



VI Национальный конгресс
ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ,
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
И КОСМЕТОЛОГИЯ

Сборник тезисов

10–12 декабря 2017 года
«Radisson Royal Hotel, Moscow»

Сборник тезисов*

Эндоскопическая пластика лица с короткими разрезами

Авдеев А.Е., Шаробаро В.И., Кузин Д.А.
Институт красоты на Арбате, Москва

Целью работы является оптимизация применения эндоскопической техники в пластике лица. Материалы и методы: эндоскопическая камера с жесткой оптикой и тубусом с «козырьком», источник света, стандартные и эндоскопические хирургические инструменты.

Любой пациент, приходящий к пластическому хирургу, хочет получить результат омоложения при минимальных видимых рубцах, а лучше их отсутствии. Наша методика омолаживающей пластики лица основана на лифтинге позируемых структур лица и шеи с применением эндоскопической техники и коротких разрезов в волосистой части головы: височная, лобно-теменная области и в заушной зоне. Техника операции предполагает широкую мобилизацию кожно-подкожного лоскута на лице и шее над SMAS и платизмой с пликацией последних из коротких эндоскопических доступов с использованием эндоскопических инструментов. Следующим этапом выполняется расправление кожно-жирового лоскута преимущественно в вертикальном направлении с иссечением избытка кожи в височной области и фиксацией последнего к височному апоневрозу.

Вывод: в определенных случаях, когда лицо у пациента приобрело признаки начинающегося птоза, но ещё не сформировался значимый избыток кожных покровов – реально и предпочтительно выполнять лифтинг тканей лица из коротких разрезов с применением эндоскопической техники и инструментария. В результате получаем выраженный лифтинговый эффект тканей лица с формированием молодого овала и подчеркнутым шейно-подбородочным углом. При этом отсутствуют видимые послеоперационные рубцы.

Основы безопасного местного обезболивания в пластической хирургии

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

В отличие от токсических реакций на местный анестетик (МА), которые возникают в случае передозировки препарата, аллергические реакции относятся к «непредсказуемым» осложнениям. Из-за массового использования МА

в стоматологии и косметологии аллергизация населения растет, а попытки предсказать у данного пациента возможность развития аллергии с каждым годом становятся все труднее. По нашему мнению, с целью предотвращения фатальных осложнений при местной анестезии в лечебном учреждении необходимо создать определенный алгоритм обследования пациентов, базирующийся на спектре имеющихся в наличии у региональных лабораторий тестов и анализов. Мы обычно прибегаем к следующим методам диагностики аллергии у наших пациентов: тщательный сбор аллергологического анамнеза, скарификационная проба, иммуноферментный анализ (ИФА) по Dr. Fooke и полоскательный тест по А.А. Адо, или тест торможения естественной эмиграции лейкоцитов *in vivo* (ТТЕЭЛ). Еще на стадии обследования пациенты заполняют опросник, в котором указывают наличие или отсутствие у них бытовой или лекарственной аллергии, имеющиеся в анамнезе операции под местным обезболиванием, лечение антибиотиками или антиаритмическими средствами с применением лидокаина, наличие эпизодов проявления аллергии на МА и т.д. Проанализировав анамнестические данные, врач уже на этом этапе может оценить риски предстоящей операции. До недавнего времени практически всем пациентам мы рекомендовали в обязательном порядке пройти ИФА сыворотки крови с целью определения специфических к лидокаину (или другому анестетику) иммуноглобулинов класса E. Однако на сегодня мы должны признать, что для установления сенсibilизации к МА этот метод нельзя считать надежным. Так из 837 оперированных нами пациентов под местной анестезией, которым накануне выполнялось данное исследование, только у 2 (0,24%) было выявлено наличие антител к лидокаину, у остальных результаты были отрицательными. Тем не менее у 4 пациентов с отрицательными результатами ИФА на лидокаин мы все же наблюдали аллергические реакции на МА в виде падения артериального давления. Этому есть свое объяснение – аллергия на МА относится к псевдоаллергическим реакциям, а истинная IgE-опосредованная реакция встречается крайне редко (по разным источникам от 1 до 12%). Сравнительно легкая и безопасная скарификационная проба также не может служить гарантией отсутствия аллергии на МА. В нашей практике у двух пациентов, которым накануне выполнялось кожное тестирование с получением отрицательного результата, во время операции развилась анафилактикоидная реакция. Более высокоспецифичным, на наш взгляд, является ТТЕЭЛ. Его мы рекомендуем тем из наших пациентов, у которых был получен сомнительный результат при проведении скарификационной пробы, у больных с atopическими заболеваниями, а также тем из

* В данном сборнике тезисов сохранена стилистика, орфография и пунктуация авторов.

них, у которых планируется операция с применением относительно больших доз МА. Главным недостатком этого метода является определенный процент гипердиагностики, особенно у пациентов с активным аллергостатусом. Насколько сложным и непредсказуемым может быть выявление аллергии на МА у пациента можно судить по следующему клиническому случаю. Пациентка К., 59 лет, была несколько раз оперирована в нашем медицинском учреждении. Первая операция – блефаропластика – выполнялась под местной анестезией с применением лидокаина. ИФА сыворотки крови и скарификационный тест на лидокаин, сделанные накануне, были отрицательными. Операция и послеоперационный период протекал без особенностей. Через полгода пациентка поступила уже на пластику лица, и вновь ИФА метод и скарификационный тест на лидокаин были отрицательными. Однако после введения лидокаина в дозе 60 мг, пациентка почувствовала ухудшение самочувствия, АД снизилось до 65/45(52) ммрт.ст. Операция была остановлена. Струйное введение гормонов в вену стабилизировало состояние. Позже, при проведении ТТЕ-ЭЛ была выявлена аллергия на лидокаин.

Таким образом, с целью профилактики возникновения аллергических реакций на МА, следует использовать не один, а несколько методов алергодиагностики, в сомнительных случаях прибегая к ТТЕЭЛ как к высокоспецифичному и наиболее надежному методу диагностирования сенсibilизации организма к конкретному МА.

Реконструкция ушных раковин с использованием аутореберного хряща: особенности формирования покровных тканей для каркаса ушной раковины

Асирова Г.В., Чакуа Т.З.

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

Цель исследования. Повысить эффективность лечения пациентов с дефектами и деформациями ушных раковин путем применения методологического подхода к использованию аутореберного хряща при восстановлении ушных раковин.

Задачи: 1. Изучить с помощью УЗИ толщину кожи реципиентной зоны до и после преламинации аутореберного хрящевого каркаса. 2. Разработать алгоритм при формировании покровных тканей для аутореберного хрящевого каркаса ушной раковины и оценить эффективность метода. Материалы и методы. В период с 2014 по 2017 г. выполнено 90 операций по восстановлению ушных раковин с использованием аутоотрансплантатов из реберного хряща. Пациенты были разделены на 3 группы по этиологическому фактору: пациенты с интактной микротией (22 пациента), с микротией после реконструктивных операций (9 пациентов), с приобретенной патологией ушных рако-

вин (9 пациентов). В качестве предоперационной подготовки был разработан комплекс диагностических методов исследования: клиничко-лабораторное обследование, УЗИ и ЛДФ кожных покровов реципиентной области, КТ органов грудной клетки. УЗ-исследование проводили в отделении лучевых методов диагностики ФГБУ ЦНИИС и ЧЛХ для изучения толщины кожи реципиентной зоны по сравнению с толщиной кожи здоровой ушной раковины, также изучалась динамика изменения толщины кожи сформированной ушной раковины до и после преламинации аутореберного хрящевого каркаса. Всего проведено 70 исследований.

Результаты. При изучении динамики изменения толщины кожи выявлено, что толщина кожи реципиентной зоны после хирургического лечения становится равной таковой у здоровой ушной раковины. Так, при исходной разнице толщины кожи в сосцевидной области и здоровой ушной раковине (33,87%) у пациентов 1-й группы, толщина кожи сформированной ушной раковины практически не отличалась от нормы (разница с нормой – 0,81%). Во 2-й группе у 30% пациентов реконструкция ушной раковины проводилась с помощью височно-теменного фасциального лоскута и аутодермотрансплантатов толщиной 0,3-0,4 мм, что отразилось на результатах: толщина кожи над каркасом через 6 месяцев была меньше контрольной на 16,43%, в то время как исходно была больше на 32,89%. В 3-й группе (приобретенные дефекты ушных раковин) поскольку локализация дефекта была разной толщина кожи после операции была незначительно больше – на 8,33%.

Выводы: 1. По данным УЗИ выявлено, что наибольшей толщины (1,98 мм) кожа реципиентной зоны достигает у пациентов с дефектами ушных раковин врожденной этиологии после реконструктивных операций; после преламинации каркаса ушной раковины этот параметр приближается к таковому на здоровой ушной раковины в течение 6 месяцев. 2. Анализ данных УЗИ показал, что для достижения успешного результата при формировании кожного ложа с целью преламинации аутореберного хрящевого каркаса ушной раковины исходно толщина кожи реципиентной зоны должна быть в 1,2 раза больше, чем на здоровой стороне, а толщина каркаса не должна превышать 1см. Иначе должен быть применён височно-теменной фасциальный лоскут.

Виды пластики век при удалении базальноклеточного рака

Алябьева И.О., Гришина Е.Е.

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

Среди злокачественных опухолей век преобладает базальноклеточный рак (БКР) кожи. Удаление БКР кожи век сопряжено с одномоментной реконструктивной пластикой. Целью хирурга является восстановление анатомии

и функции век, профилактика рубцовой деформации и косметический эффект. Выбор тактики хирургического лечения зависит от размера и локализации опухоли.

Цель работы. Проанализировать эффективность различных видов пластики дефектов век после удаления БКР для оптимизации процесса лечения.

Материалы и методы: за период с 2015 по 2016 г. хирургическое лечение проведено 81 пациенту с БКР кожи век. Из них: 55 женщин, 26 мужчин. Средний возраст 68 лет. В исследование не включены пациенты со стадией Т4, которым проведена экзентерация. При удалении БКР использовался радиоволновой аппарат «Сургитрон».

Результаты. Пластика местными тканями (кожным лоскутом, расщепление хрящевой пластинки) Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского – 69 пациентов. Пластика свободным кожным лоскутом – 7 человек. Пластика кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке – 2 человека. Пластика по Хьюзу в 3 случаях. Период наблюдения составил от 1 года до 3 лет. За указанный период рецидив опухоли возник у 1 пациента, после удаления БКР наружной спайки век и пластики перемещением соседних тканей. Этот пациент прооперирован повторно через год с последующей пластикой наружной спайки век кожно-мышечным лоскутом с виска.

Заключение. Проведение одномоментного реконструктивно-восстановительного компонента хирургического лечения не влияет на частоту рецидивов, но обеспечивает сохранность глазного яблока и улучшает качество жизни пациента.

Комбинированная реконструкция нейропаралитического лагофтальма, ассоциированного с асимметрией лица

Банщиков П.А., Егоров В.В., Смолякова Г.П.

Хабаровский филиал ФГАУ МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Хабаровск

Актуальность. Нейропаралитический лагофтальм является сложной медико-социальной проблемой с угрозой потери зрения. Клиническую картину заболевания обычно дополняют ретракция верхнего века, опущение брови и угла рта, сглаженность носогубной складки. Поэтому разработка оптимальной хирургической тактики, позволяющей одним этапом устранить лагофтальм и асимметрию лица, является актуальной. (Гущина М.Б., 2017; Груша Я.О., 2015; Малаховская В.И., 2013).

Цель. Изучение возможности одномоментной хирургической реабилитации пациентов с нейропаралитическим лагофтальмом и асимметрией лица.

Материалы и методы. Объект исследования составили 15 пациентов с нейропаралитическим лагофтальмом: женщин – 8, мужчин – 7, в возрасте от 35 до 68 лет. Степень выраженности нейропаралитического лагофтальма варьировала от

3 до 8 мм, при этом у всех пациентов имели место ретракция верхнего века в пределах 2-5 мм, у 8 человек сочетающаяся с опущением нижнего века, у 7 человек – его выворотом, у 10 пациентов – с выраженным птозом брови, что создавало ограничение верхнего поля зрения в пределах 15-20°, сглаженностью носогубной складки, опущением угла рта на 4-8 мм. С целью восстановления нормального положения век мы использовали стандартные методы хирургического лечения: наружную тарзовафию при опущении наружной трети нижнего века, либо ее комбинацию с внутренней канторофией при полной ретракции и вывороте нижнего века. Для повышения эстетической эффективности одновременно выполняли хирургическую коррекцию брови, носогубной складки и угла рта петлевым способом с помощью двух нитей Aptos needle (Суламанидзе М.А., 2013; Суровых С.В., 2014). Имплантацию нитей осуществили через кожные разрезы на границе волосистой части головы с областью лба и височной зоны, нити фиксировали к сухожильному апоневрозу черепа и к поверхностной париетальной фасции височной мышцы. Критериями оценки эффективности комбинированной реконструкции нейропаралитического лагофтальма явились разница по сравнению со здоровой стороной: ширины глазной щели, положении век и корректируемых зон лица, а также субъективная оценка пациента эстетического эффекта операции.

Результаты. После операции в течение 10-14 дней у всех пациентов имело место умеренный послеоперационный отек тканей, неосложненное заживление кожных разрезов. У всех 15 пациентов исчезли ретракция верхнего века, и его край располагался по верхней границе зрачка, нижнее веко плотно прилежало к поверхности глаза. У 5 пациентов лагофтальм полностью исчез, у 10 пациентов степень выраженности лагофтальма варьировала от 1 до 4 мм. В зоне имплантируемых нитей отмечалась умеренная деформация мягких тканей лица, которая полностью исчезла к 8-10 дню. Отмечали стабильную фиксацию брови, хорошо выраженную носогубную складку. Угол рта у 7 пациентов находился на одном уровне со здоровой стороной, но у 8 пациентов сохранялось его опущение в пределах от 1-2 мм. При сроках наблюдения от 6 до 12 месяцев достигнутый косметический результат коррекции лагофтальма и лица у всех больных был стабильным. Основным критерий успешной операции – субъективная оценка самим пациентом достигнутого косметического эффекта во всех случаях показала эстетическую удовлетворенность результатами операции.

Выводы. 1. На основании проведенных исследований подтверждена целесообразность одновременного хирургического устранения лагофтальма в комбинации с имплантацией нитей Aptos Needle, позволяющая восстановить нормальное положение скуло-окологлазничной-щечной зоны лица при разрезах лицевого нерва. 2. Установлена косметическая удовлетворенность всех пациентов результатами корректирующей операции, включающей устранение лагофтальма и сопутствующую нейропаралитическую асимметрию лица, простоту исполнения и стойкость достигнутого положительного эффекта при сроках наблюдения 1 год.

Методика 3S(triple S)-лифтинга в омолаживающей хирургии лица

Белый И.А., Баранник М.И.

*Российский университет дружбы народов,
факультет повышения квалификации медицинских
работников, кафедра пластической хирургии,
Клиника «Оттимо», Клиника «Интермедцентр»,
Москва*

С начала прошлого века, когда впервые была описана эстетическая операция, направленная на омоложение лица, произошли очень серьезные изменения в тактике и методах решения проблем возрастных изменений тканей лица. С момента описания SMAS сформировалось два основных подхода к выполнению подобных операций. Это различного типа SMAS-пликации и различные по глубине техники SubSMAS. У каждой из этих методик есть свои плюсы и минусы. Это проявилось и в общих тенденциях выбора хирургов, и в предпочтении хирургических техник. На сегодняшний момент после выраженного преобладания SubSMAS методик отмечается возврат к техникам пликаций. Нами разработана и была применена методика сочетающая SubSMAS доступ и пликацию тканей. 3S(tripleS)-лифтинг, основан на 3 принципах: 1.Short scar – применение техники короткого шва. 2. Safty SMAS-лифтинг тканей обеспечивается сочетанным применением SubSMAS и пликации подвижной части smас. 3. Support threads system-система нитей, располагающаяся под SMAS, позволяющая поднять медиальную (подвижную часть) SMAS, уменьшив нагрузку на дистальные отделы SMAS лоскута и обеспечивающая его стабильность. Разрез кожи выполняется по технике short scar. Кожа отсепаровывается на лице на 3-3,5 см от разреза. На шее медиально до 4 см. Рассечение SMAS проводим стандартно на 1 см ниже края скуловой дуги, в предушной обл. на 1 см медиальнее разреза кожи с продолжением на шею к переднему краю кивательной мышцы. SMAS мобилизуется на 2-3 см. Суппорт систему создаем при помощи 5 не рассасывающихся нитей в виде петель с фиксацией: 1-я нить: подвижная часть – за мягкие ткани молярного мешка, неподвижная часть за передний край височной фасции. 2-3-4-я нити: в подвижной части за SMAS изнутри параллельно носогубной складке, выше ее на 1,5-2 см. Неподвижная часть – в одной точке под SMAS запредушную часть глубокой фасции. 5-я нить: подвижная часть за подкожную мышцу отступя 1 см от линии подкожной диссекции. Неподвижная часть за фасцию кивательной мышцы в области сосцевидного отростка. SMAS расщепляем на 2 полоски. Медиальная полоска перемещается в вертикальном направлении и фиксируется на фасции височной мышцы закрывая 1-4 нити суппорт-системы. Латеральная полоска перемещается в заушную область, закрывая 5 нить. Избытки кожи иссекаются и ушиваются без натяжения. Методика позволяет снять натяжение на лоскут кожи. Сохраняет мобильность тканей, что способствует естественному выражению лица в послеопе-

рационном периоде. Снижает вероятность образования послеоперационных сером. Позволяет минимизировать вероятность травмы нервно-сосудистых образований в зоне оперативного вмешательства. По данной методике в течение 2 лет выполнено 14 операций, из них 3 мужчин и 11 женщин в возрасте от 31 до 49 лет. Результаты дали обнадеживающий эффект, как по отсутствию осложнений, так и по степени удовлетворенности пациентов. Мы не можем представить результаты длительных исследований, так как в данном виде операции применяются не более 2 лет, что требует более тщательного изучения, но первые результаты говорят, что данная операция безопасна, легка в исполнении и может быть вариантом выбора хирурга в коррекции возрастных изменений лица.

