 июля 2009 года. <i>Байтингер В.Ф.</i>	7
Состояние пластической хирургии в Томске (часть первая). <i>Байтингер В.Ф.</i>	8
Смена парадигмы в хирургии травм сухожилий разгибателей пальцев кисти в I-ой зоне. <i>Байтингер В.Ф., Камолов Ф.Ф.</i>	8
Разработка технологии формирования первично чувствительного сосково-ареолярного комплекса при реконструктивной маммопластике. <i>Байтингер В.Ф., Курочкина О.С., Силкина К.А.</i>	9
Современные технологии лечения вторичной лимфедемы верхних конечностей. <i>Байтингер В.Ф., Курочкина О.С., Селянинов К.В., Байтингер А.В., Никулин А.А.</i>	9
Капиллярная гипоперфузия микрососудистых лоскутов: причины и профилактика. <i>Байтингер В.Ф., Селянинов К.В., Курочкина О.С., Дзюман А.Н.</i>	10
Применение полнослойных кожных аутоотрансплантатов для лечения травм и деформаций лица. <i>Богданов С.Б.</i>	10
Способ определения уровня подъема бровей при эндоскопической подтяжке лба и методы его фиксации. <i>Богов А.А., Богов-Младший А.А., Хрусталева И.Э., Хрусталева Г.М.</i>	11
Прямая генная терапия в реконструктивной хирургии периферических нервов. <i>Богов А.А., Масгутов Р.Ф., Галлямов А.Р., Ханнанова И.Г., Ризванов А.А., Богов-Млад А.А., Салафутдинов И.И., Ахтямов И.Ф.</i>	12
Васкуляризованная костная пластика для лечения асептического некроза полулунной кости. <i>Богов А.А., Топыркин В.Г., Филиппов В.Л., Журавлев М.Р.</i>	12
Применение васкуляризованных трансплантатов для лечения патологии ладьевидной кости. <i>Богов А.А., Топыркин В.Г., Филиппов В.Л., Масгутов Р.Ф.</i>	13
Клинический случай осложнения после химического пилинга. <i>Борлаков И.А., Азам В.В.</i>	13
Гематомы после открытых лифтинговых операций на лице и шее: оценка рисков. <i>Бузов Д.А., Кузьмин В.В., Голубков Н.А.</i>	14

Остаточный энофтальм. <i>Буцан С.Б., Йигиталиев Ш.Н., Селезнев В.А.</i>	14
Первый отечественный фибриновый клей. <i>Былов К.В., Локтев Д.А.</i>	15
Липографтинг как самостоятельный метод отсроченной реконструкции молочной железы. <i>Васильев В.С., Васильев С.А., Васильев Ю.С., Васильев И.С., Карпов И.А.</i>	16
Дифференцированный подход к лечению младенческих гемангиом. <i>Васильев И.С., Абушкин И.А., Васильев С.А., Васильев Ю.С., Васильев В.С., Карпов И.А., Денис А.Г., Росанова О.А., Лапин В.О.</i>	16
Идеальное тело: дуэт инъекционных препаратов AQUALYX® и ALIDIA® для коррекции локальных жировых отложений и целлюлита в сложных и деликатных зонах. <i>Васильев М.Н.</i>	17
Компьютерное моделирование индивидуальных подбородочных имплантов. <i>Васильев М.Н., Искорнев А.А.</i>	18
Первый опыт применения липографтинга и аутоотрансплантации стромально-васкулярной фракции жировой ткани в лечении постлучевых ректовагинальных свищей. <i>Васильев В.С., Терюшкова Ж.И., Еремин И.И., Васильев С.А., Казачков Е.Л., Карпов И.А., Димов Г.П., Рябинин В.Е., Димова Е.В., Маркина Т.В., Васильев Ю.С., Васильев И.С.</i>	18
Образ пластического хирурга в кинематографе <i>Венедиктов М.В., Кардов Х.М., Соколов И.С., Пшениснов К.П.</i>	19
Особенности применения малоберцового аутоотрансплантата в реконструкции средней зоны лица. <i>Вербо Е.В., Буцан С.Б., Большаков М.Н., Гилёва К.С., Москалёва О.С., Горкуш К.Н.</i>	19
Стратегия устранения комбинированных дефектов средней зоны лица. <i>Вербо Е.В., Буцан С.Б., Большаков М.Н., Гилёва К.С., Москалёва О.С., Горкуш К.Н., Филиппов И.К.</i>	20
Остеорадионекроз лицевого скелета: современный взгляд на старую проблему. <i>Вербо Е.В., Неробеев А.И., Буцан С.Б., Перфильев С.А., Черненко М.М., Крайтор А.С.</i>	21
Сфера применения ревааскуляризованного кожно-фасциального локтевого лоскута при устранении дефектов и деформаций тканей головы и шеи. <i>Вербо Е.В., Петросян А.А.</i>	22