Многоцелевая абдоминопластика у больных после массивной потери веса

Бордан Н.С., Яшков Ю.И.

*Научный центр акушерства, гинекологии и
перинатологии им. академика В.И.Кулакова, Центр
эндохирургии и литотрипсии, Москва*

Цель. Изучение эффективности и безопасности применения абдоминопластики (АП) в сочетании с другими видами операций на передней брюшной стенке и органах брюшной полости, возможностей одновременного выполнения первичной бариатрической операции (БО) и АП у больных с ожирением, а также выполнения одновременно с АП повторной БО с целью дальнейшей коррекции веса или побочных эффектов предшествующих БО у больных после массивной потери веса.

Материалы и методы. В исследование включены 234 пациента, которым в период с 1993 г. по май 2017 г. были выполнены сочетанные АП. Из них 184 пациента в разные сроки до АП перенесли те или иные виды БО с целью снижения избыточного веса и коррекции сахарного диабета 2-го типа (СД2). К проведению АП допускались пациенты, у которых показатели общеклинического анализа крови и биохимического анализа крови были в пределах референтных значений. При проведении АП использовались большой Т-образный «якорный» доступ, вертикальный доступ «груша», поперечный доступ.

Результаты. Среди 234 сочетанных АП у 199 пациентов (85,5%) АП выполнялась в сочетании с другими видами операций; АП, сочетанные с пластическими операциями в других проблемных зонах, выполнено у 37 пациентов (15,8%), сочетание АП с герниопластиками и операциями на органах брюшной полости – у 157 пациентов (67%). Первичная БО в сочетании с АП выполнена у 50 пациентов, в том числе гастрощунтирование (ГШ) – у трех, вертикальная гастропластика (ВГП) – у 7, продольная резекция желудка (ПРЖ) – у 13, билиопанкреатическое шунтирование (БПШ) – у 11 пациентов. В сочетании с повторными реконструктивными БО АП выполнена у 46 пациентов. Сре-

ди них: АП и резекция желудка, в т.ч. Sleeve-пликация желудка с целью дальнейшей потери веса – в 5 случаях, АП и частичное удлинение «общей» петли тонкой кишки с целью уменьшения явлений избыточной малабсорбции в 20 случаях, АП и укорочение «общей» петли тонкой кишки с целью дальнейшей потери избыточной массы тела (включая резекцию значительного участка тонкой кишки) в 21 случае, БПШ в дополнение к ранее выполненной ПРЖ в 11 случаях (все в модификации Hess-Margseau, 2 из них перевод операции БПШ в модификации SADI в модификацию Hess-Margseau в связи с развившимся стойким желчным рефлюксом). Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 4 дня (от 2 до 6 дней). Послеоперационная 30-дневная смертность составила 0%. Частота развития послеоперационных осложнений составила 8,97%. Среди них краевые некрозы кожи отмечены у 5 пациентов, некрозы пупка, потребовавшие некрэктомии – у 4-х, нагноения – у 7, гематомы – у 3 пациентов (в 1 случае потребовалась повторная операция с целью остановки кровотечения), наблюдали один случай развития острой спаечной тонкокишечной непроходимости, который также потребовал повторной операции.

Заключение. Полученные результаты позволяют сделать вывод о возможности и целесообразности выполнения у значительного большинства постбариатрических пациентов АП в сочетании с различными видами операций на органах брюшной полости и передней брюшной стенки с целью: 1) улучшения результата первичной БО; 2) с целью уменьшения побочных эффектов первичной БО; 3) с целью лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки и устранения заболеваний органов брюшной полости, в частности ЖКБ и гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения. В отдельных случаях возможно выполнение одновременно АП и первичной БО. Ключевые слова: абдоминопластика, билиопанкреатическое шунтирование, продольная резекция желудка, герниопластика

Тату-ассоциированные осложнения в дерматокосметологии

Борлаков И.А., Азам В.В.

*Центр дерматовенерологии и косметологии,
Москва*

В настоящее время в связи с высокой частотой применения различных инъекционных методик в косметологии, увеличилось количество случаев обращения пациентов с такими осложнениями, как гранулема инородного тела после проведения очередной процедуры татуажа. Развитие гранулем могут вызывать различные агенты и болезни, эндогенные и экзогенные факторы. При нанесении татуировок используются различные краски, не все из которых инертны по отношению к коже. К возможным осложнениям, связанным с введением этих красок, являются островоспалительные, экзематозные, гранулематозные, лихеноидные

и псевдолимфоматозные реакции. Патоморфологическая картина кожи на инородное тело характеризуется скоплением макрофагов и гигантских клеток инородных тел с примесью эозинофильных гранулоцитов и плазматических клеток. Вблизи макрофагов обнаруживается татуировочный пигмент. В случае аллергической гранулематозной реакции на инородное тело, возникают гранулемы туберкулоидного типа, состоящие из эпителиоидных клеток. К нам на прием обращались пациенты с развитием аллергических реакций и гранулем инородного тела после проведения татуажа губ и/или бровей и татуировок в области конечностей. Клинически гранулема инородного тела проявлялись плотными узелковыми элементами, расположенными внутри дермально, подвижные или спаянные с окружающей тканью, местами с воспалительным компонентом. Диагноз подтверждался ультразвуковым и гистологическим исследованиями. Лечение включало в себя как медикаментозные методы терапии, так и физиопроцедуры, внутриочаговые введения лекарственных средств, а также хирургические манипуляции.

Результаты дентальной имплантации после реконструктивно-восстановительных операций с использованием реваскуляризированных аутоотрансплантатов по данным мультиспиральной компьютерной томографии и резонансно-частотного анализа

Брайловская Т.В., Вербо Е.В., Дениев А.М., Калинин Р.В., Тангиева З.А.

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

Цель: повысить эффективность дентальной имплантации у пациентов после реконструктивно-восстановительных операций на челюстях с применением реваскуляризированных аутоотрансплантатов.

Материалы и методы: в исследование включено 10 пациентов ФГБУ ЦНИИСиЧЛХ Минздрава России в возрасте от 27 до 50 лет с дефектами челюстно-лицевой области по причине травмы, доброкачественных новообразований. По данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) у всех пациентов до и через 6 месяцев после реконструктивно-восстановительной операции с применением микрохирургической техники и реваскуляризированных аутоотрансплантатов малоберцовой кости определена денситометрическая плотность костной ткани и выполнено измерение параметра «толщина коркового слоя реваскуляризированных аутоотрансплантатов». Для оптимальной ортопедической реабилитации всем 10 пациентам выполнена дентальная имплантация. На момент постановки ден-

тальных имплантатов выполняли резонансно-частотный анализ (RFA) с использованием прибора Osstell-mentor (Integration Diagnostics, Швеция). Исследование проводили в трех взаимно-перпендикулярных направлениях: вестибуло-оральном, мезио-дистальном и параллельно продольной оси имплантатов.

Результаты исследования. По данным МСКТ, в среднем денситометрическая плотность коркового слоя составила $1395,41 \pm 0,34 \text{ HU}$ «до» и $1207,74 \pm 0,27 \text{ HU}$ через 6 месяцев «после» реконструктивно-восстановительной операции. Денситометрическая плотность губчатого слоя в среднем составила $153,69 \pm 0,27 \text{ HU}$, через 6 месяцев – $122,49 \pm 0,27 \text{ HU}$. Значения параметра «толщина коркового слоя» до операции находились в интервале от 3,0 до 5,5 мм, через 6 месяцев после операции – от 1,7 до 4,5 мм. По данным резонансно-частотного анализа стабильности имплантатов, установленных через 6 месяцев после выполнения костно-пластических операций: на I этапе дентальной имплантации показатель стабильности составлял от $78,2 \pm 0,3 \text{ ед.}$ до $80,2 \pm 0,1 \text{ ед.}$ вне зависимости от области выполнения реконструктивно-восстановительной операции (верхняя или нижняя челюсть). Через 6 месяцев после установки дентальных имплантатов значения показателя стабильности уменьшились в среднем на 3-4 ед. соответственно и находились в интервале от $75,2 \pm 0,2$ до $76,6 \pm 0,1 \text{ ед.}$

Вывод. На основании данных компьютерной томографии выявлено, что после реконструктивно-восстановительных операций с применением реваскуляризированных аутоотрансплантатов костная ткань в местах предполагаемой установки дентальных имплантатов достаточной плотности, соответствует типу D1 по классификации С.Е. Misch и К.В.М. Judi (1985-1987). Оценка качества вновь образованной костной ткани в области реконструктивно-восстановительных операций по данным компьютерной томографии свидетельствует об уменьшении плотности костной ткани и толщины коркового слоя через 6 месяцев после проведения реконструктивно-восстановительной операции. Значения показателя стабильности дентальных имплантатов в интервале от $75,2 \pm 0,2$ до $76,6 \pm 0,1 \text{ ед.}$ позволяют сделать вывод о развитии полноценной остеоинтеграции на втором этапе дентальной имплантации.

Ишемия сосуда скуловой области при инъекционной коррекции рубцов постакне стабилизированной гиалуроновой кислотой

Братилова А.В.
ММЦ «ОН-КЛИНИК», Москва

Цель. Показать сосудистые осложнения скуловой области лица при инъекционной коррекции рубцов иглой 30 калибра и стабилизированной гиалуроновой кислотой низкой плотности, а также предоставить фотоматериал динамики восстановительного процесса кожи на фоне проводимой терапии.

Материалы и методы. Пациенту с множественными рубцами постакне, неоднократными лазерными шлифовками кожи лица была выполнена инъекционная коррекция рубцов постакне стабилизированной гиалуроновой кислотой низкой плотности, в результате чего развилась ишемия сосуда скуловой области. Пациенту была назначена системная антибактериальная терапия, сосудистые препараты, топические стероидные и антибактериальные средства, а также внутриможное обкалывание очага поражения ферментативным препаратом Лонгидаза, микротоковая терапия.

Вывод и результат. На фоне данного лечения наблюдается выраженная положительная динамика со стороны кожного процесса в виде полного восстановления гемодинамики очага поражения.

Противотромботическая профилактика с применением низкомолекулярных гепаринов при эстетических операциях на лице

Бузов Д.А., Кузьмин В.В.
Центр косметологии и пластической хирургии им. С.В. Нудельмана, Екатеринбург

Расширение объема пластических операций и увеличение числа больных с сопутствующей тромбоопасной патологией повышает риск тромботических и тромбоэмболических осложнений в пластической и эстетической хирургии. Лифтинг лица является в настоящее время одной из самых востребованных операций в эстетической пластической хирургии и может сопровождаться различными потенциальными осложнениями. Профилактика низкомолекулярными гепаринами (НМГ) улучшает качество оказания медицинской помощи у пациентов с высоким риском тромбоэмболических осложнений. Риск кровотечения после операции является основным поводом, ограничивающим активное применение фармакологической профилактики венозной тромбоэмболии при эстетических пластических операциях на лице.

Цель. Анализ безопасности и эффективности применения низкомолекулярных гепаринов (НМГ) в профилактике тромбозов и тромбоэмболий при эстетических омолаживающих операциях на лице.

Материалы и методы. Материалом ретроспективного исследования послужила медицинская документация Центра косметологии и пластической хирургии за период с января 2007 по декабрь 2012 г. Критерий включения: операция открытого или комбинированного лифтинга лица под общей анестезией. Критерии исключения: повторные лифтинговые операции на лице, симультанные операции, прием пациентами дезагрегантов и антикоагулянтов. Эстетическая омолаживающая операция лица включала ритидэктомия с лифтингом поверхностной мышечно-апоневротической системы лица и шеи (SMAS)

в сочетании с эндоскопическим лифтингом лица и блефаропластикой. По окончании операции устанавливались дренажи в зону отслойки на лице и на шее. Всем пациентам при омолаживающих операциях на лице проводилась механическая тромбопрофилактика, которая включала: эластическую компрессию нижних конечностей на период пребывания пациентов в стационаре, а также перемежающую компрессию нижних конечностей во время операции. Группа пациентов при омолаживающих лифтинговых операциях на лице, получавших НМГ (n=262), сравнивалась с группой контроля, не получавших НМГ (n=234) по количеству кровопотери по дренажам (в день операции, на 1-е и 2-е сутки после операции) и длительности стояния дренажей, а также количеству геморрагических осложнений в послеоперационном периоде. В соответствии с разработанным протоколом тромбопрофилактики эноксапарин (Клексан®) назначался в группах высокого и умеренного риска тромбозов и тромбоемболий в дозе соответственно 40 и 20 мг подкожно за 12 часов до операции, далее один раз в сутки в течение 2-7 дней.

Результаты работы. Оценка роли профилактического назначения НМГ при омолаживающих операциях на лице крайне важна, так как послеоперационное кровотечение в результате их применения может привести к образованию распирающей гематомы, которая может вызвать компрессию мелких кровеносных сосудов отслоенных кожных лоскутов с последующей ишемией и некрозами. Известно, что факторами риска развития ВТЭО являются: возраст пациентов, продолжительность операции, длительная иммобилизация, ожирение, варикозная болезнь и прием эстрогенов. Демографическое и эпидемиологическое исследование в группе пациентов с лифтинговыми операциями на лице показало необходимость проведения профилактической противотромботической терапии с учетом возраста пациентов, характера сопутствующей патологии и продолжительности операции. Объем дренажной кровопотери в группе НМГ против группы контроля составил соответственно: в день операции – 40(20;60) и 50(30;60) мл, в первые сутки после операции – 40(25;60) и 40(20;50) мл, во вторые сутки после операции – 40(20;50) и 30(20;40) мл. Кровопотеря по дренажам более 100 мл в группе НМГ и группе контроля наблюдалась соответственно: в день операции – в 6,5% и в 11,1% (p=0,09) случаев, а в первые сутки после операции – в 6,1% и 2,7% (p=0,09) случаев. Операционная ревизия послеоперационной гематомы была выполнена в группе НМГ в 3,8% случаев, а контрольной группе в 1,7% (p=0,25) случаев. Клинических проявлений венозных тромбозов и тромбоемболических осложнений в исследуемых группах не выявлено. Заключение. Применяемая тромбопрофилактика низкомолекулярными гепаринами в системе профилактических противотромботических мер показала свою обоснованность и безопасность при эстетических омолаживающих операциях на лице.

Анализ результатов коррекции возрастных изменений кожи лица и шеи с использованием новой технологии получения термически обработанных модификаций тромбоцитарной аутоплазмы

Быкова Ю.Н., Титова Л.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

В современной косметологии широко известны технологии, использующие нативную богатую тромбоцитами аутоплазму (ТАП) для коррекции возрастных изменений кожи. В последние годы начали применять термически обработанные модификации ТАП, получаемые при ее нагревании в термостате. Так как белки плазмы имеют разную температуру денатурации, нами была разработана методика получения 2 термически обработанных модификаций: фибриновой (при которой наблюдается необратимая денатурация фибриногена и переход его в фибрин при нагревании ТАП до 56 С) и протеиновой (при которой необратимо денатурируют все белки крови при нагревании ТАП до 75-80 С) – патент на изобретение №2629527 от 29.08.2017. Введение денатурированного белка в ткани используется ими как источник незаменимых аминокислот, являющихся необходимым структурным материалом для обновления и нормальной жизнедеятельности клеток. Фибрин не только облегчает миграцию фибробластов, но и сам по себе ускоряет синтез соединительной ткани и неоангиогенез.

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения нативной тромбоцитарной аутоплазмы (ТАП) и ее термически обработанных форм фибриновой и протеиновой для коррекции возрастных изменений кожи лица и шеи.

Задачи. Сравнить эффективность коррекции возрастных изменений кожи лица и шеи нативной ТАП с сочетанным применением нативной ТАП и ее фибриновой термической модификацией, а также сочетанной терапией всех трех форм ТАП (нативной, фибриновой и протеиновой) для более эффективного составления терапевтических программ.

Материалы и методы. Проведено открытое сравнительное проспективное исследование результатов лечения 45 пациенток от 35 до 67 лет с возрастными изменениями кожи лица и шеи, которые были разделены на 3 группы по 15 человек в зависимости от применяемых схем лечения. Для коррекции возрастных изменений кожи в 1 группе применялась нативная тромбоцитарная аутоплазма, во 2 группе ее сочетание с фибриновой термической модификацией, а в 3 группе ее сочетание с фибриновой и протеиновой термическими модификациями. Результаты оценивались пациентами и врачами с использованием шкалы GAIS (от -1 до 3 баллов). -1 – ухудшение состояния, 0 – отсутствие результата, 1 – слабый результат, 2 – хо-

роший результат, 3 – отличный результат. Оценка проводилась через 14 дней после последней процедуры с учетом визуальных изменений клинической картины, данных дерматоскопии и макрофотографирования.