- Хирургическое лечение послеожоговых рубцовых деформаций кисти у детей.
Викол Г.В., Присэкару О.М., Монул С.Ф., Томуз В.А., Присэкару И.В., Наку В.Е. 22
- Случай реконструкции носа при распространенной форме базальноклеточного рака.
Виноградов В.В., Сивкович О.О., Решульский С.С. 23
- Комбинация методов объемно-контурной пластики при лечении пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.
Висаитова З.Ю., Чкадуа Т.З., Струкова О.О. 23
- Комплексный подход к ведению пациентов с акне: психосоматические аспекты дерматологической патологии.
Волкова Н.В., Глазкова Л.К. 24
- Resosma – лазерный метод акусто-интерференционного микроповреждения тканей: комплексное нехирургическое омоложение мягких тканей лица – воздействие на уровне дермы и SMAS.
Волкова Н.В., Швидун Д.В., Ребриева А.С. 24
- Использование сетчатого имплантата при одномоментной комбинированной реконструкции молочной железы.
Волченко А.А., Иванов В.М., Лядов В.К., Ненахова Ю.Н., Сецко М.А. 25
- Регенеративная хирургия колобомы века с использованием биоматериалов Аллоплант.
Галимова В.У., Нураева А.Б. 25
- Опыт реконструкции молочной железы *di*er лоскутом.
Гарбуков Е.Ю., Жеравин А.А., Кульбакин Д.Е., Брагина О.Д., Дорошенко А.В., Кокорина Ю.Л., Тарабановская Н.А., Вернадский Р.Ю. 26
- Ринопластика как этап комплексной реабилитации пациентов с зубочелюстными аномалиями.
Глушко А.В., Дробышев А.Ю., Гордина Г.С., Дзампаева И.Р. 27
- Концепция многоугольников в формировании эстетики концевой отдела носа.
Глушко А.В., Дробышев А.Ю., Чакир Б. 27
- Тактика хирургического лечения при повреждениях малоберцового нерва.
Голубев И.О., Меркулов М.В., Максимов А.А., Кутепов И.А., Бушуев О.М. 28
- Влияние симпатэктомии на исходы аутонейропластики после травм нервов верхних конечностей.
Голубев И.О., Меркулов М.В., Максимов А.А., Кутепов И.А., Бушуев О.М. 28

Особенности современной реконструкции носа при его частичных сквозных дефектах. <i>Горкуш К.Н., Пшениснов К.П.</i>	29
Методика ведения послеоперационного периода у пациентов с открытой травмой скелета носа. <i>Григорьева А.А.</i>	29
Особенности верхней эстетической блефаропластики в различных клинических ситуациях. <i>Грищенко С.В.</i>	30
Результаты хирургического лечения паралитического лагофтальма с использованием пальпебрального имплантата. <i>Груша Я.О., Искусных Н.С., Фетцер Е.И., Богачева Н.В., Кобзова М.В.</i>	31
Междисциплинарный подход к реабилитации пациентов с врожденными аномалиями наружного уха. <i>Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Назарян Д.Н., Харазян А.Э., Кондратчиков Д.С., Яранцев С.В., Пащнина О.А., Умаров П.У., Михалевич А.Е.</i>	32
Особенности кохlearной имплантации при кохлеовестибулярной патологии. <i>Дайхес. Н.А., Диаб Х.М., Пащнина О.А., Кондратчиков Д.С., Михалевич А.Е.</i>	32
Щадящий подход к хирургическому удалению опухолей лицевого нерва с сохранением/восстановлением его функции и слуха. <i>Дайхес. Н.А., Диаб Х.М., Нажмутдинов И.И., Кондратчиков Д.С., Умаров П.У., Пащнина О.А., Михалевич А.Е.</i>	33
Эффективные слухосохраняющие способы хирургического лечения пациентов с болезнью меньера. <i>Дайхес. Н.А., Диаб Х.М., Корвяков В.С., Михалевич А.Е., Пащнина О.А., Кондратчиков Д.С.</i>	34
Междисциплинарный подход с использованием инфратемпорального доступа в хирургическом лечении пациентов с параганглиомами латерального основания черепа. <i>Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Нажмутдинов И.И., Умаров П.У., Пащнина О.А., Кондратчиков Д.С.</i>	35
Интраоперационный контроль расположения электродной решетки на хирургическом этапе кохlearной имплантации. <i>Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Васильев А.Ю., Потрахов Н.Н., Грязнов А.Ю., Соколова В.Н.</i>	36
Усовершенствование способов хирургического лечения пациентов хроническим гнойным средним отитом с инвазивной холестеатомой. <i>Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Варсян Е.Г., Пащнина О.А., Кондратчиков Д.С., Михалевич А.Е.</i>	36