Результаты. 1. Коррекция нативной тромбоцитарной аутоплазмой и ее термически обработанными формами возрастных изменений кожи лица и шеи оказалась достаточно эффективной. Клинически это выражалось в улучшение цвета, увлажненности кожи лица и шеи, уменьшением или исчезновением гиперпигментации, уменьшением отечности и улучшением контуров лица (за счет усиления лимфодренажа), уменьшением глубины морщин и складок. В 1 группе (средний возраст $46,4 \pm 7,7$, средняя степень исходных изменений $2,46 \pm 0,64$) средняя оценка эффекта коррекции возрастных изменений кожи лица и шеи составила $1,63 \pm 0,49$. Результат как слабый оценили 47% (7) пациентов и 27% (4) врачей; как хороший 53% (8) пациентов и 73% (11) врачей. Во 2 группе (средний возраст $46,75 \pm 9,9$, средняя степень исходных изменений $2,66 \pm 0,98$) средняя оценка эффекта коррекции составила $2,13 \pm 0,51$. Результат как слабый оценили 6,7% (1) пациентов и 6,7% (1) врачей; как хороший 66,7% (10) пациентов и 80% (12) врачей и как отличный 26,6% (4) пациента и 13,3% (2) врачей. В 3 группе пациентов (средний возраст $46,42 \pm 11,6$ лет, средняя степень тяжести исходных изменений $2,50 \pm 0,94$) средняя оценка эффективности коррекции составила $2,30 \pm 0,47$. Результат как хороший оценили 66,7% (10) пациентов и 73,4% (11) врачей и как отличный 33,3% (5) пациентов и 26,6% (4) врачей. 2. Полученные данные показывают, что статистически высоко достоверно более эффективным является сочетанное применение нативной ТАП с ее термической фибриновой модификацией ($p=0,0004 < 0,001$) или сочетанием всех трех форм ТАП: нативной, фибриновой и протейновой ($p=0,00002 < 0,001$), чем монотерапия нативной ТАП. 3. За время лечения осложнений зафиксировано не было.

Выводы. Полученные результаты позволяют предполагать, что использование сочетания нативной ТАП с ее термически обработанными модификациями для коррекции возрастных изменений кожи более эффективно, чем монотерапия нативной ТАП. Отсутствие осложнений за время наблюдения и аутологичность материала позволяют говорить о высоком уровне безопасности этого метода лечения.

Опыт лечения пациентов с атрофическими рубцами постакне

Бычкова Н.Ю.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Внешность человека свидетельствует о состоянии общего здоровья и является показателем социального статуса. Акне – дерматоз, при котором часто наблюдаются

изменения кожи лица, обезображивающие, по мнению пациентов, их внешний вид и приносящие им глубокие страдания. Тяжелые формы угревой болезни могут приводить к социальной дезадаптации и ограничениям в выборе профессии.

Целью нашей работы было изучение эффективности комбинированной терапии атрофических рубцов, сформировавшихся после перенесенного акне. Критериями включения пациентов в исследование являлось наличие рубцов постакне у пациентов со среднетяжелыми, тяжелыми и резистентными к стандартной терапии формами угревой болезни, получавших лечение изотретиноином в 2011-2015 гг. Обязательным условием являлось отсутствие высыпаний в течение года и более после окончания терапии акне.

Нами проведено комбинированное лечение рубцов постакне у 29 пациентов (12 мужчин и 17 женщин), средний возраст – 26,9 лет (18-35 лет). Давность заболевания составила – 6,7 года (1-10 лет), длительность наблюдения – 2,5 года (1,5-6 лет). В анамнезе ранее регистрировались: у 6 пациентов индуративная, у 9 – узловатокистозная, у 13 – конглобатная формы акне и подрывающий фолликулит и перифолликулит Гофмана (1 больной). В ходе лечения акне изотретиноин применялся в дозе – 0,5-1,0 мг/кг в сутки в течение 6-12 месяцев (до достижения кумулятивной дозы 120 мг/кг). Методами мониторинга и контроля эффективности лечения рубцов постакне являлись: клиническая оценка, фотодокументирование, изучение динамики оценочных шкал в ходе лечения (Оценочной шкалы рубцов постакне D.Goodman и соавт, Дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS)). Для коррекции имеющихся рубцовых дефектов мы применяли а) пилинги трихлоруксусной кислотой (10-20-30%), б) субцизию (подсечение) рубцов с последующим интрадермальным введением препаратов, содержащих коллаген или сукцинат натрия и гиалуроновую кислоту, в) неабляционный (Fraxel® re:store DUAL) или абляционный (AcuPulse) фракционный фототермолиз (ФФТ). После окончания курса комплексной терапии пациенты оценивали результаты лечения по 5 бальной шкале: 1 – отсутствие результата, 2 – результат минимальный, 3 – улучшение, 4 – значительное улучшение, но не полностью удовлетворен результатом процедуры, 5 – полностью удовлетворен результатом процедуры. Также больным было предложено дать оценку вышеперечисленных методов по соотношению стоимость/эффективность. Наше исследование показало высокую эффективность комплексной терапии рубцов постакне, по мнению пациентов, значительное улучшение достигнуто у 55%, улучшение – у 41% больных. Регресс клинической симптоматики сопровождался улучшением качества жизни, снижением выраженности тревоги и депрессивных расстройств. Оптимальным методом терапии по соотношению стоимость/эффективность, по мнению пациентов, оказалась субцизия (подсечение) рубцов с последующим введением инъекционных препаратов, но как метод монотерапии – она является

недостаточно эффективной. Целесообразно дальнейшее расширение использования методов комплексной коррекции рубцов постакне в косметологической практике.

Липодислокация – варианты коррекции

Бычкова Н.Ю.

*Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск*

Деформационный тип старения часто встречается в практике врача-косметолога. Клиническими признаками такого типа является птоз мягких тканей, перераспределение объемов, появление заломов и складок, изменение контура нижней челюсти. Эти процессы связаны со сложным механизмом развития инволюционных изменений, одним из компонентов которого является возрастное перераспределение жира в области лица, появление участков липоатрофии (центральная часть лица, висок, лоб) и липодислокации (молярная область, щека, контур нижней челюсти). Подкожножировой слой или слой жировых компартментов (SACS) с возрастом меняется, развиваются дегенеративные процессы, при этом утрачивается тонус кожи, под которой уменьшились или сместились жировые пакеты, начинает «сползать», меняя рельеф и контуры лица, даже у молодых пациентов. Наиболее эффективным вариантом коррекции при таком варианте старения является хирургическое лечение. Вопросы терапевтической косметологической тактики представляют определенные сложности, особенно при таком распространенном запросе, как наличие носогубных складок и губоподпородочных морщин, так как введение дополнительных объемов в области депрессии в центральной зоне, может привести к появлению неестественно сглаженного, «надутого» лица. Актуальным для специалиста является вопрос сохранения естественности, снижения рисков и достижения эффективного результата. В настоящее время врачами-косметологами используются инъекционные, аппаратные и нитевые методики для коррекции начальных проявлений гравитационного птоза. В программе комплексной косметологической коррекции, мы применяем препарат, усиливающий физиологический липолиз, для локальной коррекции зон липодислокации. Он содержит L-карнитин, кофеин, артишок (*Cynara Scolymus*), центеллу азиатскую (*Centella Asiatica*, *Gotu Kola*), иглицу шиповатую (*Ruscus Culeatus*), органический кремний (регистрационное удостоверение на медицинское изделие № ФСЗ 2011/10768 от 09.08.2016). Процедура не требует реабилитации и не приводит к социальной дезадаптации. Болезненность по 10 бальной визуально-аналоговой шкале (ВАШ) оценивается пациентами в 2-4 бала, аппликационная анестезия не требуется. Общая продолжительность процедуры – 15 минут. Мезолайн бодиферм вводится в поверхностные жировые компартменты в технике инфильтрации. Предварительно маркируется зона введения, далее область коррек-

ции приподнимается и фиксируется. Препарат вводится иглой 13x30G на всю длину, под углом 90-60 градусов, количество раствора на вкол – 0,1-0,5 мл (рис 4, 5). Общее количество препарата на первую процедуру – 2,5 мл, в последующие – 5,0 мл. После введения раствора наблюдается легкая эритема, иногда – умеренная отечность, чаще наблюдаемая в молярных областях, проходящая самостоятельно в течение 1-2 часов. Данная методика является эффективной и безопасной альтернативой традиционным вариантам введения филлеров при деформационном типе старения, которое может привести к уплощению и визуальному «утяжелению» центральной части лица, перерастяжению латеральной зоны, появлению неестественных объемов и неудовлетворенности пациента. Введение препаратов в скуловую зону или применение векторных техник не всегда эффективно решает проблемы средней и нижней трети лица. Предложенный метод может использоваться изолированно или в рамках общей программы коррекции инволюционных изменений.

Мероприятия, направленные на повышение качества оказания косметологической помощи

Бычкова Н.Ю.

*Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск*

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. (ФЗ №323 от 21.11.2012г. «Об основах охраны здоровья граждан»). Основные компоненты, которые обеспечивают качество медицинской помощи: это безопасность, доступность, оптимальность, обеспечивающие высокую удовлетворенность пациентов. Участниками контроля качества являются органы управления здравоохранением, лицензирующие органы, органы государственного санитарно-эпидемиологического контроля, образовательные медицинские учреждения, профессиональные медицинские ассоциации. В последнее время снизилось общее число контрольно-надзорных мероприятий, в связи с чем, возросла роль общественных профессиональных объединений для обеспечения качества оказания медицинской помощи. В нашем регионе имеется большой опыт использования различных стратегий для решения этого вопроса. В частности, организована работа экспертного совета и экспертной группы, разработаны рекомендации по ведению медицинской документации, создан постоянно действующий клинико-экспертный орган для организации консультативной помощи специалистам, проводится работа по проведению научных исследований, изучению новых методик и технологий, оказывается правовая и информа-

ционная поддержка специалистов, создана база данных по трудоустройству врачей по обращению специалистов и работодателей.

Особенности локальной гемодинамики младенческих гемангиом

**Васильев И.С., Абушкин И.А., Васильев С.А.,
Васильев Ю.С., Васильев В.С., Карпов И.А.,
Денис А.Г., Романова О.А., Лапин В.О.,
Галиулин М.Я.**

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Цель исследования заключается в оценке и выявлении различных вариантов локальной гемодинамики младенческих гемангиом (МГ) и их роли для определения оптимальной лечебной тактики.

Материалы и методы исследования. Произведен анализ результатов обследования и лечения 1479 пациентов с МГ в Челябинской области за период с 2015 по 2017 г. Диагностика осуществлялась путем опроса, сбора анамнеза и общеклинического обследования. Обязательным условием включения в исследование являлась оценка локальной гемодинамики МГ путем ультразвуковой доплерографии, спектрофотометрии, тепловидения и чрезкожного измерения напряженности кислорода. Для контроля использовалась оценка показателей гемодинамики в здоровом, по возможности симметричном, участке кожи. Всем пациентам в зависимости от особенностей локальной гемодинамики проводилось динамическое наблюдение, назначалась монотерапия пропранололом или комплексное лечение пропранололом в сочетании с лазерной термотерапией.

Результаты. Нами выделены три типа гемодинамики в МГ: нормальный (показатели гемодинамики близкие к здоровому участку), интенсивный (в толще опухоли множество сосудов диаметром более 1 мм, гипертермия более чем на 1,5°C выше здорового участка, повышение среднего относительного уровня объемного капиллярного кровенаполнения более чем на 25%) и умеренно повышенный (показатели между нормальным и интенсивным вариантами). У 577 пациентов выявлен нормальный тип гемодинамики, что позволило ограничиться динамическим наблюдением. Умеренно повышенный уровень гемодинамики диагностирован 725 больных, которым был назначен пропранолол с максимальной дозой 2 мг/кг в сутки. 136 пациентов имели интенсивную гемодинамику, у которых рабочая доза пропранолола не дала выраженного эффекта, что стало поводом для выполнения внутритканевой лазерной термотерапии. Кроме этого лазерную термотерапию провели у 41 больного с изъязвившейся МГ независимо от вида ее локальной гемодинамики. Хорошие и отличные эстетические результаты были достигнуты более чем у 97% больных во всех группах.

Выводы. Изучение гемодинамики в МГ позволяет выявить различные ее типы, что, в конечном счете, определяет тактику лечения. Комбинация лазерной термотерапии с пропранололом в группе пациентов с интенсивным кровотоком позволяет не повышать дозу анаприлина и тем самым избежать нежелательных системных побочных эффектов, при сопоставимом уровне эффективности лечения.

Мультидисциплинарный подход к хирургическому лечению осложненных постстернотомических ран

**Васильев С.А., Лукин О.П., Андриевских С.И.,
Васильев Ю.С., Васильев И.С., Карпов И.А.,
Васильев В.С., Мазанова А.Р.**

Центр пластической и эстетической хирургии «ПЛАСТЭС», Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, Челябинск

Раневые постстернотомические осложнения возникают с частотой от 0,2 до 5% и являются причиной летальности в 14-47% случаев.

Цель настоящего исследования состояла в оптимизации хирургического лечения указанных осложнений за счет использования дистанционных лоскутов с осевым кровоснабжением.

С 2015 по 2017 г. на базе ФЦССХ г. Челябинска было проведено хирургическое лечение 15 пациентам по поводу постстернотомических инфицированных ран II и III типа по классификации Paigolero. Основной причиной осложнений постстернотомических ран является нарушение кровообращения фрагментов рассеченной грудины. Факторы риска указанных осложнений могут быть обусловлены как операционной травмой (двух- или одностороннее использование внутренних грудных сосудов, лоскутная методика выделения внутренних грудных сосудов, ВАБК, длительность операции, массивная кровопотеря, рестернотомии), так и сопутствующими заболеваниями или вредными привычками (сахарный диабет, ожирение, табакокурение, стероидная терапия, старческий возраст). В стадии воспаления местное лечение ран заключалось в разведении швов, удалении металлических конструкций, некрэктомии и наложении VAC системы. Общее лечение включало инфузионную, дезинтоксикационную и антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры. После очищения раны от нежизнеспособных тканей и отграничения воспалительного процесса производилось пластическое закрытие раневых дефектов лоскутами с осевым кровоснабжением. Перемещение в рану хорошо кровоснабжаемых тканей способствовало эффективной элиминации остаточной раневой инфекции, резорбции нежизнеспособных тканей, стимуляции неоангиогенеза, что обеспечивало быстрый переход раны в стадию регенерации. Всего у 15 пациентов было

произведено перемещение 16 лоскутов: лоскут большой грудной мышцы – 8; VRAM лоскут – 6; лоскут большого сальника – 2. Выбор того или иного метода пластики осуществлялся с учетом конкретной клинической ситуации: особенностей раны, характера проведенной операции, наличия сопутствующих заболеваний, общего статуса пациента. Осложнения после пластических операций возникли в трех случаях (гематома области грудной клетки, некроз подкожно-жировой клетчатки и кожи по краям парамедиального шва передней брюшной стенки, эвентрация кишечника). Жесткой фиксации грудины не производилось. Во всех случаях удалось добиться полного заживления ран. Парадоксального дыхания или иных проблем, связанных нарушением каркасности грудной клетки, не наблюдалось. Летальных исходов не было. Мультидисциплинарный подход к хирургическому лечению осложненных постстернотомических ран, предусматривающий вовлечение в лечебный процесс пластического хирурга, позволяет существенно повысить качество оказания медицинской помощи этой категории больных.

Липофилинг инфраорбитальных областей в эстетической коррекции средней зоны лица

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

*Центр пластической и эстетической хирургии
«ПЛАСТЭС», Челябинск*

Несмотря на кажущуюся простоту, липофилинг инфраорбитальных областей является одной из самых технически сложных и ответственных операций, связанных с ауто-трансплантацией жировой ткани. Для получения хорошего стойкого результата недостаточно только лишь объемного наполнения всего массива мягких тканей. Важную роль играет корректный отбор пациентов, способ обработки жировой ткани, осмысленный подход к степени наполнения различных пространств и слоев подглазничной области, ведение послеоперационного периода. Только индивидуальный подход к планированию и выполнению этой операции позволяет избежать возможных осложнений и неблагоприятных последствий.

Цель настоящего исследования состояла в анализе факторов (индивидуальные анатомические особенности пациентов, техника и алгоритмы проведения операции в различных клинических ситуациях), которые могут оказывать влияние на эстетический результат инфраорбитального липофилинга.

Материалы и методы. Всего за период с 2014 по 2017 г. липофилинг инфраорбитальных областей был выполнен у 116 пациентов (109 женщин, 7 мужчин) в возрасте от 19 до 64 лет (средний возраст 34 года). Операция выполнялась под местной анестезией как изолированно (в 73 случаях), так и в сочетании с другими вмешательствами (блефаропластика, фэйс-лифтинг, липофилинг смежных

областей лица). Забор жира осуществляли под местной инфильтрационной анестезией канюлей 2,5 мм. Необходимый объем аспирата (v) рассчитывался по формуле $v=n*2,5$, где n – предполагаемый объем вводимого жира. Обработка аспирата осуществлялась путем центрифугирования в течение 3 минут со скоростью 3000 оборотов в минуту. Инфильтрация корригируемых областей осуществлялось во взаимоперпендикулярном направлении при помощи канюль диаметром 1,0 мм с наконечниками I и III типа по Coleman. В зависимости от клинических особенностей, введение осуществлялось как в подкожном, так и глубоком слое. Минимальный объем введенного очищенного жира на одну сторону составил 1,5 мл, максимальный – 8 мл, при среднем значении – 4,5 мл. Результаты оценивали через 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты и обсуждение. Показанием к операции являлось наличие у пациентов «мешков» под глазами и выраженных носослезных борозд. При этом данные симптомы часто были связаны не столько с возрастными изменениями, сколько с особенностями строения лицевого скелета в данной области. В большинстве случаев (101 пациент; 87%) в результате операции был достигнут хороший эстетический результат. Хирургических осложнений (гематома, нагноение, нарушение функции век, жировая эмболия сосудов и пр.) после липофилинга инфраорбитальных областей нами зарегистрировано не было. Неполное удовлетворение результатом операции выразили 15 (13%) пациентов. Причинами недовольства стали: недостаточный объем тканей (5 случаев), видимая асимметрия (3 случая), наличие видимых пальпируемых подкожных жировых болюсов (3 случая), наличие пальпируемых уплотнений в толще мягких тканей (2 случая), избыточный объем тканей (2 случая). Повторные операции были выполнены у 10 (8,6%) пациентов. Коррекцию выполняли не ранее 3 месяцев после первичного вмешательства. Наиболее часто требовалось дополнительное введение жира: с обеих сторон (4 случая), с одной стороны (2 случая). В результате повторного липофилинга был получен результат, удовлетворивший пациентов. Наиболее сложной задачей было удаление избытков жира и видимых подкожных болюсов, для чего у 4 пациентов были произведены микролипосакции, причем в трех случаях для достижения удовлетворительного результата потребовалось несколько процедур. Наиболее часто неудовлетворительные результаты регистрировались на начальных этапах внедрения методики. Отработка алгоритмов введения жира и техники наполнения различных слоев мягких тканей позволила значительно снизить количество неблагоприятных исходов.