Хирургия мягкого нёба: удалять нельзя сохранять. <i>Джафарова М.З., Авербух В.М., Бебчук Г.Б.</i>	37
Хирургическое омоложение средней зоны лица, выбор методики. <i>Дикарев А.С.</i>	38
Анестезиологические аспекты ведения пациентов с реваскуляризованными аутотрансплантатами, перенесенными в область головы и шеи. <i>Добродеев А.С., Малыхина И.Ф.</i>	38
Новая операция для устранения А-образной деформации век. <i>Добрякова О.Б., Добряков Б.С., Носов А.П., Булхов О.А.</i>	39
Новый метод открытой капсулотомии «ёлочная игрушка». <i>Добрякова О.Б., Кузнецова Н.В., Носов А.П.</i>	40
Мультипрограммная динамическая электростимуляция как метод восстановления иннервации мимических мышц. <i>Доманский В.Л., Неробеев А.И., Сомова М.М., Салихов К.С.</i>	41
Актуальность липофилинга в ортогнатической хирургии у пациентов с III скелетным классом. <i>Дробышев А.Ю., Дзампаева И.Р., Глушко А.В., Клипа И.А.</i>	41
Применение липофилинга для улучшения эстетики лица у пациентов после онкологических операций в челюстно-лицевой области. <i>Дробышев А.Ю., Дзампаева И.Р., Глушко А.В., Михайлюков В.М., Свиридов Е.Г.</i>	42
Нейрофизиологические и ультразвуковые методы в диагностике повреждений периферических нервов. <i>Дружинин Д.С., Новиков М.Л., Торно Т.Э.</i>	42
Проблемы качества косметологической помощи в РФ. <i>Дубовая Е.Г., Королькова Т.Н.</i>	43
Особенности юридической ответственности при оказании косметологических услуг средним медицинским персоналом. <i>Дубовая Е.Г., Королькова Т.Н.</i>	44
Роль реконструктивно-пластической хирургии в устранение дефектов у онкологических больных. <i>Дустов Ш.Х., Жумаев А., Исматов Ж., Хикматов Ж.</i>	44
Мультисрезовая компьютерная томография в оценке анатомических структур наружного носа. <i>Дутова М.О., Лежнев Д.А., Давыдов Д.В., Пуцилло С.П.</i>	45

Исследование эффективности новых способов интерферонотерапии у пациентов с папилломатозом гортани при проведении комбинированного лечения. <i>Егоров В.И., Симбирцев А.С., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О.</i>	46
Значение микрохирургической техники в профилактике осложнений после радикальных мастэктомий. <i>Ермощенко М.В., Зикиряходжаев А.Д.</i>	46
Профилактика и лечение невропатий лицевого нерва. <i>Жарова Е.Н., Бондаренко А.Б.</i>	47
Симультанный подход при коррекции молочных желез передней брюшной стенки. <i>Жуков М.И., Стефкивская О.В.</i>	48
Эстетическая ортопедия кисти и стопы. <i>Заварухин В.И.</i>	48
Оптимизация абдоминопластики. <i>Зайнутдинов А.М.</i>	49
Зашивание субмаммарного разреза при эндопротезировании груди. <i>Зеленин Н.В., Мантурова Н.Е., Зеленин В.Н.</i>	49
Онкопластические резекции при мультифокальном раке молочной железы. <i>Зикиряходжаев А.Д., Аблицова Н.В., Власова М.Ю.</i>	50
Корректирующий липофилинг у больных раком молочной железы после комбинированного и комплексного лечения. <i>Зикиряходжаев А.Д., Ермощенко М.В., Масри А.А., Сухотько А.С., Ратушная В.В., Евтягина Н.В.</i>	50
Опыт использования полиуретановых имплантатов в реконструктивной хирургии рака молочной железы <i>Зикиряходжаев А.Д., Ермощенко М.В., Сухотько А.С., Тукмаков А.Ю.</i>	51
Онкопластические резекции молочной железы. <i>Зикиряходжаев А.Д., Ермощенко М.В., Чиссов В.И., Тукмаков А.Ю.</i>	51
TRAM-лоскут для реконструкции у больных раком молочной железы. <i>Зикиряходжаев А.Д., Рассказова Е.А.</i>	52
Поражение сосково-ареолярного комплекса при раке молочной железы. <i>Зикиряходжаев А.Д., Рассказова Е.А., Сарибекян Э.К., Волченко Н.Н.</i>	52
Необходимость выполнения профилактической мастэктомии у больных с генетически обусловленным раком молочной железы. <i>Зикиряходжаев А.Д., Сухотько А.С., Масри А.А.</i>	53

Анатомическая классификация «протезных грыж». <i>Зотов В.А.</i>	54
Эстетические операции у онкологических пациентов, или Что мы можем предложить нашим больным. <i>Иванов В.Г., Волох М.А., Ермилова Е.В., Сурмач А.А., Курпас И.А., Жильцова Е.К., Иванова О.А.</i>	54
Оригинальный способ формирования субмаммарной складки (борозды) при реконструкции молочной железы. <i>Иванов В.Г., Волох М.А., Ермилова Е.В., Сурмач А.А., Курпас И.А., Меджидова А.А.</i>	55
Можно ли избежать деформации центральной зоны молочной железы после удаления сосково-ареолярного комплекса у больных раком молочной железы. <i>Иванов В.Г., Волох М.А., Ермилова Е.В., Сурмач А.А.</i>	56
Еще раз о профилактической мастэктомии. Возможно ли понимание проблемы? <i>Иванов В.Г., Волох М.А., Мейер Е.О., Ермилова Е.В., Сурмач А.А., Курпас И.А.</i>	56
Еще раз о профилактической мастэктомии. Возможно ли понимание проблемы? <i>Иванов В.Г., Волох М.А., Сурмач А.А.</i>	57
Отсроченная реконструкция молочной железы аутоотканями с одномоментной пересадкой паховых лимфатических узлов для устранения лимфатического отека руки после комплексного лечения рака молочной железы. <i>Ивашков В.Ю., Соболевский В.А.</i>	58
Биомеханические характеристики тканей век и трансплантатов для их замещения. <i>Июмдина Е.Н., Филатова И.А., Некрасов И.О.</i>	58
Гармонизирующая хирургия. <i>Искорнев А.А., Васильев М.Н.</i>	59
Варианты контурной пластики лица	59
Возможности липографтинга в реконструктивной хирургии конечностей. <i>Казанцев И.Б., Цуканов А.И., Серяков В.И., Чикинев К.Э.</i>	60
Особенности лечения и реабилитации пострадавших с минно-взрывными ранениями челюстно-лицевой области. <i>Калиновский Д.К., Назарян Д.Н., Караян А.С.</i>	61
Значение субмаммарной борозды и оригинальный способ её восстановления при реконструкции молочной железы. <i>Камалетдинов И.Ф., Исмагилов А.Х.</i>	62

Функциональные последствия риносептопластики. <i>Карпетян Л.С., Русецкий Ю.Ю.</i>	62
Осложнения в косметологии. <i>Карпова Е.И., Данищук О.И.</i>	63
Сохранение и восстановление функции лицевого нерва в хирургии опухолей основания черепа. <i>Каурова Т.А., Гуляев Д.А., Левина М.В.</i>	63
Эффективность аутоплазменной терапии при склерозирующем лихене. <i>Климова О.И., Блбулян Т.А.</i>	64
Необходимость совершенствования среднего медицинского персонала в пластической хирургии и косметологии. Создание должностных инструкций для среднего медперсонала в эстетической медицине с учетом модернизации образовательных программ. <i>Кононенко Л.Ю.</i>	65
Совершенствование среднего медицинского персонала в пластической хирургии и косметологии. Необходимость модернизации образовательных программ. <i>Кононенко Л.Ю.</i>	65
Наш опыт замещения обширных раневых дефектов волосистой части головы. <i>Коростелев М.Ю.</i>	66
Золотое трио: лифтинг нижней трети лица БТХА, филлерами и нитями из полимолочной кислоты. <i>Корчагина Е.А.</i>	67
Омоложение и хирургическая коррекция губ и околоротовой области. <i>Кочнева И.С., Левицкая М.Г., Саруханов Г.М.</i>	67
Реконструкция скулофронтальноорбитальной области при фиброзной дисплазии. <i>Кугушев А.Ю., Лопатин А.В., Ясонов С.А., Болотин М.В., Рогожин Д.В.</i>	67
Нутритивная недостаточность после абдоминопластики, сочетанной с липосакцией. <i>Кузьмин В.В., Нудельман Н.С., Зырянова В.В., Шмакова И.Н., Голубков Н.А., Головач В.А., Коморник Е.А., Цветков И.Л., Савун В.Ю., Бузов Д.В.</i>	68
Рубцы постакне: новые возможности коррекции сочетанным лазерным воздействием. <i>Кузьмина С.М.</i>	68
Реконструктивно-пластические операции у пациентов с местно- распространенными опухолями полости рта. <i>Кульбакин Д.Е., Чойнзон Е.Л., Гарбуков Е.Ю., Мухамедов М.Р., Хавкин Н.М., Штин В.И., Васильев Р.В.</i>	69