Выводы. Липофилинг инфраорбитальных областей является эффективным малоинвазивным методом коррекции возрастных изменений и контурных деформаций как в самостоятельном варианте, так и в сочетании с другими хирургическими операциями. Для профилактики образования уплотнений и видимых жировых скоплений под кожей необходимо исключить вероятность болюсного введения и более тщательно и равномерно распреде-

лять трансплантат как в глубоких, так и в поверхностных слоях мягких тканей. Также следует избегать введения избыточного объема жира, поскольку его последующее «извлечение» связано с гораздо большими сложностями, нежели повторное введение.

Обоснованная тактика лечения пациентов с остеорадионекрозом костей лицевого скелета

Вербо Е.В., Неробеев А.И., Крайтор А.С., Буцан С.Б., Хохлачев С.Б., Перфильев С.А., Черненький М.М.

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

Цели: определить показания и оптимальные методики лечения пациентов с остеорадионекрозом костей лицевого скелета.

Материалы и методы. Выполнен анализ историй болезней пациентов с остеорадионекрозом костей лицевого скелета с 2007 по 2017 год, которым применялись различные методики устранения образовавшегося дефекта, такие как: титановые конструкции и углеродные имплантаты, осевые лоскуты (с включением большой грудной мышцы, дельтопекторальный лоскут, надключичный лоскут), мягкотканые и костные реваскуляризируемые аутоотрансплантаты, включающие пахово-подвздошный гребень, латеральный край лопатки и малоберцовую кость.

Результаты. По итогам проведенного анализа литературы и собственных клинических наблюдений выявлена нецелесообразность использования металлоконструкций для устранения дефектов челюстей после остеорадионекроза лицевого скелета в силу резкой деваскуляризации костной ткани, подвергшейся облучению, а также особенностями гистопатологических процессов в костной и мягких тканях, попавших в поле лучевой терапии. Во всех случаях трансплантаты прорезывались, остеорадионекроз продолжался. Лоскуты на сосудистой ножке в состоянии остановить остеонекротический процесс, так как способны привести адекватное кровоснабжение. Однако при использовании таких лоскутов страдает функция челюсти в виду невозможности зубной имплантации, а попытки повторно установить титановую металлоконструкцию в 82% случаев так же заканчивались неудачей. Определено, что использование реваскуляризированной кости является патогенетически обоснованным методом лечения пациентов для полноценной их реабилитации. Выяснено, что после облучения костная и окружающие мягкие ткани претерпевают изменения, характерные ишемическому некрозу, вызванные резкой деваскуляризацией в поле лучевой терапии, что приводит к фиброатрофическим явлениям и деструкции костной ткани. Учитывая эти факторы, предложена оригинальная методика моделировки аутоотрансплантата с использованием мало-

берцовой кости, заключающаяся в создании условий для усиленной васкуляризации реципиентной костной ткани за счет особенности моделирования концевых фрагментов трансплантата по типу «замковой фиксации». Устранение сквозных дефектов мягких тканей обеспечивается формированием большей по площади кожной площадки, после частичной дезэпидермизации которой создается как наружная, так и внутренняя выстилка.

Выводы. Лучевая терапия опухолей головы и шеи провоцирует дегенерацию и деструкцию как костной, так и окружающих мягких тканей, что обусловлено деваскуляризацией облученной области. Целью лечения пациентов с остеорадионекрозом челюстей является привнесение полноценного кровоснабжения в зону деваскуляризации, что всегда останавливает прогрессию заболевания и обеспечивает полноценную функциональную и социальную реабилитацию этой сложной категории больных. Методом выбора лечения считаем использование хорошо васкуляризированных лоскутов с включением кости из отдаленных участков тела.

Оптимальный алгоритм лечения комбинированных дефектов средней зоны лица при помощи реваскуляризированного аутоотрансплантата с включением малоберцовой кости

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

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

Цель нашего исследования: выявить основные типы дефектов средней зоны лица и определить оптимальный алгоритм лечения при помощи малоберцовой кости, ведущий к повышению эстетических и функциональных результатов лечения.

Материалы и методы. Проанализирован опыт лечения 27 (100%) пациентов с комбинированными дефектами средней зоны лица, которым был пересажен малоберцовый аутоотрансплантат. Все случаи распределились по локализации костного дефекта, обширности мягкотканного компонента, а так же в зависимости от вида восстановления. Критериями оценки дефекта являлись его длина, размеры кожной площадки, количество верхнечелюстных изгибов, включенных в дефект. На основании клинического анализа и компьютерной томографии пациентов было выделено 5 видов дефектов средней зоны лица, подлежащих реконструкции малоберцовым аутоотрансплантатом: I – дефекты фронтального отдела (5 пациентов), II – дефекты латерального отдела (6 пациентов), III – дефекты скулоальвеолярной зоны (9 пациентов), IV – субтотальные дефекты, включающие в себя 3 анато-

мические области (5 пациентов), V – тотальные дефекты (2 пациента). Для точного восстановления утраченных изгибов средней зоны лица проводился трехмерное компьютерное, с использованием стереолитографических моделей для резки и сборки трансплантата. Для моделирования использовался фрагмент малоберцовой кости, содержащий в себе эндостальное отверстие и кожный перфорант.

Результаты. Так из 27 прооперированных пациентов в 25 (92,6%) случаях констатировано полное приживление аутоотрансплантата, а в 2 (7,4%) случаях наблюдался некроз аутоотрансплантата. В 2 (7,4%) случаях выявлена диспозиция костной части трансплантата. Потребовалось 19 (70,4%) корригирующих операций и 20 (92,6%) операций по введению дентальных имплантатов. В 5 (18,5%) случаях для более прочной фиксации применялась аутоотрансплантация фрагментов индивидуально-смоделированной теменной кости в зоны утраченных контрфорсов средней зоны лица. Оценка компьютерной томографии лицевого скелета предопределила рациональное формирование малоберцового аутоотрансплантата при основных 5 видах дефекта. При I виде дефекта средняя длина аутоотрансплантата составляла $6,0 \pm 1,0$ см, проводилась 1 остеотомия, размеры кожной площадки в среднем составляли $5,5 \pm 1,0$ см x $3,0 \pm 1,0$ см. При II виде дефекта средняя длина аутоотрансплантата составила $6,0 \pm 1,0$ см, в зависимости от величины дефекта остеотомия либо не делалась, либо проводилась 1 остеотомия, размеры кожной площадки составляли в среднем $4,5 \pm 1,0$ см x $3,5 \pm 1,5$ см. При III виде дефекта средняя длина аутоотрансплантата составляла $8,5 \pm 1,5$ см, проводилась 1 остеотомия, размеры кожной площадки в среднем составили $5,5 \pm 1,5$ см x $3,0 \pm 1,0$ см. При IV виде дефекта средняя длина аутоотрансплантата составляла $9,0 \pm 1,0$ см, проводилось 2 остеотомии, размеры кожной площадки в среднем составили $5,5 \pm 1,5$ см x $3,5 \pm 1,5$ см. При V виде дефекта средняя длина аутоотрансплантата составляла $13,5 \pm 1,5$ см, проводилось 2 остеотомии, кожная площадка составляла в среднем $8,0 \pm 1,0$ см x $5,0 \pm 1,0$ см. Таким образом, в применении реваскуляризованного лоскута с включением МБК при устранении дефектов средней зоны лица можно выделить следующие тенденции такие как, анализ трехмерного дефекта и донорской кости с учетом положения зубов; определение эндостального отверстия и моделирование трансплантата с учетом расположения его на проксимальном конце; удлинение сосудистой ножки вследствие ее поднадкостничной препаровки и ее вывод к реципиентным сосудам в зависимости от локализации дефекта; определение кожного перфоранта и его расположение по центру кожной площадки; использование моделей для резки и сборки аутоотрансплантатов; создание контрфорсов для прочной фиксации пересаженного трансплантата и надежного положения имплантата; внутрикостная дентальная имплантация; мягкотканная коррекция и контурное моделирование.

Выводы: применение малоберцового трансплантата является приоритетным методом в реконструктивной хи-

рургии, так как он помогает полностью восстановить контур лицевого скелета и дает возможность гарантированной и полноценной зубочелюстной реабилитации. Определяющими критериями оценки в предоперационном планировании явились длина аутоотрансплантата, размеры кожной площадки, количество остеотомий, на основании чего определяется вид дефекта и особенности формирования трансплантата, что необходимо для получения функциональных результатов и создания условий для устранения дефекта зубных рядов при помощи протезирования с опорой на дентальные имплантаты.

Нано- и микролипофилинг в лечении пациентов с рубцовыми деформациями челюстно-лицевой области

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

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

Уникальные свойства самого пластического материала – аутожира, вызывают всесторонний интерес и дискуссии специалистов разного профиля (Lendeckel S. 2004, Peng L. 2008, Yoshimura K. 2006, Zuk P. 2002). Высокое содержание стволовых клеток в жировой ткани служит одной из причин её активного изучения (Matsumoto D. 2006, Frazer G. 2008, Ko M. 2008). Возрастающий интерес к биологическим эффектам клеточной фракции аутожира, ведёт к возникновению микро- и нанолипофилинга (Tonparad P., Zeltzer A. 2012). Изучение свойств жировой ткани объединило усилия морфологов и клиницистов, последние из которых, отмечают преобразование покровных тканей в области липофилинга с улучшением основных характеристик: цвет, тонус, тургор (Donofrio L. 2005, Yoshimura K. 2008, Малаховская В. 2007). В реконструктивной хирургии фактором, определяющим тактику, прогноз и конечный результат лечения, является рубцовый процесс, а главное, степень его выраженности.

Цель исследования. Повысить эффективность реабилитации пациентов с рубцовыми деформациями челюстно-лицевой области при помощи комбинированных методов липофилинга.

Материал и методы. Основу работы составили результаты обследования и хирургического лечения 150 пациентов с рубцовыми деформациями челюстно-лицевой области, находившихся на лечении в ФГБУ ЦНИИС и ЧЛХ Минздрава РФ в период с 2015 по 2017гг. Для оценки дефицита объема и изменения качественных характеристик рубцовой ткани при применении комбинированных методов липофилинга проводим комплексное обследование: УЗИ-сканирование кожи, кутометрию, лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ) челюстно-лицевой области. Использование инструментальных методов исследования позволяет изучить изменение рубцовой ткани после липофилинга: показатели микрогемодинамики,

биомеханические параметры, эластичность кожи, увеличение и сохранение объема.

Результаты. По результатам инструментальных исследований максимальная адаптация жирового аутоотрансплантата происходила в течение четырех месяцев. Лечение происходило в несколько этапов с периодичностью в четыре и шесть месяцев. После первого этапа липофилинга отмечали качественные преобразования рубцовой ткани на уровне кожи, которые были изучены с помощью методов УЗИ-сканирования кожи, кутометрии и лазерной доплеровской флоуметрии. По данным УЗИ-сканирования отмечается утолщение как собственно дермы, так и подлежащих тканей. В зоне наиболее втянутых рубцов структура дермы становится более однородной. При изолированном применении нанолипофилинга отмечается изменение цвета и макрорельефа кожи. Что свидетельствуют об качественных преобразованиях в рубцовой ткани. Данные инструментальных исследований позволили разработать алгоритм обследования и лечения пациентов с рубцовыми деформациями челюстно-лицевой области.

Выводы. Применение комбинированных методов липофилинга в реконструктивной хирургии позволяет повысить эффективность лечения, эстетические результаты, а также улучшить качество жизни пациентам с рубцовыми деформациями челюстно-лицевой области.

Современная диагностика и высокотехнологичные методы лечения детей с лимфатическими мальформациями головы и шеи

Влах М.А., Рогинский В.В., Надточий А.Г., Овчинников И.А., Гавеля Е.Ю.

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

Лимфатические мальформации (ЛМ) являются пороками развития лимфатической системы. По современной классификации международного общества по изучению сосудистых аномалий (ISSVA) ЛМ относятся к сосудистым аномалиям. Однако некоторые авторы продолжают именовать ЛМ «лимфангиомами», относя их к доброкачественным новообразованиям из лимфатических сосудов. Некорректная номенклатура и отсутствие единой классификации приводят к ошибочной диагностике и неадекватному лечению пациентов с ЛМ.

Цель исследования: повышение эффективности лечения детей с ЛМ головы и шеи путем совершенствования методов диагностики.

Материалы: проведен анализ обследования и лечения 145 детей в возрасте от 5 дней до 17 лет с ЛМ головы и шеи. Пациентам проводилось клиническое обследование, ультразвуковое исследование (до и на 10-14 сутки после операции, далее через 3, 6, 12 месяцев), магнитно-

резонансная томография (до и через 6-12 месяцев после операции). В случаях поражения костей выполнялась компьютерная томография. Выполнялось патоморфологическое, в т.ч. иммуногистохимическое исследование (Podoplanin/ D2-40) удаленных тканей.

Результаты: 90 пациентов пролечено только хирургическим методом. Ультразвуковая деструкция (УЗД) с аспирацией применялась 34 пациентам. Склеротерапия в качестве самостоятельного метода лечения проводилась в 7 наблюдениях. После хирургического лечения склеротерапия выполнялась 9 пациентам ввиду длительной лимфорей в послеоперационном периоде. Наряду с хирургическим иссечением, 5 пациентам проводилась лазерная абляция Nd:YAG-лазером. Осложнения (парезы и параличи мимической мускулатуры, длительная лимфорей, рубцовая деформация) были отмечены у 25 детей (17,2%). Четырем пациентам (2,8%) из 140 всех прооперированных детей была наложена трахеостома, один из которых к выписке был деканулирован. Результаты распределены следующим образом: отличный – в 63,5% наблюдений; хороший – в 30,3% наблюдений; удовлетворительный – в 4,8% наблюдений; неудовлетворительный результат наблюдался у 2 детей (1,4%) с обширными ЛМ, что обусловлено отказом родителей от дальнейшего лечения.

Выводы: основным методом лечения детей с ЛМ является хирургический метод. Применение хирургического метода с УЗД повышает эффективность лечения и снижает число послеоперационных осложнений. Склерозирование способствует уменьшению объема ЛМ, но не приводит к излечению. Склеротерапия остаточных кистозных полостей после ранее проведенного хирургического лечения способствует купированию лимфорей в послеоперационном периоде, уменьшению объема ЛМ, что повышает эстетические результаты лечения. При использовании Nd:YAG-лазера отмечался стойкий эффект, однако в отсроченном периоде наблюдалось формирование рубцовой деформации, что требовало хирургической коррекции.

Собственный опыт одномоментных реконструктивно-пластических операций у больных раком молочной железы

Волченко А.А., Кабулиева Э.И.

Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России, Москва

Введение. Радикальная мастэктомия на протяжении многих лет остается основным видом хирургического лечения 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 – онколо-

гический и реконструктивно-пластический. Использование силиконовых эндопротезов в комбинации с сетчатым имплантатом, ацеллюлярным дермальным матриксом (ADM) или собственными тканями позволяет одновременно 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, сетчатого имплантата, ADM. В настоящее время для формирования ложа над мышцами широко используется диэпидермизированный лоскут молочной железы, который в сочетании с имплантом и сетчатым эндопротезом позволяет свести к минимуму травматизацию большой грудной мышцы. Сетчатые имплантаты используют 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.

Материалы и методы. В центре онкопластической хирургии молочной железы ФГАУ ЛРЦ с 2015 по 2017г. выполнено 240 комбинированных реконструкций молочной железы с использованием аутопластики, экспандеров, силиконовых эндопротезов и сетчатых имплантов по поводу рака молочной железы. Количество отсроченных реконструкций составило – 10% (24), одномоментных двухэтапных – 65% (156), одномоментных с реконструкцией силиконовыми эндопротезами и сетчатыми имплантатами – 15% (36) и одномоментных с применением силиконовых эндопротезов, сетчатых имплантов в сочетании с аутопластикой – 10% (24). Всем пациентам было проведено комплексное лечение, состоящее из хирургического этапа комбинации лучевых и лекарственных методов. Срок наблюдения за пациентами составил 1,5 года.

Результаты. За время наблюдения не было выявлено ни одного рецидива онкологического заболевания. В 70-80% случаях был получен отличный косметический результат. В 20% хороший. В послеоперационном периоде у 9 пациентов развились ранние послеоперационные осложнения. Из них 4 случая частичного некроза кожных покровов и 5 случаев инфекционных осложнений.

Выводы. Реконструктивно-пластические операции позволяют реализовать как радикальную программу хирургического лечения рака молочной железы, так и реабилитационный этап с учетом индивидуальных анатомических особенностей пациентки, стадии онкологического процесса и планируемого дальнейшего лечения.

Третье поколение ультразвуковой липосакции: наш опыт

Ганьшин И.Б.