Гендерные особенности при проведении ортогнатической операции. <i>Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Лонская Е.А., Дробышева Н.С.</i>	69
Одномоментные операции для улучшения эстетических результатов хирургического лечения пациентов с аномалиями развития челюстей. <i>Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Лонская Е.А., Колчин С.А.</i>	70
Метод хирургического лечения макрогнатии нижней челюсти. <i>Курашев А.Г., Ташметов Э.Р.</i>	71
Фэтграфтинг ягодич. <i>Левицкая М.Г., Саруханов Г.М., Кочнева И.С.</i>	71
Радиоволновой лифтинг Pelleve в коррекции инволюционных изменений периорбитальной области. <i>Ли А.Г.</i>	72
Показания к экстракорпоральной риносептопластике из открытого ринопластического доступа. <i>Липский К.Б., Сидоренков Д.А., Аганесов Г.А., Горячих О.А.</i>	72
Коррекция концевого отдела носа при вторичной ринопластике. <i>Липский К.Б., Сидоренков Д.А., Аганесов Г.А., Стрелкова Н.К.</i>	73
Проведение липофилинга для улучшения эстетических результатов ортогнатической операции. <i>Лонская Е.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Дробышева Н.С.</i>	73
Тиреопластика одностороннего паралича гортани. <i>Магомедова К.М., Нажмудинов И.И., Куликов И.О.</i>	74
Изъяны в образовании среднего медицинского персонала по специальности «косметология», приводящие к дискредитации профессии в целом. <i>Мамонова В.В.</i>	74
Взаимосвязь эффективности применения ботулотоксина и психологического статуса пациента в коррекции возрастных изменений верхней трети лица. <i>Машкина А.С.</i>	75
Реконструкция молочной железы SIEA лоскутом: клинический случай. <i>Мельников Д.В., Старцева О.И., Пищикова Е.Д., Иванов С.И., Даштоян Г.Э.</i>	75
Дерматологическая реабилитация реконвалесцентов с термическими поражениями. <i>Мигунов М.А., Смирнов К.С., Колбина М.С.</i>	76
Амниотическая мембрана в окулопластике. <i>Милюдин Е.С., Братко О.В.</i>	77

Функционально щадящий подход к редуccionной ринопластике. <i>Минкин А.У., Зимин Д.А.</i>	77
Вариабельность хирургического лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями скулоглазничного комплекса. <i>Михайлюков В.М., Дробышев А.Ю., Капустин А.А., Глушко А.В., Дзампаева И.Р.</i> . . .	78
Обоснование и показания к ранним оперативным вмешательствам при врожденных расщелинах верхней губы и нёба. <i>Музычина А.А., Бугоркова И.А., Калинина М.Г.</i>	79
Пластика дефектов полости рта эполетным (надплечным) кожно- фасциальным лоскутом на питающей ножке. <i>Музычина А.А., Иващенко А.Л., Дворник В.Э.</i>	80
Вакуум-терапия при лечении больных с тяжелыми сочетанными повреждениями конечностей. Клинический пример. <i>Муллин Р.И., Богов А.А., Фартдинов М.Ф., Ханнанова И.Г.</i>	80
Световые технологии в комплексной коррекции пастозно- деформационного типа старения. <i>Некрасова С.В.</i>	81
Комплексный подход к лечению сосудистых аномалий области головы и шеи. <i>Неробеев А.И., Добродеев А.С., Большаков М.Н.</i>	81
Лицевой паралич и пересадка мышц: оценка жизнеспособности лоскутов. <i>Неробеев А.И., Добродеев А.С., Малыхина И.Ф.</i>	82
Технология интраоперационной нейронавигации и мониторинга при оперативных вмешательствах на лице и шее. <i>Неробеев А.И., Малаховская В.И., Сомова М.М., Салихов К.С., Доманский В.Л.</i>	83
Комплексный подход в выборе методов лечения парезов мимической мускулатуры. <i>Неробеев А.И., Салихов К.С., Сомова М.М., Висаитова З.Ю.</i>	83
Анализ результатов лечения пациентов с параличем мимической мускулатуры. <i>Неробеев А.И., Сомова М.М., Салихов К.С., Орлова Е.В.</i>	84
Последствия операций на околоушной железе. <i>Неробеев А.И., Таланова О.И.</i>	84
Микрохирургические реконструкции при лицевом параличе интракраниального генеза. <i>Новиков М.Л., Торно Т.Э.</i>	85

Современные принципы диагностики и лечения родового паралича верхней конечности. <i>Новиков М.Л., Торно Т.Э.</i>	85
Хирургическое лечение травматических повреждений плечевого сплетения: опыт одного коллектива за 10 лет <i>Новиков М.Л., Торно Т.Э., Федоров А.В., Карапетян Р.Т.</i>	86
Коррекция выступающей ушной раковины. Персональная техника. <i>Нтире М., Сутулов В.В., Нтире А.М., Адырахманов А.А.</i>	86
Леваторопластика с формированием дубликатуры в лечении врожденных блефароптозов. <i>Ободов В.А., Борзенкова Е.С., Ободов А.В.</i>	86
Наш метод отопластики. <i>Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С.</i>	87
Модификация метода Сердиева. <i>Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С.</i>	87
Пластика обширных дефектов тканей головы после ожогов. <i>Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С., Фраучи И.В.</i>	88
Безопасная коррекция средней трети лица в стратегии софтфиллинга филлерами Amalían (Германия). <i>Оразов М.Р.</i>	88
Дискуссионные вопросы эстетической хирургии вульвы. <i>Оразов М.Р.</i>	89
Морфогенетические изменения дермы после имплантации нитей на основе полидиоксана. <i>Оразов М.Р.</i>	89
Изысканный нос. Другая эстетическая концепция идеала носа. <i>Павлюченко Л.Л., Челак А.О., Валиев Л.Л.</i>	90
Способ восстановления скольжения сухожилий сгибателей пальцев при застарелых повреждениях. <i>Пекарь А.В., Ладутько Д.Ю., Подгайский А.В., Подгайский В.Н., Чичва А.Ф.</i>	91
Методика «вечный ботокс» – малоинвазивная альтернатива ботулоксинам. <i>Пенаев А.А., Мелерзанов А.В., Пенаева С.А.</i>	91
Новые возможности липосакции с использованием ультразвуковой техники III поколения. <i>Пенаев А.А., Пенаева А.А.</i>	92