Российский университет дружбы народов, Москва

Введение. Одна из наиболее часто проводимых пластических операций в мире – липосакция. По данным Американского общества пластических хирургов (American Society of Plastic Surgeons – ASPS), в США за 2016 год выполнено 235 тысяч липосакций, что на 6% больше, чем в 2015 году, в нашей стране, к сожалению, подобной статистики нет. Методика липосакции претерпела много изменений с момента первого упоминания о ней. Одной из первых методик с использованием аппаратуры была – ультразвуковая липосакция, появилась она в конце 80-х годов. В середине 90-х годов пришло второе поколение аппаратов с рабочей частотой до 27 кГц, вместо 20 кГц как у первого поколения. Но при всех плюсах эти системы были не совершенны и имели существенные недостатки, что в свою очередь приводило к серьезным осложнениям (ожогам, некрозам, рубцам и т.д.). В последнее десятилетие было сделано много открытий и изобретений, а анатомия и физиология жировой ткани были изучены более глубоко. Третье поколение ультразвуковых технологий для липосакции представлено двумя аппаратами VASER LIPO (США) и Liposaver (Ю. Корея).

Цель. Проанализировать результаты и оценить эффективность аппаратов 3-го поколения для проведения ультразвуковой липосакции.

Материалы и методы. В период с декабря 2015-го по октябрь 2017 года нами выполнено 128 операций у 14 мужчин (11%) и 114 женщин (89%), возраст пациентов колебался от 22 до 63 лет. Во всех случаях использовалась местная анестезия с внутривенной седацией. Нами использовались аппараты третьего поколения для ультразвуковой липосакции.

Результаты и обсуждение. Принципиальными отличиями 3-го поколения является снижение мощности энергии ультразвука при сохранении его эффективности благодаря пульсирующему режиму с частотами до 40кГц. Опыт работы с предыдущими поколениями аппаратов для ультразвуковой липосакции сформировали у хирургов ошибочное представление о необходимости работать на максимальной мощности. Это давало ощущение быстроты выполнения липосакции, но жировая ткань не требует такого интенсивного воздействия. Достаточно появления ощущения легкого скольжения зонда в тканях для достижения достаточной эмульгации жировой ткани. Новые аппараты позволяют достичь нужных результатов за счет импульсного воздействия без перегрева и травматизации тканей. Безопасность липосакции является одним из важнейших критериев при выборе конкретной хирургической методики.

Заключение. Последние аппараты расширяют возможности хирурга и при адекватной хирургической техники, осложнения минимальны. Нами выявлены ряд преимуществ

онное компьютерное моделирование аутоотрансплантата методом обратного планирования с учетом возможности установки дентальных имплантатов.

Материалы и методы. Для определения оптимального метода лечения в качестве предоперационной подготовки каждый пациент проходил обследование в объеме: внешний осмотр, ортопантомограмма, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) костей лицевого скелета и бедренной кости с включением области коленного сустава с ангиографией (определялся объем забора необходимого донорского материала, визуализировалась ангиоархитектоника поверхностной бедренной артерии), проводилось компьютерное моделирование операции с изготовлением стереолитографических моделей; ультразвуковое доплеровское исследование для оценки состояния периферических ветвей наружной сонной и поверхностной бедренной артерии и вен; компьютерная капилляроскопия (для определения гемомикроциркуляции слизистой в реципиентной зоне расщелины). Было прооперировано 5 пациентов с дефектом альвеолярного отростка при односторонней врожденной расщелине губы и неба. На основании данных предоперационной подготовки проводился выбор тактики хирургического лечения. Одноэтапно операция выполнялась в 4 случаях: производили забор бедренного надкостнично-кортикального аутоотрансплантата в области переднемедиального эпифиза размерами от 1,5-3 см в длину, 1-1,5 см в ширину, 0,5-0,8 в толщину. При недостаточной толщине кортикальной части аутоотрансплантата (1 случай) хирургическое лечение проводилось в 2 этапа, с использованием во 2-м этапе аваскулярной костной пластики. Длина сосудистой ножки (нисходящей коленной артерии и вены) варьировалась от 4-7 см, диаметр нисходящей коленной артерии составлял от 0,9-1,5 мм. Размеры сосудистой ножки во всех клинических случаях представляли собой адекватные условия для ревааскуляризации надкостничной части аутоотрансплантата в реципиентной зоне посредством наложения внутриротовых анастомозов с лицевыми артерией и веной.

Результаты. В 5 клинических случаях пуск кровотока надкостнично-кортикального аутоотрансплантата осуществлялся без затруднений, в послеоперационном периоде отмечалось первичное заживление ран, отсутствовала патологическая резорбция костной части аутоотрансплантата на сроках 1, 3 и 6 месяцев. В 4 случаях установка дентальных имплантатов проводилась через 6 месяцев с дальнейшим протезированием. В 1 случае в результате технических сложностей при заборе костной части аутоотрансплантата был взят недостаточный его объем для проведения дентальной имплантации. Однако отмечалась целостность пластически восстановленного альвеолярного отростка, отсутствовала патологическая резорбция на всех сроках наблюдения, в связи с чем был выполнен 2-й этап операции с использованием аваскулярного костного аутоотрансплантата с ветви нижней челюсти сэндвич-техником, проведено протезирование с опорой на дентальные имплантаты через 1 год.

Выводы: разработанная схема комплексной предоперационной подготовки позволяет получить достоверные данные о состоянии реципиентной и донорской зон, что дает возможность применить научно-обоснованный подход в выборе тактики лечения и прогнозировать успешный результат при реконструкции альвеолярного отростка у пациентов с врожденной расщелиной губы и неба с использованием ревааскуляризованного бедренного надкостнично-кортикального аутоотрансплантата.

Методика двойного страта (double-barrel) в планировании и моделировании ревааскуляризованного малоберцового аутоотрансплантата при устранении дефектов нижней челюсти

Гилёва К.С., Буцан С.Б., Вербо Е.В., Хохлачев С.Б., Черненький М.М.

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

Введение. Прогрессивная микрохирургия является надежным и безопасным инструментом в реконструктивной хирургии лица и шеи в настоящее время. С ростом эстетических и функциональных требований к свободной аутоотрансплантации тканей трансформируется и подход в планировании-моделировании трансплантатов. Ни в одной другой области баланс функции и эстетики не является столь важным, как в области лица и шеи. И реконструкция нижней челюсти при помощи МБК лоскута – прекрасное этому подтверждение. Расположение сосудистой ножки, дизайн кожной площадки, число и ориентация линий остеотомии – это основные составляющие в реконструкции нижней челюсти с использованием МБК лоскута. Однако повышенное внимание стоит уделить деталям для получения оптимального функционального и эстетического результатов. Основной момент, который требует дополнительного анализа и детального планирования, относится к позиционированию малоберцового страта в соединении с нативной костью нижней челюсти. Цель: анализ различных видов планирования МБК трансплантата в реконструкции нижней челюсти с разработкой и внедрением методики двойного страта (double-barrel). **Материалы и методы.** За период с 2005 по 2017 г. всего осуществлено 255 реконструкций нижней челюсти с использованием МБК лоскутов. С 2015 по 2017 г. у 10 пациентов была выполнено моделирование по методике двойного страта (double-barrel).

Результаты. Разработанная и внедренная методика двойного страта (double-barrel) в реконструкции нижней челюсти при помощи МБК требует тонкого планирования и точного моделирования. Малоберцовый страт обычно

ориентируется латеральной поверхностью кнаружи. Однако при использовании методики «двустволки» удвоенная латеральная поверхность по высоте будет превосходить высоту собственной кости нижней челюсти. Поэтому важной особенностью является ротация нижнего страта с расположением заднего края МБК кнаружи с фиксацией его относительно верхнего страта, представленного латеральной поверхности МБК. Проксимальный отдел МБК аутоотрансплантата при моделировке используется для формирования верхнего этажа неомандибулы, соответственно дистальный участок – нижнего этажа. Высоту моделируемой конструкции можно регулировать путем продольной остеотомии нижнего страта. Необходимо соблюдать расстояние в 1-1,5 см между костными стратами для исключения перегибов и растяжения сосудистой ножки лоскута.

Выводы. Расположение малоберцового страта относительно края нативной кости очень сильно влияет на достижение функционального и эстетического результатов. Если малоберцовый страт располагается по нижнему краю нативной кости, то высота несоответствия и мальпозиции относительно проекции альвеолярной части затрудняет процесс ношения зубных протезов или установку внутрикостных дентальных имплантатов. Однако если малоберцовый трансплантат располагается по верхнему краю в проекции альвеолярного отростка, то возникают в дальнейшем эстетические проблемы в виде несимметричных провисающих «брылей» или выраженных заломов мягких тканей на границе малоберцовый страт-нативная кость. Методика double-barrel позволяет решить данную проблему, но эта техника требует тонкого планирования и точного моделирования.

Способ коррекции кончика носа

Глоба В.С.

Клиника Beautymed, Алматы

Способ заключается в отделении от висцеральной кожи с последующим рассечением на каудальную и цефалическую части латеральной ножки крыльного хряща. Рассечение производится так, чтобы медиально, каудальная часть латеральной ножки оставалась фиксированной к арке, а цефалическая часть оставалась полностью фиксирована латеральным краем. После чего накладывают шов, формирующий купол крыльного хряща, захватывая в шов мобильный медиальный край цефалической части. При затягивании шва происходит ротация мобильного латерального края каудальной части крыльного хряща книзу. Каудальная часть получает направление параллельно свободному краю крыла носа и устанавливается там, в предварительно сформированном туннеле. Далее накладываются межкупольные швы, швы на медиальные ножки. Цефалическую часть при этом способе возможно использовать в качестве донорской зоны для укрепляющих графтов.

Новая методика комбинированной пластики дефекта основания черепа при трансорбитальном эндоскопическом доступе к средней черепной ямке

Гольбин Д.А., Ласунин Н.В., Черкаев В.А., Григорьева Н.Н., Серова Н.К., Тархнишвили Г.С.
Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко, Москва

Введение. Эндоскопический трансорбитальный доступ – это новая актуальная методика в хирургии основания черепа. Доступ через большое крыло клиновидной кости используется для биопсии и удаления опухолей средней черепной ямки и краниоорбитальных новообразований. Преимуществами доступа является минимальная травматизация тканей, отсутствие тракции мозга, хороший функциональный и косметический результат. Краниобазальный дефект включает большое крыло клиновидной кости и твердую мозговую оболочку в его проекции. Целью данного исследования является разработка эффективного и безопасного метода комбинированной пластики дефекта основания черепа при трансорбитальном доступе в среднюю черепную ямку.

Материал и методы. Исследование выполнено на 5 свежих препаратах головы (10 сторон). Подход к верхнелатеральным отделам глазницы осуществлялся путем отслаивания надкостницы глазницы от крыши и наружной стенки до обнаружения верхней и нижней глазничных щелей. Под контролем ригидного эндоскопа 0 град. произведено удаление большого крыла клиновидной кости с открытием верхней и нижней глазничных щелей, круглого, овального и остистого отверстий, а также с расширением дефекта в сторону височной ямки без нарушения непрерывности орбитального кольца. Резецирована твердая мозговая оболочка по периметру сформированного костного окна. Пластика дефекта проводилась с применением свободного аутожира, аутофасции бедра, перемещенного жирового тела щеки на питающей ножке, а также аллоимплантов на основе трикальцийфосфата. Результаты. Фасция и аутожир являются пластическими материалами, которые могут быть адаптированы под форму и конфигурацию дефекта. Индивидуально формируемый имплант из трикальцийфосфата конгруэнтен дефекту и оптимален для реконструкции большого костного окна, сопряженного с потерей значимого объема костной ткани, с целью профилактики послеоперационного энофтальма и пульсации тканей глазницы. Впервые разработана оригинальная методика пластики дурального дефекта при данном доступе с помощью перемещенного жирового тела щеки, которое имеет преимущества перед свободными лоскутами. Процедура взятия этого материала безопасна и не увеличивает морбидность оперативного вмешательства, что подтверждено ранее проведенными исследованиями. Преимущества жирового тела щеки – сохранение

кровоснабжение, стабильность, хорошая адаптируемость, значительный объем (до 10 куб. см), безопасность процедуры забора, близость к области дефекта, отсутствие необходимости дополнительных разрезов. Представлен иллюстративный клинический случай.

Выводы. Оптимальный комплекс материалов для пластики сложного краниобазального дефекта – комбинация лоскута аутофасции (интрадуральный слой), перемещенного лоскута жирового тела щеки на питающей ножке (экстрадуральный слой) и трикальцийфосфата. Для верификации правильного положения пластического материала рекомендован интраоперационный КТ-контроль при сопоставлении со здоровой стороной.

Ключевые слова: трансорбитальный доступ, опухоли основания черепа, пластика дефектов основания черепа, эндоскопия, жировое тело щеки, трикальцийфосфат

Реконструктивная хирургия офтальмологических осложнений эндоскопической хирургии ЛОР-органов

Горбачев Д.С., Леонгардт Т.А., Харитонов Н.Н., Ковалевская И.С.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. Эндоскопические методы лечения активно занимают лидирующие позиции в современной хирургии патологии ЛОР-органов. Тяжелым осложнением этих операций, сопровождающимся косметическими и функциональными нарушениями, является повреждение глазницы. Лечение этих осложнений требует неоднократных серьезных реконструктивно-пластических вмешательств. **Цель исследования.** На примере клинического случая ознакомить практикующих врачей с методами подхода к лечению тяжелых осложнений эндоскопической хирургии ЛОР-органов.

Материалы и методы. Представлен клинический случай больной 52 лет поступившей в офтальмологическое отделение ВМА им. С.М. Кирова с жалобами на мучительное двоение и выраженный косметический дефект. Вышеописанные жалобы появились после выполнения эндоскопической микромаксилломи по поводу полипозного синусита левой верхнечелюстной пазухи. При обследовании острота зрения обоих глаз 1,0; слева гипоптальм 3 мм, энтофтальм 4 мм. Подвижность левого глазного яблока отсутствовала вниз и кнутри, резко ограничена вверх и кнаружи, репозиция глазного яблока затруднена. Исследование зоны бинокулярного зрения выявило значительное его сужение во всех квадрантах. Магнитно-резонансная томография показала нарушение положения внутренней прямой, нижней косой мышц и полное разрушение нижней прямой мышцы, значительное уменьшение объема жировой клетчатки глазницы, смещение глазного яблока кзади и книзу. При компьютерной томографии

определялся дефект нижней стенки левой глазницы и пролабирование в верхнечелюстную пазуху прилежащих к ней тканей. На основании жалоб, анамнеза, результатов клинического и инструментального обследования выставлен диагноз: «Тяжелое механическое повреждение левой глазницы с нарушением целостности нижней стенки, разрушением нижней прямой мышцы, нарушением положения (энтофтальм, гипоптальм) и подвижности глазного яблока, диплопия».

Результаты. Учитывая тяжесть повреждения, реконструктивное оперативное вмешательство проводилось поэтапно. Первым этапом выполнена поднадкостничная орбитотомия, произведена мобилизация тканей и репозиция их из верхнечелюстной пазухи в полость глазницы с последующей пластикой нижней стенки глазницы двумя имплантатами из политетрафторэтилена толщиной 2 и 4 мм. С помощью имплантов достигнуто восстановление целостности нижней стенки и объема полости глазницы, в результате чего частично восстановлено положение глазного яблока. Вторым этапом была выполнена ревизия, иссечение рубцовых тканей, мобилизация мышц глазного яблока. После длительного реабилитационного периода отмечалось улучшение подвижности глазного яблока и расширение зоны бинокулярного зрения, уменьшение диплопии. Третий этап оперативного лечения выполнялся с целью устранения остаточного энтофтальма и гипоптальма. Через доступ в нижнем конъюнктивальном своде в глазницу была имплантирована жировая ткань, взятая с внутренней поверхности бедра больной и обернутая в амниотическую мембрану, что ограничило скорость ее резорбции. Ранний послеоперационный период сопровождался экзофтальмом, но по мере регресса жировой ткани был получен удовлетворительный косметический результат и увеличился объем движения глазного яблока.

Выводы. Несмотря на высокотехнологичное обеспечение эндоскопических вмешательств на ЛОР-органах, в ходе операции возможно повреждение смежных анатомических структур, в частности, повреждение стенок глазницы и тканей глазничного органокомплекса. Такие осложнения сопровождаются тяжелыми функциональными и косметическими нарушениями, резко ограничивающими профессиональную и социальную адаптацию больного. Лечение этих осложнений технически трудное, длительное и многоэтапное. Поэтапно выполняется восстановление анатомической целостности костных структур глазницы и восстановление объема глазницы, реконструкция поврежденных глазодвигательных мышц, коррекция положения глазного яблока с применением различных имплантов. Завершающий длительный реабилитационный этап, заключается в проведении физиотерапевтического лечения, упражнений для восстановления функции глазодвигательных мышц и восстановления бинокулярного зрения. Хорошее знание хирургом анатомии и высокая техника владения эндоскопической аппаратурой, поэтапная отработка элементов хирургического вмешательства позволяют предотвратить интраоперационные осложнения эндоскопической хирургии ЛОР-органов.

Эндоскопически ассистированная абдоминопластика

Горкуш К.Н., Пшениснов К.П.
Европейский медицинский центр, Москва

Представлен 4-летний опыт выполнения операций эндоскопически ассистированного устранения диастаза прямых мышц живота у 12 пациентов. Все пациенты были рожавшими женщинами, в среднем имели по 2 ребенка. Как правило, роды через кесарево сечение. Средний индекс массы тела 22. У всех пациентов при проведении эндоскопически-ассистированной абдоминопластики в 100% случаев одновременно проводилось ушивание диастаза прямых мышц живота, в 83% одновременно проводили пластику при пупочной грыже. Также выполняли липосакцию живота и других областей тела в 66,6% случаев. При выраженных растяжках по средней линии выполняли предварительный или одномоментный липофилинг передней брюшной стенки в окологрудиной области (25%). Показанием к операции были овоидный живот и его килевидное выпячивание при наклоне кзади при отсутствии избытков кожи живота в виде «фартука». Доступ к обнажению белой линии живота проводили из поперечного разреза по верхней границе волосистой части лона и с полукружным окаймлением пупка в виде буквы Омега. При необходимости проводили ревизию рубца от кесарева сечения. У трех пациентов одновременно выполняли увеличивающую маммопластику и мастопексию. Удовлетворенность результатами операций высокая. Возможные ранние послеоперационные осложнения и эффекты связаны с замедленным заживлением пупка у курильщиц, неровностями в зонах отслойки кожи и липосакции, избытками кожи после пликация прямых мышц живота над пупком. В общем, осложнения встречались в 8,3% клинических наблюдений, что было сопряжено с повторными хирургическими вмешательствами в плановом порядке. Предложен алгоритм комплексного подхода к решению проблемы. Разработаны практические рекомендации планирования операций у данных пациентов, их подготовки к хирургическому лечению и послеоперационной реабилитации.