Мультитехнологичный подход к малоинвазивной хирургии лица и шеи. <i>Пенаев А.А., Пенаева С.А.</i>	92
Посттравматические деформации лица как следствие повреждения назоэтмоидального комплекса и методы их коррекции. <i>Петросян К.А.</i>	93
Некоторые аспекты систематизации причин возникновения нестандартных клинических ситуаций в пластической хирургии. <i>Петросян К.А.</i>	93
Некоторые аспекты стандартизации тактики восстановления периферических нервов при травматических ампутациях конечностей. <i>Петросян К.А., Катаян Ш.О.</i>	94
Применение липофилинга при водоструйной липоаспирации. <i>Плаксин С.А., Храмцова Н.И.</i>	94
Эффективность хирургического лечения осевыми сложно-составными лоскутами декубитальных язв у больных с поражением спинного мозга. <i>Плешков А.С., Шаповалов С.Г., Панов А.В.</i>	95
Специфические личностные особенности пациентов, получающих услуги в эстетической медицине. Психологическое сопровождение средним медицинским персоналом лечебного процесса пациентов, с различными деформациями личности. <i>Позин А.И.</i>	95
Косметические и косметологические услуги. Разделение полномочий между врачом и медсестрой в косметологии. <i>Позина Н.В., Позин А.И.</i>	96
Реконструктивно-пластическая хирургия при раке кожи лицевой зоны. <i>Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Панасейкин Ю.А.</i>	96
Реконструкция языка свободным ревааскуляризированным «химерным» лоскутом при хирургическом лечении рака полости рта. <i>Поляков А.П., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Куценко И.И., Никифорович П.А., Мордовский А.В.</i>	97
Устранение сквозных дефектов челюстно-лицевой зоны у онкологических больных. <i>Поляков А.П., Решетов И.В., Ратушный М.В., Маторин О.В., Ребрикова И.В., Филюшин М.М.</i>	98
Алгоритм осмотра пациента с птозом верхнего века. <i>Потемкин В.В., Марченко О.А.</i>	98

Аугментационная мастопексия – шаг вперед или тупик? <i>Пржедецкий Ю.В., Пржедецкая В.Ю.</i>	99
Реконструктивная маммопластика. Эстетика или симметрия? <i>Пржедецкий Ю.В., Пржедецкая В.Ю., Борлаков А.В.</i>	100
Применение консервированных аллотрансплантов при ожогах у детей. <i>Присэкару О.М., Викал Г.В., Монул С.Ф., Присэкару И.В., Наку В.Е.</i>	100
Осложнения эстетической отопластики и пути их преодоления. <i>Протасов К.А.</i>	101
Сравнительный опыт применения свободных аутоотрансплантатов для замещения дефектов носа. <i>Пухов А.Г., Медведев А.А., Бурмистрова А.В., Татунов М.А.</i>	101
Способ определения уровня подъема бровей при эндоскопической подтяжке лба и методы его фиксации. <i>Республиканская клиническая больница Республики Татарстан, Казань</i>	101
Устранение дефектов челюстей с технологиями быстрого прототепирования. <i>Решетов И.В., Гапонов М.Е.</i>	102
Реконструктивно-восстановительная хирургия гортани и шейного отдела трахеи. <i>Решульский С.С., Виноградов В.В.</i>	102
Роль среднего медперсонала в оказании экстренной помощи. <i>Рязанцев В.В.</i>	103
Блефароптоз как осложнение орбитотомии при опухолях орбиты. <i>Саакян С.В., Гусев Г.А.</i>	103
Оптимизация разреза кожи при подвздошно-пахово-бедренной лимфоаденоэктомии, выполняемой по поводу метастазов меланомы. <i>Сарибекян Э.К., Глотов Е.С., Ермаков А.В.</i>	104
Современный подход к выполнению коррекции контура передней стенки грудной клетки при женском транссексуализме. <i>Сафронов В.В., Старцева О.И., Адамян Р.Т.</i>	104
Новые возможности и клиническая эффективность ультразвуковой липосакции 3-го поколения. <i>Свиридов С.В.</i>	105
Обучение микрохирургии в Томске. <i>Селянинов К.В., Байтингер В.Ф., Байтингер А.В., Курочкина О.С.</i>	106

К вопросу классификации в пластической эстетической хирургии. <i>Сергиенко Е.Н., Сергиенко И.М.</i>	106
Роль хирургической контурной пластики тела с эстетической целью у пациентов после значительной потери веса. <i>Сидоренков Д.А., Лобачев К.С., Кадырова Ф.З., Гладышева В.В.</i>	107
Ультразвуковая липосакция. 16-летний опыт. <i>Сидоренков Д.А., Лощ С.Г., Кадырова Ф.З.</i>	107
Эффективность применения мази Такропик для наружной терапии атопического дерматита в детском возрасте. <i>Силина Л.В., Колбина М.С., Письменная Е.В., Исаенко Т.П.</i>	107
К вопросу выбора эффективного препарата наружной терапии для лечения пациентов с атопическим дерматитом. <i>Силина Л.В., Колбина М.С., Харахордина Ю.Е.</i>	108
Ценность дерматоскопии в диагностике новообразований. <i>Силина Л.В., Хвостовой В.В., Киселев И.Л., Зозуля А.Ю.</i>	109
Хирургическая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки с использованием пластин из никелида титана. <i>Слизовский Г.В., Козырев А.А., Кужеливский И.И.</i>	109
Порядок предоставления платных медицинских услуг. <i>Снахова М.Р.</i>	110
Реконструкция молочной железы dier лоскутом. Собственный опыт за 10 лет. <i>Соболевский В.А., Ивашков В.Ю.</i>	110
Коррекция возрастассоциированных изменений лица с применением различных модификаций мезонитей lead fine lift. <i>Старкова Е.Ю.</i>	111
Сравнительный анализ частоты ранних инфекционных раневых осложнений радикальной мастэктомии и органосохраняющих операций у больных раком молочной железы. <i>Старкова М.В., Грушина Т.И., Зикиряходжаев А.Д., Усов Ф.Н.</i>	111
Роль реконструкции сосково-ареолярного комплекса у больных, перенесших хирургическое лечения рака молочной железы. <i>Старкова М.В., Токаев В.К., Усов Ф.Н., Зикиряходжаев А.Д.</i>	112
Реконструкция молочных желез с использованием аутоканей: за и против. <i>Старцева О.И., Мельников Д.В., Даштоян Г.Э.</i>	112

Реконструкция молочных желез с использованием лоскутов передней брюшной стенки: эволюция от TRAM – к SIEA-лоскуту. <i>Старцева О.И., Мельников Д.В., Иванов С.И., Даштоян Г.Э.</i>	113
Исследование концентрации факторов роста в различных препаратах аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, применяемых в пластической хирургии. <i>Старцева О.И., Мельников Д.В., Кириллова К.А., Захаренко А.С., Истранов А.Л., Пищикова Е.Д.</i>	114
Современное состояние проблемы введения безоболочечных имплантатов с целью увеличения молочных желез. <i>Старцева О.И., Мельников Д.В., Пищикова Е.Д.</i>	114
Профилактика келоидного рубцевания. <i>Степанкина Е.С., Бармин Е.В., Пичугина Н.В., Степанкин С.Н.</i>	115
Определение коэффициента избыточного натяжения краев операционной раны при ушивании. <i>Степанкина Е.С., Бармин Е.В., Пичугина Н.В., Степанкин С.Н.</i>	116
Кантопексия. Как добиться стабильных результатов. Новые подходы. <i>Суламанидзе М.А., Суламанидзе К.М., Суламанидзе Г.М., Азизян Е.Г.</i>	117
Сохранение нижнего альвеолярного нерва при резекции нижней челюсти с одномоментным восстановлением ее непрерывности ревааскуляризованными трансплантатами. <i>Терещук С.В., Деменчук П.А., Сухарев В.А.</i>	117
Опыт применения сакроспинальной кольпосуспензии сетчатым имплантом в лечении переднего и апикального пролапса гениталий. <i>Тониян К.А., Арютин Д.Г., Ваганов Е.Ф.</i>	118
Что важнее: форма или объем реконструированной молочной железы? Альтернативные методы реконструкции: «слинг-объем» и «объем-слинг». <i>Федосов С.И.</i>	118
Сочетание PRP-терапии с инвазивными процедурами: показания, протоколы, результаты. <i>Федякова Е.В.</i>	119
Удаление глаза как косметическая операция. <i>Филатова И.А., Мохаммад И.М.</i>	119
Применение имплантатов из политетрафторэтилена (птфэ) для пластики век. <i>Филатова И.А., Шеметов С.А.</i>	120