Эффект Тиндаля как осложнение в эстетической медицине

Гресь С.Н.
Центральная государственная медицинская академия, Москва

Цель и задачи. Описать эффект Тиндаля как одно из осложнений в эстетике, выявить его причины возникновения, предложить методы лечения и профилактики. Определение. Эффект Тиндаля назван в честь ирландского физика Джона Тиндаля (1820-1893), который впервые описал это явление, как оптический эффект, рассеивание света при прохождении светового пучка через оптически

неоднородную среду.

Введение. В эстетике эффект Тиндаля используется для описания синеватого оттенка, который виден внутри кожи, вызванного слишком поверхностным размещением наполнителя гиалуроновой кислоты (НА). Принцип эффекта Тиндаля состоит в том, что разные длины волн света разбросаны или не рассеиваются в зависимости от размера вещества, с которым они сталкиваются. Синий свет рассеивается примерно в 9-10 раз больше, чем красный свет при прохождении через очень мелкие частицы. Филлеры на основе гиалуроновой кислоты (НА) под кожей рассеивают больше света с более короткой длиной волны и имеет синеватый оттенок. Чем больше мелких частиц внутри вещества, тем больше рассеивание. По этой причине эффект Тиндаля чаще встречается у более плотных дермальных наполнителей.

Симптомы. Эффект Тиндаля может быть вызван, если филлер ГК введен слишком поверхностно (в верхние слои дермы) или болюсно в большом объеме. На первом этапе данная ситуация часто ошибочно принимается за мягкую, но глубокую гематому, отличительной особенностью является не разрешение в течение нескольких дней данной гематомы. Часто инъецируемая площадь слегка приподнята из-за поверхностного размещения наполнителя. Изменение цвета может быть незначительным и сложно визуализируемым при недостаточной освещенности. Эффект Тиндаля может быть виден как сразу после лечения, так и появиться через несколько дней. Длительность такого результата может длиться месяцы или годы. Эффект Тиндаля, как правило, негативно воспринимается как самим пациентом, так и окружающими из-за плохого эстетического результата. В итоге, пациент остается недоволен и разочарован от проведенной манипуляции. NB! Эффект Тиндаля чаще возникает там, где происходит истончение кожи, следовательно, необходимо обращать внимание на: обрабатываемую область, общее состояние кожи и возраст пациента. Распространенная локализация этого осложнения: периорбитальная область, носослезная борозда, а также чаще встречается у курильщиков и возрастных пациентов. Однако немало случаев, регистрации этого явления в носогубных складках и по контуру губ, что связано с неправильной слишком поверхностной техникой введения филлера.

Профилактика. Необходимо объяснить и предупредить пациента о риске развития эффекта Тиндаля после лечения, особенно при инъекции в зону «настороженности». Грамотно оценить толщину кожи пациента и выбрать необходимую технику введения, в первую очередь уделяя внимания глубине инъекции. Также важное значение имеет плотность имплантируемого препарата.

Лечение. Интенсивный массаж может быть достаточным для сглаживания чрезмерного, поверхностного или плохого эстетического результата наполнителя ГК. Как только эффект будет замечен, необходимо приступить к данной манипуляции. Успех напрямую зависит от времени начала массажа, чем дольше задержка, тем менее вероятно, что будет положительная динамика. Основ-

области противоположного века или внутренней поверхности ушной раковины или лоскут на латеральной ножке из прилегающих областей. С целью профилактики послеоперационной ретракции нижних век использовали дополнительно мио- и кантопексию. Самую сложную с точки зрения реконструкции составили пациенты, имеющие выраженную ретракцию нижних век с сочетанием всех негативных факторов. В данной группе дополнительно к кожной аутотрансплантации были применены элементы укрепления реберного края нижнего века с помощью аутохрящевого трансплантата, взятого с ушной раковины или синтетического политетрафторэтиленового имплантата «Экофлон», выкроенных по форме тарзальной пластинки или в виде Т-образного «спейсера-распорки», канто- и миопексия. Отмечено, что у пациентов, имеющих ретракцию век в сочетании с сенильной патологией, удалось получить хороший результат также благодаря дополнительному укреплению реберного края нижнего века без его горизонтального укорочения.

Таким образом, точная диагностика и комплексное устранение всех патогенетических причин ретракции нижних век разной этиологии позволяют восстановить нормальную функцию век, красивую форму глаз и значительно сократить сроки реабилитации пациентов.

Принципы скульптурирования ягодичной области

Гурьянов А.С., Гурьянов Р.А.
ЗАО «Медлаз», Москва

Представления об эстетике и красоте женских ягодиц в пластической хирургии находится в постоянном развитии. На эволюцию стандартов красоты оказывают влияние как господствующие концепции и критерии эстетической оценки, так и уровень развития оперативных техник на данный момент. Если придерживаться первоначальных взглядов, что форма ягодиц молодых людей является идеальной, а возрастной птоз является ведущим механизмом изменения их формы к худшему, то классификация птоза ягодиц по Gonzalez должна исчерпывающе описывать эстетику, а резекционные методики полностью решать проблемы путем сокращения протяженности подъягодичной борозды. Однако анализ формы ягодиц только по одной фронтальной проекции нельзя считать полным. Анализ боковой проекции позволил дополнительно акцентировать внимание на проекции ягодиц, степени лордоза (наклона таза по отношению к позвоночнику). В эстетическом восприятии важнейшее значение имеет общая форма ягодиц, развитость мышц и жировой клетчатки, ширина и высота тазовых костей. Ряд авторов отметил важное значение множества элементов и деталей в эстетике ягодиц, которые подчас определяют их привлекательность не менее чем форма или степень птоза. Это выраженность сакральных ямочек и сакрального треугольника, форма угла между межягодичной и

подъягодичной бороздой, выраженность вертельного западения и пр. В довершение надо отметить, что восприятие ягодиц невозможно без учета прилегающих к ним частей тела. Кривизна и плавность переходов ягодица – поясница, ягодица – бедро нуждаются в анализе и коррекции для достижения полнейшей гармонии тела. Такой подход требует анализа множества ракурсов, что легко реализуется при использовании в практике пластического хирурга 3D-моделей. Трехмерное моделирование позволяет провести тщательное качественное и количественное предоперационное планирование.

Способ функциональной трехмерной оценки биомеханических свойств лица

**Гурьянов Р.А., Старцева О.И., Петров А.Г.,
Монькин С.А., Монькин А.А.**
*Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский
университет), Москва*

Биомеханические свойства мягкотканного остова лица являются областью интереса как фундаментальной анатомии, так и пластической хирургии. Использование бесконтактных методов исследования, таких как фотограмметрия и компьютерная томография, позволяют выполнять трехмерные исследования без деформации объекта исследования. Оценка механических свойств мягких тканей лица с целью выбора метода эстетической коррекции возрастных изменений и оценка результатов коррекции основана на субъективных методах оценки и зависят от опыта и знаний хирурга. Для оценки механических свойств мягких тканей лица предложен гравитационный тест – сканирование пациентов в вертикальном и горизонтальном положении, с последующим совмещением трехмерных моделей и оценкой деформации. Гравитационный тест проведен у 25 пациентов, женщин в возрасте от 20 до 55 лет в вертикальном и горизонтальном положении тела с нанесением маркеров на поверхность лица. Пяти пациентам также была выполнена компьютерная томография и трехмерная реконструкция мягких тканей. Четырем пациентам после исследования было выполнено SMAS-лифтинг, и через шесть месяцев после операции повторно выполнен гравитационный тест. У пациентов оценивалось перемещение точек на поверхности кожи и перемещение объемов. Длина вектора перемещения и расстояние между поверхностями определяются как миграционная способность кожного чехла и миграционная способность объемов соответственно. Для детектирования маркеров на текстуре трехмерных моделей используются алгоритмы компьютерного зрения, затем переносятся на полигональную сетку. Регистрация трехмерных моделей лица производилась по реперным точкам, выполнялся поиск пар идентичных точек в вертикальном и горизонтальном положении тела. Пары точек проанализированы для оценки миграции поверхности кожи при изменении положения тела. По результатам трехмерно-

го анализа векторы миграции точек поверхности кожи с каждой стороны единообразно направлены латерально и кверху. Не выявлено различия между миграционной способностью кожного чехла в проекции поддерживающих связок лица. Миграционная способность объемов имеет сильную положительную корреляцию с возрастом исследуемых. Анализ векторов миграции до и после SMAS-лифтинга не отображает значительных изменений в миграционной способности точек поверхности кожи. Гравитационный тест позволяет оценивать механическое состояние тканей лица и эффективность выполненного оперативного вмешательства. Данный метод может быть использован для классификацииптоза мягких тканей лица на основе количественных данных.

Возможности криохирургии в косметологии

**Гурин А.В., Мадай Д.Ю., Прохоров Г.Г.,
Коченов В.И., Никифорова А.Б., Макаренко Е.В.**
*Санкт-Петербургский государственный
университет, Санкт-Петербург, Областное
БУЗ «Костромской онкологический диспансер»,
Кострома*

Цель и задачи работы. Определение эффективности криогенного лечения у больных с новообразованиями кожи и слизистых. Оценка косметических и функциональных результатов лечения, возможных осложнений.

Материалы и методы выполнения. Проанализированы результаты лечения 657 пациентов с заболеваниями кожи и слизистых. Возраст пациентов от 18 до 97 лет. Распределение по полу: 65% женщин, 35% мужчин. 59% пациентов имели доброкачественные новообразования кожи и слизистых. Остальные 41% злокачественные опухоли. Криохирургическое лечение включало криоорошение, компрессионные и аппликационные методики при доброкачественных заболеваниях. При злокачественных процессах применялось 3-кратное замораживание опухоли способом криоаппликации (криодеструктор КРИОИНЕЙ КИ-402, криоаппарат КРИО-01 «ЕЛАМЕД», криоаппарат «Ледок», криоаппарат «КРАСА», «Система медицинская криотерапевтическая МКС», криоинструмент Коченова В.И., в качестве хладагента – жидкий азот). Для полного клинического излечения у 98% потребовалась одна процедура криовоздействия. Процесс рековалесценции занимал 1-2 недели при доброкачественных процессах и 4-7 недель при злокачественных опухолях.

Полученные результаты. Лечение оказалось клинически эффективным у 99,1% пациентов. Отдаленные исходы прослежены в сроки от 6 до 36 месяцев. Ухудшение косметического результата и осложнений со стороны общего состояния не зафиксировано.

Выводы. При использовании комбинированного криохирургического метода лечения заболеваний кожи и слизистых получены хорошие эстетические и функциональные

результаты. Заживление протекает органотопически и с минимальными косметическими потерями. Криодеструкция является эффективным методом в лечении новообразований кожи век, ушных раковин и губ.

Сравнительный анализ эффективности объемно-контурной коррекции энофтальма препаратом гиалуроновой кислоты и липоаспиратом

Гущина М.Б., Афанасьева Д.С.
*ФГАУ МНТК «Микрохирургия глаза им. акад.
С.Н. Федорова» Минздрава РФ, Москва*

Цель. Провести сравнительный анализ результатов объемно-контурной пластики глазницы с введением препарата стабилизированной гиалуроновой кислоты и липоаспирата у пациентов с энофтальмом.

Материал и методы. В исследование включены 6 пациентов с односторонним энофтальмом различной этиологии (посттравматическим – 3, врожденным – 1, вследствие лучевого лечения – 1, при анофтальмическом синдроме – 1). Все пациенты предъявляли жалобы на функциональные изменения со стороны придаточного аппарата глаза: слезотечение вследствие заворота нижнего века, опущение и деформацию верхнего века, ограничение подвижности глазного яблока, а также выраженный косметический дефект. При первичном обращении для диагностики энофтальма использовали экзофтальмометр Гертеля. Всем пациентам на этапе предоперационной диагностики для уточнения состояния глазниц и причины энофтальма выполнялась компьютерная томография (КТ). В качестве одного из элементов анализа полученных томографических срезов с помощью инструментов программы Radiant DICOM Viewer (Medixant, Польша) проводили компьютерную экзофтальмометрию (патент РФ № 2621124 с приоритетом от 16.03.2016). В динамике величину энофтальма измеряли с помощью экзофтальмометра Гертеля в раннем послеоперационном периоде и при каждом контрольном осмотре пациентов. Помимо этого, для контроля состояния глазницы пациентам повторно выполнялась КТ с интервалом 6-8 месяцев и компьютерная экзофтальмометрия. Для восстановления нормального положения глазного яблока 4 пациентам с исходным энофтальмом 5-12 мм выполнялось поэтапно от 2 до 3 ретробульбарных инъекций препарата стабилизированной гиалуроновой кислоты средней плотности (всего 10 случаев – группа 1) и от 1 до 2 операций по липофилингу глазницы (всего 6 случаев – группа 2). Остальным 2 пациентам с первоначальным энофтальмом от 2 до 4 мм выполнялся только липофилинг глазницы (от 1 до 2 операций, всего 3 случая, которые также включили в группу 2). В 1-й группе в глазницу одновременно вводился 1,0 мл препарата стабилизированной гиалуроновой кислоты средней плотности. Во 2-й группе, в зависимости от клинической картины, в ретробульбарное пространство вводили под пальпаторным контролем интравитреаль-

тального давления от 3,0 до 5,0 мм (в среднем $4,3 \pm 1,2$ мм) аутологичного липоасpirата, полученного из подкожной жировой ткани с внутренней поверхности нижней трети бедра или окологрудинной области. Эффективность объемно-контурной коррекции энтофтальма оценивали по динамике величины асимметрии выстояния глазных яблок, измеренной с помощью экзофтальмометра Гертеля и разработанному способу компьютерной экзофтальмометрии. Результаты. У всех пациентов после каждого этапа объемно-контурной пластики глазницы наблюдалось выдвижение глазного яблока вперед на стороне энтофтальма ($p=0,02$), что сопровождалось улучшением положения и формы век, вызванных энтофтальмом, с уменьшением выраженности косметического дефекта. Однократное ретробульбарное введение 1,0 мл препарата стабилизированной гиалуроновой кислоты средней плотности или $4,3 \pm 1,2$ мл липоасpirата подкожной жировой ткани приводило к смещению глазного яблока вперед на 2-3 мм. Тем не менее, несмотря на целом положительную тенденцию к сокращению асимметрии выстояния глазных яблок (по данным экзофтальмометрии по Гертелю и компьютерной экзофтальмометрии), в отдаленном послеоперационном периоде выявлено колебание величины энтофтальма, измеренной с помощью экзофтальмометра Гертеля. Это может объясняться как известной погрешностью данного измерительного инструмента, так и склонностью к рассасыванию, присущей вводимым материалам. В 1-й группе регресс достигнутого эффекта наблюдался в большинстве случаев. Максимальный уровень сокращения послеоперационного эффекта коррекции энтофтальма в этой группе составил $0,77 \pm 0,39$ мм в месяц, но не превышал 4 мм за 8 месяцев периода наблюдения. В группе липофилинга сокращение послеоперационного результата отмечено только в одном случае и составило 0,75 мм в месяц за 4 месяца наблюдения. Выводы. Однократное ретробульбарное введение 1,0 мл препарата стабилизированной гиалуроновой кислоты средней плотности или $4,3 \pm 1,2$ мл липоасpirата приводит к смещению глазного яблока вперед на 2-3 мм. Ни один из сравниваемых методов не гарантирует стабильного эффекта коррекции энтофтальма в отдаленном послеоперационном периоде.

Эффективность резекции леватора при повторных операциях по поводу врожденного птоза верхнего века

Гущина М.Б., Неробеев А.И.

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

Цель. Оценить эффективность транскутанной резекции леватора при повторных хирургических вмешательствах по поводу врожденного птоза верхнего века.

Материал и методы. Был проведен анализ 167 повтор-

ных операций у пациентов в возрасте от 4 до 63 лет с врожденным птозом верхнего века. Все пациенты были разделены на 2 группы. К первой группе были отнесены пациенты (108 операций), которым ранее выполнялись операции подвешивающего типа. Пациенты с гипозффектом после операций на леваторе (резекция или дубликатура) были отнесены ко второй группе (59 операций). Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, которое было дополнено измерением ширины глазной щели в условиях фиксации брови. При обследовании обращали особое внимание на подвижность глазного яблока, смыкание глазной щели, состояние роговицы, выраженность пальпебральной складки, наличие деформации верхнего века, положение бровей. Результаты исследования заносили в медицинские карты и проводили фотодокументацию пациентов до и после операции. Всем пациентам в качестве повторной операции выполнялась транскутанная резекция леватора. Дополнительно пациентам первой группы интраоперационно удаляли подвешивающий материал (нити, лески, сетки, синтетические ленты, жгуты и т.д.). В послеоперационном периоде назначали антибиотики в виде капель и глазной мази на 2 недели. Кожные швы снимали на 5-7 сутки. После отмены медикаментозного лечения всем пациентам назначали упражнения и массаж для восстановления моргания, мигания и смыкания век. Окончательные результаты повторных операций оценивали через 3-6 месяцев после операции. Для оценки результатов лечения использовали коэффициент симметричности (до и после операции) и коэффициент эффективности (Патент РФ №2565746 от 21.09.2015).