Устранение птоза верхнего века в сложных случаях. <i>Филатова И.А., Шеметов С.А.</i>	120
Профессия сестринское дело в пластической хирургии, как симбиоз профессий. Необходимость введения новой специальности, в связи с новыми порядками оказания медицинской помощи в пластической хирургии. <i>Флакс Г.А.</i>	121
Показания и противопоказания для сохранения проекционного лоскута кожи при хирургическом лечении рака молочной железы.	121
Лечение посттравматических блефароптозов от первичной хирургической обработки до реконструктивной хирургии. <i>Харитоновна Н.Н., Горбачев Д.С., Леонгардт Т.А.</i>	122
К вопросу актуальности холодовой непереносимости и возможных сроках ее продолжительности у пациентов с травмами дистальных фаланг пальцев кисти. <i>Ходжабагян З.С., Абраамян Д.О., Афонина Е.А., Винник С.В., Пшениснов К.П.</i>	123
Опыт лечения агрессивной макромастии. <i>Ходорковский М.А., Ходыкин С.И., Скорынин О.С., Конарева Е.Н., Паринова Т.Е.</i>	124
Лазерная хордэктомия при параличах гортани. <i>Хоранова М.Ю., Нажмудинов И.И., Давудова Б.Х.</i>	125
Оценка эффективности результатов коррекции возрастных изменений лица различными методами. <i>Хрусталёва Г. М., Хрусталёва И. Э., Петров А. Г.</i>	125
Досудебное и судебное урегулирование споров с пациентами. <i>Черкашенин В.А.</i>	126
Абдоминопластика в сочетании с липосакцией – стоит ли рисковать? <i>Чирикова Е.Г.</i>	126
Армирование кожи нитями silhouette soft, гистологическое обоснование глубины установки и методы фиксации в тканях. <i>Чирикова Е.Г.</i>	127
Комплексный подход к эстетическому восстановлению лица после радикальных операций. <i>Чирикова Е.Г.</i>	127
Комплексное хирургическое лечение обширного дефекта мягких тканей верхней конечности при открытом переломе плечевой кости с применением ротационного кожно-мышечного лоскута на основе широчайшей мышцы спины. <i>Шаповалов С.Г., Плешков А.С., Гудзь Ю.В., Локтионов П.В.</i>	128

Хирургическая коррекция фигуры у пациентов с ожирением 2-3 степени. <i>Шаробаро В.И., Авдеев А.Е., Баева А.А., Гречишников М.И., Романец О.П., Гоглов М.О.</i>	128
Алгоритмы одноэтапной коррекции асимметрии молочных желез. <i>Шаробаро В.И., Авдеев А.Е., Баева А.А., Гречишников М.И., Романец О.П., Гоглов М.О.</i>	129
Динамические эффекты эндопротезирования протезированной груди и их профилактика. <i>Шелег М.Ю., Шульгин Э.А., Пшениснов К.П.</i>	130
Изучение влияния мази Радевит на барьерные функции кожи <i>Шепилова И.А.</i>	130
Возможности эстетической гинекологии в терапии диспареунии. <i>Шугушева Л.Х., Сарахова Д.Х., Цахилова С.Г.</i>	131
Подтяжка лица и лицевой нерв. <i>Шургая Ц.М.</i>	131
Лазерное удаление волос в косметологии: новые возможности с высокой клинической эффективностью. <i>Клиника ЭлЭн, Москва</i>	132
Выбор дистракционного аппарата у пациентов с синдромальными краниосиностозами в зависимости от типа деформации верхней челюсти. <i>Ясонов С.А., Лопатин А.В., Васильев И.Г.</i>	132
Варианты синостотических плагиоцефалий и их лечение. <i>Ясонов С.А., Лопатин А.В., Васильев И.Г.</i>	132

Конкурс молодых ученых

Использование липодермальной питающей ножки сосково-ареолярного комплекса. <i>Дзотцоев А.К., Егоров Ю.С.</i>	134
Оценка эффективности результатов лечения больных с зубо-челюстными аномалиями класса II по классификации Энгля, сопровождающимся синдромом обструктивного апноэ во сне. <i>Котов И.И., Набиев Ф.Х., Либин П.В., Добродеев А.С.</i>	134
Микрохирургические технологии в реабилитации пациентов с лицевым параличом. <i>Подгайский В.Н., Рустамов Х.М., Ладутько Д.Ю., Мечковский С.Ю.</i>	135

Статическая коррекция лица после перенесенных обширных хирургических вмешательств. <i>Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Панасейкин Ю.А.</i>	136
Реконструктивно-пластическая хирургия при раке кожи лицевой зоны. <i>Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Панасейкин Ю.А.</i>	137
Комплексная реабилитация пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу опухолей челюстно-лицевой области с повреждением лицевого нерва. <i>Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Панасейкин Ю.А.</i>	137
Влияние внешности на субъективный уровень качества жизни у женщин, обратившихся для эстетической коррекции тела. <i>Храмцова Н.И., Плаксин С.А., Заякин Ю.Ю.</i>	138
Методы управляемого отрицательного давления и ультразвуковой кавитации в лечении длительно незаживающих ран. <i>Юнусова Ю.Р., Шаповалов С.Г., Сухопарова Е.П.</i>	138

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ,
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
И КОСМЕТОЛОГИЯ

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:

ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 18.10.2016. Подписано в печать 21.11.2016. Бум. офсет. 205x290/8
Гарнитура Bliss Pro. Печать офсетная. Тираж 850 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420 Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, тел.: +7 (495) 332-02-45