Результаты. На дооперационном этапе у всех пациентов первой группы была выявлена деформация верхнего века с отсутствием пальпебральной складки, выраженная асимметрия бровей и неполное смыкание глазной щели (лагофтальм от 1 до 5 мм). Ширина глазной щели у пациентов первой группы до операции в среднем составила $5,04 \pm 0,21$. В то время как у пациентов второй группы до повторной операции смыкание глазной щели было практически полным, деформации верхнего века и асимметрии положения бровей не выявлялось, пальпебральная складка была хорошо выражена. Ширина глазной щели у пациентов второй группы до повторной операции в среднем составляла $5,33 \pm 0,19$. В раннем послеоперационном периоде у большинства пациентов в обеих группах наблюдалось неполное смыкание глазной щели (лагофтальм от 1 до 4 мм). При этом у пациентов первой группы степень лагофтальма в послеоперационном периоде оставалась прежней или уменьшалась по сравнению с исходным состоянием. У всех пациентов в обеих группах на фоне проводимого послеоперационного медикаментозного лечения при неполном смыкании век не наблюдалось роговичных осложнений. После проведения курса упражнений и массажа смыкание век восстанавливалось полностью или степень лагофтальма значительно уменьшалась, и не превышала 1-2 мм. Через 3-6 месяцев после операции у всех пациентов мор-

гание и мигание практически восстановилось, пальпебральная складка хорошо визуализировалась. Ширина глазной щели после реоперации в среднем составила у пациентов первой группы $10,53 \pm 0,21$, у пациентов второй группы $10,62 \pm 0,25$ мм, при том, что ширина глазной щели на парном глазу в среднем составила $11,2 \pm 0,09$. Таким образом, коэффициент симметричности до повторной операции составил в первой группе 45%, во второй группе 47%, коэффициент после реоперации 94% и 95% соответственно, а коэффициент эффективности 2,09 и 2,06 соответственно.

Выводы. Транскутанная резекция леватора при реоперациях по поводу врожденного оперированного птоза верхнего века у всех пациентов была эффективна. Коэффициент эффективности в первой группе составила – 2,09, во второй группе – 2,06 при высоких показателях симметричности (94% и 95% соответственно). При этом данная операция позволила устранить деформацию верхнего века, возникшую после операций подвешивающего типа и восстановить нормальную анатомию века. Что подтверждает целесообразность ее применения в качестве реоперации, как после операций подвешивающего типа при неудовлетворительных результатах, так и после операций на леваторе при гипозэффекте.

Влияние пренатальной терапии гематотропными и сердечно-сосудистыми препаратами на развитие гиперплазии кровеносных сосудов у детей

Гущина М.Б., Южакова Н.С., Афанасьева Д.С.

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

Цель. Провести ретроспективный анализ пренатального анамнеза детей с гиперплазией кровеносных сосудов и оценить влияние приёма гематотропных и сердечно-сосудистых препаратов матерью во время беременности на развитие гиперплазии кровеносных сосудов у ребенка.

Материал и методы. Были опрошены матери 28 детей, находящихся под наблюдением с диагнозом гиперплазия кровеносных сосудов (так называемая гемангиома) кожных покровов. При сборе пренатального анамнеза обращали внимание на факт приема гематотропных и сердечно-сосудистых препаратов, улучшающих маточно-плацентарный кровоток (дипиридамол, актовегин и др.), матерью во время беременности. Из 28 опрошенных женщин 17 имели единственного ребенка и 11 имели также других детей. В основную группу были включены дети с гиперплазией кровеносных сосудов, находившиеся под наблюдением в настоящее время (28 детей). Контрольную группу составили другие дети, имеющие у тех же матерей (11 детей). Из исследования были исключены

дети, родившиеся от осложненной беременности при состояниях, которые сами по себе являются серьезным фактором риска развития сосудистых новообразований у детей (преэклампсия, эклампсия, тяжелая фетоплацентарная недостаточность, продолжительная анемия). Таким образом, в исследование вошло 39 детей, родившихся от неосложненной беременности или беременности, протекавшей с компенсированной фетоплацентарной недостаточностью. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 8.0 (StatSoft, USA), оценивали значение критерия хи-квадрат. Разницу между группами считали достоверной при $p < 0,05$.

Результаты. В основной группе матери 21 (75%) из 28 детей с гиперплазией кровеносных сосудов во время беременности принимали гематотропные и сердечно-сосудистые препараты, улучшающие маточно-плацентарный кровоток. В группе сравнения у 6 (54,5%) из 11 детей матери во время беременности принимали гематотропные и сердечно-сосудистые препараты, при этом в 4 случаях у детей сформировалась гиперплазия кровеносных сосудов. У 5 (45%) детей группы сравнения, матери которых не принимали гематотропные и сердечно-сосудистые препараты, гиперплазии не было. Таким образом, из 32 детей с сосудистой гиперплазией в основной и контрольной группе в 24 случаях (75%) матери принимали и в 8 случаях (25%) не принимали гематотропные и сердечно-сосудистые препараты во время беременности. При этом из 7 здоровых детей контрольной группы, в 2 случаях (28,6%) матери принимали и в 5 случаях (71,4%) не принимали гематотропные и сердечно-сосудистые препараты во время беременности. При статистической обработке данных с использованием критерия хи-квадрат установлено, что относительный риск рождения ребенка с гиперплазией кровеносных сосудов в 1,5 раза выше у матерей, принимавших во время беременности гематотропные и сердечно-сосудистые препараты, чем у матерей, не принимавших данные препараты ($p < 0,05$).

Выводы. В результате проведения настоящего исследования была выявлена статистически значимая ($p < 0,05$) зависимость между возникновением гиперплазии кровеносных сосудов у ребенка и приемом матерью гематотропных и сердечно-сосудистых препаратов, улучшающих маточно-плацентарный кровоток, во время беременности. У матерей, принимающих во время беременности гематотропные и сердечно-сосудистые препараты относительный риск рождения ребенка с гиперплазией кровеносных сосудов в 1,5 раза выше, чем у матерей, не принимавших указанные препараты. Это позволяет отнести гематотропную и сердечно-сосудистую терапию, назначаемую беременным, к пренатальным факторам риска развития гиперплазии кровеносных сосудов у детей. Выявленная закономерность определяет целесообразность более углубленных исследований в этом направлении.

Вариантная МСКТ-анатомия носовых костей и грушевидных отверстий в норме и при различных деформациях наружного носа

Давыдов Д.В., Лежнев Д.А., Дутова М.О.
ГК «МЕДСИ», Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель работы: определить анатомо-топографические варианты носовых костей и грушевидных отверстий при нормальной конфигурации и различных деформациях наружного носа. Материалы и методы. Было обследовано 120 пациентов (66 женщин, 54 мужчины, в возрасте 18-54 лет), имеющих эстетические деформации наружного носа, а также 38 пациентов с нормальной европейской конфигурацией носа. Всем пациентам была выполнена мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ, Philips Brilliance 64) с построением мультипланарных и 3D-реконструкций.

Результаты. У пациентов с нормальной европейской конфигурацией носа наиболее часто встречались формы грушевидного отверстия в виде капли (44,7%) и сердца (26,3%), реже наблюдался овальный (13,2%) и грушевидный (7,9%) типы. Все пациенты с эстетическими деформациями были разделены на следующие группы: ринокифоз (n=32), длинный нос (n=18), комбинированная деформация в виде ринокифоза и удлинения носа (n=39), короткий нос (n=19), широкий нос (n=12). При ринокифозе чаще всего наблюдались каплевидная (34,4%), сердцевидная (25,0%) и грушевидная формы (18,7%) грушевидного отверстия. При длинном носе определялась форма в виде вытянутой капли (44,4%), сердца (27,8%) и ромба (16,7%). При сочетании длинного носа и ринокифоза наблюдались грушевидный (28,2%), каплевидный (25,6%) и сердцевидный (20,5%) типы, а также отмечалась форма ромба и овала. Грушевидное отверстие для короткого носа имело чаще вид сердца (52,6%), для широкого носа – вид трапеции (58,3%) и круга (25%). Самыми распространенными формами костей носа по всем группам пациентов суммарно были II (41,8%), V (22,1%), VI (14,6%) и VII (10,8%) типы по Lang and Baumeister, однако каждый тип деформаций имел свои особенности и характерные анатомические варианты.

Выводы. МСКТ с постпроцессинговой обработкой является наиболее информативным методом объемной визуализации структур наружного носа. В основе формы носа определяются носовые кости и грушевидное отверстие, имеющие значительную вариабельность за счет наличия множества анатомо-топографических вариантов. Наиболее часто встречающимися видами грушевидных отверстий у пациентов всех групп являются каплевидная, сердцевидная и грушевидная, а также II, V, VI, VII варианты носовых костей. Предоперационная оценка с помощью МСКТ позволяет изучить анатомическую основу формы

наружного носа, что является важным аспектом выбора хирургической методики и обеспечения удовлетворительного хирургического результата.

Обоснованность сочетанного применения препарата Hyalual с лазерными системами Er:Yag и Nd:Yag на примере деформационно-отечного и мелкоморщинистого типов старения

Даниленко В.С.
EA Clinic, Москва

Актуальность: комплексное воздействие на разные этиопатогенетические факторы старения позволяют достичь лучшего результата по сравнению с пациентами в монотерапии ввиду того, что лазерные системы активно используются в повседневной практике врача косметолога, мы хотим предложить актуальные схемы подготовки пациентки и реабилитации после лазерного лечения, которые будут максимально эффективно восстанавливать структуру дермы, тк применение редурализанта улучшает регенераторные способности кожи, комплекс гиалуроновая кислота плюссукцинат Na активно способствует более быстрой реабилитации после лазерного лечения, янтарная кислота повышает ответ кожи за счёт активации системы АТФ в митохондриях фибробластов именно в момент их максимальной активности после лазерной активации и усиления метаболизма клеток, также воздействует на микроциркуляторное русло, восстанавливает оксигенацию тканей, и тем самым сокращает реабилитационный период, способствуя потенцированию действию двух методик.

Цель: доказать эффективность и необходимость применения и сочетания методик, воздействуя на разные этиопатогенетические звенья. Разработать актуальные схемы сочетанного применения методик для повышения эффективности процедур.

Материалы и методы: лазерные системы Er:Yag 2790 нм и Nd:Yag 1064 нм, редурализант Hyalual 1,1%, 1,8%, 2,2% За 2 недели до проведения лазерного омоложения проводится 1 процедура Hyalual 1,1%-2,0 для деформационно-отечного типа старения и Hyalual 1,8% -2,0 мелкоморщинистого типа Лазерное лечение короткоимпульсным и длинноимпульсным режимами Nd:Yag 1064 нм и режимом холодного пилинга Er:Yag 2790 нм Через 7-10 дней после лазерного омоложения для деформационно-отечного типа 1 процедура Hyalual 1,8%- 2,0мл и 1 процедура Hyalual 2,2%-2,0мл с интервалом 14 дней, для мелкоморщинистого типа 1 процедура Hyalual 1,8% -2,0 мл и 1 процедуры Hyalual 2,2% -2,0 мл с интервалом 2 недели. Оценка эффективности результатов процедуры проводилась на основании критериев Международной глобальной шкалы эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale; GAIS) и изменений показа-

телей Шкалы степени выраженности морщин (Wrinkle Severity Rating Scale, WSRS), на диагностическом аппарате Antera и субъективной оценки эффективности процедуры пациентом.

Результат: в результате клинического наблюдения было отмечено, что само лазерное лечение проводилось более комфортно для пациентов, а после курса наблюдалось уменьшение выраженности морщин, улучшение тонуса и текстуры кожи, изменение цветности кожи в сторону однородности, уменьшение выраженности сосудистых поверхностных сплетений, реабилитация проходила быстрее и комфортнее для пациентов

Выводы. Эффективное сочетание системы Er:Yag 2790 нм и Nd:Yag 1064 позволяет добиться реконструкции дермы на разных уровнях с достаточно быстрым реабилитационным периодом за счёт комбинации двух методик и подготовки к лазерному лечению и проведения процедур реабилитации после лазерного лечения

Каркасность фасциально-протоковой структуры молочных желёз

Дзотцов А.К., Егоров Ю.С.

*Российская медицинская академия
последипломного образования, Москва*

Молочные железы (МЖ) являются одним из самых изученных органов женского организма. Существуют сотни научных статей, раскрывающих строение и физиологию МЖ шаг за шагом, однако, даже анатомия МЖ порой пересматривается. Например, в 1998 году Элизабет Вюрингер представила работу, в которой описала горизонтальную септу, уточнив фасциально-протоковую систему (ФПС) МЖ. Поначалу в существование септы мало кто верил, однако, в настоящее время подавляющее большинство пластических хирургов уже включает септу в кровоснабжение сосково-ареолярного комплекса (САК) при редуccionных пластиках.

Целью нашей работы явилось улучшение прогнозирования возрастной динамики МЖ, для чего необходимо было получить витальное изображение фасциальных структур МЖ и сопоставить результаты с теоретическими данными.

Материалы и методы: была выполнена сплошная выборка 15 МРТ молочных желёз из базы РОНЦ им.Н.Н.Блохина (всего 30 МЖ). Осуществлена трехмерная реконструкция ФПС с помощью бесплатной программы 3D Slicer (<http://www.slicer.org/>) всего 30 трехмерных моделей. Полученные модели проанализированы и сопоставлены с теоретическими данными. В результате работы выявлено, что ФПС преимущественно прикрепляется к коже вокруг САК, имея минимальный контакт с большой грудной мышцей и передней грудной стенкой в целом, создавая своеобразный объемный каркас. Отдельные фасциальные структуры, описанные в научных публикациях, в полученных моделях ФПС визуализировать не удалось.

Выводы: ФПС конденсируется преимущественно вокруг соска, армируя МЖ ближе к САК, отвечая за характерную форму МЖ. Данный каркас с возрастом может терять свою упругость, приводя к различным видам птоза и потере формы МЖ.

Особенности анестезиологического сопровождения реконструкции нижней зоны лица ревааскуляризованными малоберцовыми лоскутами

Добродеев А.С., Антипушина Е.В.

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

Цель исследования. Изучение влияния периоперационной антикоагулянтной терапии низкомолекулярными гепаринами на выживаемость свободных малоберцовых лоскутов, перенесенных в область головы и шеи.

Материалы и методы. Сравнили 2 группы пациентов, перенесших реконструкцию нижней зоны лица свободными малоберцовыми лоскутами. Возраст пациентов варьировал от 20 до 62 лет. По соматическому статусу пациенты относились к классам II-III ASA. В первой группе (n=32) назначали рекомендуемую профилактическую дозу над-ропарина кальция, а во второй группе (n=21) дозу над-ропарина кальция титровали по результатам тромбозластографии. Эффективность антикоагулянтной терапии оценивали методом тромбозластографии, соматической оксиметрии, наличием как тромбоза сосудистых анастомозов, так и геморрагических осложнений в области свободного лоскута.

Результаты. В первой группе сохранялась нормакоагуляция, средний уровень оксигенации лоскута составил 68±2%, разница с контралатеральными показателями достигла 26±4%, 3 (9,3%) лоскута потеряли по причине тромбоза сосудистой ножки, геморрагических осложнений не наблюдали. Во второй группе на основе результатов тромбозластографии удерживали легкую гипокоагуляцию путем увеличения дозы антикоагулянтов в 1,5-2 раза. Средний уровень оксигенации лоскута составил 75±6%, разница с контралатеральными показателями оказалась достоверно ниже первой группы – 17±3%. Тромботических осложнений сосудистой ножки не наблюдали. У одного пациента отмечали формирование в ложе лоскута гематомы, эвакуированной при ревизии, которая не ухудшала показателей оксиметрии лоскута.

Заключение. Вопросы антикоагулянтной терапии в микрохирургии остаются открытыми. Тем не менее с внедрением в практику современных и чувствительных методов мониторинга системы гемостаза, а также жизнеспособности свободных лоскутов удается улучшить исходы реконструктивных операций нижней зоны лица ревааскуляризованными малоберцовыми лоскутами.

Использование виртуального компьютерного планирования в лечении пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями скулоглазничного комплекса

Дробышев А.Ю., Михайлюков В.М., Капустин А.А.

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

Одной из актуальных задач реконструктивной челюстно-лицевой хирургии является повышение эффективности хирургического лечения пациентов с травматическими, посттравматическими дефектами и деформациями скулоглазничного комплекса.

Цели. Совершенствование методов предоперационного планирования, повышение точности моделирования и позиционирования аутотрансплантатов, уменьшение травматичности и времени оперативного лечения.

Материалы и методы. На базе КЦ ЧЛРВ и ПХ МГМСУ им. А.И. Евдокимова за период с января 2016 по сентябрь 2017 года оказано оперативное лечение 29 пациентам с посттравматическими дефектами и деформациями средней зоны лица и скулоглазничного комплекса с использованием костных аутотрансплантатов со свода черепа. У всех пациентов степень повреждения костных структур лицевого отдела черепа оценивали по данным МСКТ, на базе которой выполняли измерение горизонтальных и вертикальных размеров глазницы, измеряли величину смещения глазного яблока и костных фрагментов поврежденной области. Повреждения костей лицевого скелета сопровождались функциональными нарушениями и эстетическими недостатками. Из 29 пациентов функциональные нарушения в виде диплопии были выявлены у 18 пациентов (62%), ограничение подвижности глазного яблока на поврежденной стороне у 7 (24%). Эстетический недостаток в виде энтофтальма определялся у 19 пациентов (65%), гипотофтальм у 11 (38%), экзофтальм выявлен у 1 (3,5%). Всем пациентам в предоперационном периоде по данным МСКТ исследования, выполнялось виртуальное планирование хирургического лечения. Виртуальное перемещение костных фрагментов с постановкой в анатомическое положение, позволило оценить конечный результат. В тех случаях, когда во время перемещения фрагментов формировались дефекты, проводилось планирование хирургических шаблонов, которые с высокой точностью повторяли анатомию данной области.

Результаты. Во всех случаях после проведенного оперативного лечения ни один из пациентов не отметил функциональных нарушений в виде двоения или ухудшения зрения, что так же было подтверждено исследованиями врача-офтальмолога. По данным МСКТ оценивалась

эффективность хирургического лечения на 3 сутки. Определялись линейные размеры здоровой и восстановленной глазниц в аксиальной и косо-сагитальной плоскостях, с последующим сравнением. У всех пациентов спустя 3 месяца проводили клинико-рентгенологическое обследование. Визуально оценивали симметрию лица, движение глазных яблок. По данным МСКТ выполняли оценку состояния костных структур, в аксиальной и фронтальной проекциях оценивали положение глазных яблок по энтофтальму и гипотофтальму. В результате проведенного лечения энтофтальм выявлен у 6 (20%) пациентов, смещение глазного яблока книзу не превышало 2 мм. Гипотофтальм определялся у 4 (14%) человек, так же не превышал 2 мм. На момент контрольного обследования ни один из пациентов не предъявлял жалоб на функциональные и эстетические нарушения.

Выводы. Использование современных методов виртуального планирования, позволяет в короткие сроки спланировать и оценить возможные результаты хирургического лечения, вследствие чего сделать операцию наиболее предсказуемой. Изготовленный хирургический шаблон для забора костных трансплантатов, позволяет учесть особенности анатомии данного пациента. Высокая точность воспроизведения формы, объема трансплантата по шаблону помогает избежать длительного интраоперационного моделирования и коррекции трансплантата, что ведет к сокращению времени хирургического лечения. Все вышеперечисленные особенности виртуального планирования и моделирования позволили достичь наилучших хирургических результатов, что подтверждается множеством клинически данных различных авторов, поэтому виртуальное планирование и моделирование можно считать неотъемлемой частью предоперационной подготовки.

Дисфункция ВНЧС у пациентов после ортогнатической хирургии

Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Латышев А.В., Колчин С.А., Салимханов В.Я., Сорвин В.А.

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

Во всем мире ежегодно увеличивается количество ортогнатических операций, соответственно возрастает количество осложнений, что ведет к более детальному их анализу. Таким образом, одной из актуальных тем на сегодня является проблема ортогнатических операций у пациентов с заболеваниями ВНЧС. По данным литературного обзора до 40% пациентов, которые идут на комбинированное лечение, включающее ортогнатическую хирургию, предъявляют жалобы на хрусты, щелчки и/или боли, связанные с заболеваниями ВНЧС различной этиологии. Согласно многим исследованиям ремоделирование костных структур ВНЧС происходит

не менее чем у 35% процентов пациентов, а у 5-24% пациентов возникает прогрессирующая резорбция мышечковых отростков. Данные о динамическом изменении клинических симптомов заболевания ВНЧС и проценте резорбции мышечковых отростков после ортогнатических операций достаточно противоречивы и требуют систематизации. По некоторым исследованиям, если у пациентов были симптомокомплексы заболевания ВНЧС в виде хрустов, щелчков и боли, то после ортогнатической хирургии будет ухудшение либо нейтральная динамика, по другим данным после ортогнатической хирургии исчезают клинические симптомы у 66% пациентов, но возникают у 11% здоровых пациентов. Таким образом, целью нашей работы является оценка костных параметров ВНЧС и клинической симптоматики дисфункции ВНЧС у пациентов с зубочелюстными аномалиями до и после ортогнатической хирургии и их корреляция с классом зубочелюстной аномалии и вариантами перемещения челюстей, а также систематизация существующих в литературе данных на проблему.

Методы. 1) 8 пациентов от 21-37 лет, 6 женщин, 2 мужчин. Критериями исключения были: наличие соматической патологии, возраст женщин старше 45 лет, гормональные нарушения, вредные привычки; 2) Оценка и интерпретация данных КЛКТ до операции и через 1 год после двучелюстных операций с использованием IBM SPSSStatistics 24.0; 3) Анализ данных клинического осмотра до и после ортогнатической хирургии; 4) Анкетирование пациентов до и после хирургического вмешательства на предмет симптомов дисфункции ВНЧС с помощью анкеты – TMJ scale; 5) Анализ и систематизация данных литературы на проблему. Мы разделили пациентов согласно скелетным классам зубочелюстных аномалий: 1-ая группа – 2-ой скелетный класс, 2-ая группа – 3-ий скелетный класс. До и после ортогнатической хирургии было выполнено клиническое, рентгенологическое исследование и анкетирование. У 50% пациентов до операции были жалобы на боли, хруст и щелчок с обеих сторон, 75% из них пациенты 1ой группы. После операции жалобы оставались у 37% пациентов 1ой группы. Статистически значимых изменений структуры и поверхности суставных головок мышечковых отростков до и после операций не выявлено. Определялась взаимосвязь проявления симптомов дисфункции ВНЧС и величины угла плоскости основания нижней челюсти (МРА). Выявлены факторы высокого риска возникновения симптомов дисфункции: длительная межчелюстная фиксация, чрезмерное дистальное позиционирование мышечков во время операции, ротация против часовой стрелки проксимального и дистального фрагментов, чрезмерное выдвижение нижней челюсти вперед. Также определена группа пациентов с высокой вероятностью появления симптомов дисфункции ВНЧС: недоразвитие нижней челюсти, значение угла плоскости нижней челюсти более 30 градусов.

Изменение эстетики лица после ортогнатической хирургии

**Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Латышев А.В.,
Колчин С.А., Сорвин В.А., Салимханов В.Я.**
*Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И.
Евдокимова, Москва*

Лицо является предметом пристального внимания человечества в течение долгого времени. Многие психологические исследования показали, что как только младенцы учатся фокусировать свой взгляд, они предпочитают смотреть на лица, нежели на любой другой объект. Как и многие эстетические параметры, характеристики «идеального» лица претерпели изменения с течением времени. Сквозь искусство и культуру возможно проследить исторические паттерны, отображающие изменения профиля человеческого лица, который напрямую зависит от расположения и развития различных его отделов: носа, подбородка, скуловых областей, верхней и нижней губы и т.д. В настоящее время увеличивается количество пациентов с врожденными деформациями челюстей, обращающихся за комбинированным лечением – ортогнатической хирургией. Оценить изменения эстетических параметров лица пациентов с аномалиями развития челюстей до и после ортогнатических операций с помощью трехмерного анализа. Ретроспективно отобраны 5 пациентов с врожденными деформациями челюстей без сопутствующих патологий. Всем пациентам первым этапом лечения проводилась ортодонтическая подготовка в течение не менее 1 года. После завершения подготовки пациентам проведено 3D-планирование с помощью специального компьютерного модуля симуляции хирургического лечения. Вторым этапом лечения всем пациентам проведена ортогнатическая операция в объеме: остеотомии верхней челюсти по ЛеФор 1, двусторонней сагиттальной остеотомии нижней челюсти и остеотомии подбородочного отдела. Оценку эстетических параметров проводили методом сравнительного анализа данных трехмерного анализа до и после оперативного вмешательства. До операции определялось отклонение от нормативных значений основных эстетических показателей, в частности углов: назолабиального, губо-подбородочного, шейно-подбородочного, угла лицевого профиля, а также линейных значений: высоты нижней трети лица, соотношений Zy-Zy/Go-Go, симметричности Go-Go относительно центральной линии. По результатам анализа после операции вышеуказанные параметры определялись в пределах пороговых значений. Комбинированное лечение, включающее в себя ортодонтическую подготовку и ортогнатическую операцию, позволяет получить не только функциональные, но и высокие эстетические результаты у пациентов с врожденными деформациями челюстей.

Качество и безопасность сестринского дела в косметологии как профилактика юридического конфликта

Дубовая Е.Г.

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

Общество относит медицину к «помогающим профессиям». На средний медицинский персонал возложены обязанности помогать пациентам вместе с врачом и помогать врачу. Несколько десятков нормативно-правовых и ряд этических документов, регламентирующих качество и безопасность сестринского дела в косметологии, наделают медсестер правами и обязанностями выполнять ряд медицинских вмешательств по назначению врача, а при исполнении более сложных манипуляций или инвазивных косметологических вмешательств, медсестра ассистирует врачу. При этом опросы лиц со средним образованием при обучении на кафедре косметологии показывают, что им хотелось бы большей самостоятельности в выполнении косметологических вмешательств. Многие обучены инвазивным методикам и хотели бы их с успехом применять. Вопросы юридической ответственности среднего медицинского персонала были подробно проанализированы на соответствующей секции Конгресса в 2016 году. В данном сообщении речь об участии наших медсестер в конфликтном процессе. В причинности конфликтов выделяют организационно-правовые, административно-управленческие, социально-психологические и этические факторы. Кроме того, выделяют конфликтогенные действия среднего медицинского персонала: нечеткая, ненадлежащая передача информации (приказов, рекомендаций, внутренних распоряжений, локальных документов и др.), блокирование информации, информирование «не тех» лиц, излишние, чрезмерные потоки информации и др. Примеры конфликтов в косметологических клиниках и литературные данные убедительно показывают, что из трех основных критериев качества медицинской помощи (медицинский, правовой и этический) пациент адекватно оценивает только последний, притом воспринимает все обостренно чувствительно. Психологи выяснили, что для эффективного обмена информацией при общении людей собственными смыслами фраз имеют значение только на 5-10%; тембр, ритм и эмоциональный тон голоса – 35-40%; мимика и жестикация – 45-55%!.. Наши пациентки улавливают нюансы, воспринимают их через призмы своего «чувствительного» восприятия. В жалобах звучит резкое неодобрение казалось бы, позитивных высказываний, например «она грубо сказала мне, что я нормально выгляжу и без инъекций», «меня отправили домой отдыхать», и требование наказать сказавшего фразу сотрудника. Или дама пенсионного возраста возмущается: «Только не говорите мне, что я

хорошо выгляжу!»(?!). Косметологические клиники – это особая социальная среда! Для улучшения или поддержания доброжелательного климата и обстановки доверия помимо высококвалифицированного и компетентного врача-профессионала необходима слаженная команда сотрудников. Каждый делает свой посильный вклад в качество и безопасность медицинской помощи, а умелое использование приемов межличностной коммуникации и конфликтологии является ценным элементом в конфликтном процессе. Средний и младший медицинский персонал, а также сотрудники – не медики, при соответствующем настрое и подготовке могут приносить значительную пользу медицинской организации и вместе с врачами формировать удовлетворенность пациентов. Когда конфликт выявлен или заявлен, применяются определенные алгоритмы, меры урегулирования и разрешения конфликта. А затем проводится работа по извлечению уроков и профилактике аналогичных ситуаций. Важно помнить, что большинство конфликтов в медицинских организациях, особенно при неадекватном реагировании со стороны руководства, приводит к негативным последствиям и выражается в стойком снижении качества выполняемой работы как отдельных сотрудников, так и всей клиники, что, в свою очередь, является пусковым фактором возникновения новых конфликтов с возможностью перехода в юридически значимый. Но прогнозировать окончательный результат конфликта в его начале невозможно. Всегда возможен неожиданный поворот событий. Таким образом, сестринское дело в косметологии, при условии соответствия нормативно-правовым и этическим требованиям качества и безопасности, включая заботу и профессиональную коммуникацию, может служить профилактическим фактором. Оптимальное управление данным ресурсом снижает риск юридических конфликтов и усиливает позицию клиники в конфликтной ситуации.

Изучение применения интерферона альфа-2b в составе нового комбинированного способа лечения папилломатоза гортани взрослых

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

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

Папилломатоз гортани (ПГ) характеризуется рецидивирующим течением и бурным ростом, что обусловило многогранность лечебной тактики. В настоящее время известно более 50 различных методов лечения ПГ, однако радикального этиопатогенетического средства до настоящего времени не найдено. Лечебная практика основывается на трех основных направлениях и их различных сочетаниях: совершенствование хирургических методов, поиск новых медикаментозных препаратов (противови-

русных, иммуностропных и др.) и разработка методик вакцинации. Общепринятым методом противорецидивного лечения ПГ является интерферено-терапия. В основном применяют инъекционные формы рекомбинантного интерферона (ИФН). Наиболее побочным действием при лечении инъекционными формами препаратов ИФН является пирогенная реакция, проявляющаяся после первых инъекций, спустя несколько часов после введения препарата. Кроме того, в ответ на введение инъекционных форм рекомбинантных ИФН у больных вырабатываются нейтрализующие антитела (НАТ), относящиеся к классу IgG, которые обладают способностью нейтрализовать противовирусную и антипролиферативную активность ИФН. При системном введении лишь незначительная часть препарата попадает непосредственно в ткани папиллом, при этом 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. В ФГУП Гос. НИИ ОЧБ ФМБА России создан новый высокопродуктивный рекомбинантный штамм *Escherichia coli* BL21(DE3) – продуцент интерферона альфа-2b человека, разработан технологический процесс выделения и очистки целевого белка, по своим физико-химическим и биологическим характеристикам соответствующего требованиям международных фармакопей. Субстанция рекомбинантного ИФН альфа-2b включена в государственный реестр лекарственных средств (регистрационное удостоверение ЛСР-007704/10 от 05.08.2010). Целью нашего исследования явилось повышение эффективности лечения у больных папилломатозом гортани с помощью нового способа комбинированного лечения, включающего эндоларингеальное микрохирургическое удаление папиллом с применением холодной плазмы и последующим проведением местной противовирусной терапии.

Материалы и методы исследования. 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 при комбинированном лечении. В открытое, рандомизированное, контролируемое исследование включено 75 больных (мужчин и женщин) в возрасте от 18 до 65 лет с ПГ. В 1-ой группе – 25 пациентов, которые получают терапию рекомбинантным интерфероном альфа-2b в комплексе с эндоларингеальной микрохирургией с применением холодной плазмы. Интраоперационно, после удаления папиллом с помощью аппарата CoblatorII, в пораженную зону выполняется подслизистое введение лекарственного препарата. Затем в течение 7 дней проводятся ингаляции лекарственным препаратом. Во 2-ой группе – 25 больным проводиться так же хирургическое лечение, в качестве противорецидивного лечения – препарат аллокин – альфа по схеме. Контрольная группа – пациенты оперируются так же методом эндоларингеальной микрохирургии, без назначения медикаментозной терапии.

Период наблюдения – время пребывания больных в стационаре и в последующем амбулаторно в течение 2 лет. Пациентам обеих групп проводится оториноларингологическое исследование с видеофибrolарингоскопией.

Результаты лечения оцениваются по изменению количества и тяжести рецидивов, длительности ремиссий. В настоящее время уже пролечено и наблюдаются 20 пациентов из основной группы, пациенты для контрольной группы набраны путем ретроспективного анализа истории болезни.

Выводы по полученным первым результатам: 1. Применение препарата Интрефераль приводит к статистически значимому снижению продолжительности и тяжести рецидивов папилломатоза гортани и уменьшению частоты последующих рецидивов. 2. Ингаляционное введение Интерферала (2 млнМЕ) хорошо переносится, не вызывает аллергических реакций, не оказывает гепато-нефротоксического действия и токсического действия на кроветворные органы. 3. Препарат Интрефераль может быть рекомендован для широко практического применения как препарат выбора в комплексной терапии ПГ у взрослых.

Двусторонняя врожденная атрезия хоан: современное состояние проблемы

Егоров В.И., Тюкин В.Ю., Кочнева А.О.

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

Этиология и патогенез хоанальных атрезий до настоящего времени остаются до конца не выясненными. Наибольшую группу составляют эндо- и экзогенные тератогенные агенты, которые могут оказывать как непосредственное действие на плод, так и опосредованно, через материнский организм. Врожденная атрезия хоан – внутриутробная аномалия, формирующаяся на 6-12 неделе гестации, и связана с неполной резорбцией носо-небной мембраны. В дальнейшем, из-за сохранившейся мембраны отмечается сближение задних отделов сошника и боковой поверхности полости носа. Врожденная двусторонняя полная атрезия хоан – редкая патология и встречается, по данным разных авторов, с частотой один ребенок на 5-10 тыс. новорожденных. При этом двусторонняя атрезия хоан встречается чаще, чем односторонняя в соотношении 2:1. Лечение врожденной полной костной атрезии хоан только хирургическое. Хирургический подход у новорожденных только эндоназальный с эндоскопическим контролем со стороны ротоглотки с применением назального бора и микродебридера. Процесс рубцового зарращения является очень актуальным при работе с данной патологией. Для предотвращения рубцового зарращения во вновь сформированные хоаны вводятся назальные стенты. В разных клиниках в разное время разработаны различные по конструкции носовые

стен­ты. Чаще всего – это устрой­ства, представляющие собой термопластическую трубку, которую помещают на различное время в носовую полость после формирования хоаны. Однако данные устройства обладают существенными недостатками: ненадежность крепления в полости носа не позволяет установить устройство на продолжительный срок для окончательного формирования просвета хоан после устранения атрезии. Также существующее крепление стента при помощи шелковой нити, которую обвязывают вокруг головы ребенка. Недостатком этого крепления является неудобство в использовании, особенно для новорожденных, а также ненадежность его фиксации в полости носа.

Целью нашего исследования явилось: повышение эффективности лечения при двусторонней полной атрезии хоан у новорожденных и внедрение в практику нового устройства для предотвращения рубцового зарращения просвета хоан у новорожденных.

Материалы и методы. Мы разработали и внедрили в практику устройство для предотвращения рубцового зарращения просвета хоан у новорожденных (патент № 2614936 от 30.03.2017), которое позволяет добиться стойкого положительного результата и не обладает вышеперечисленными недостатками, а также позволяет формировать проксимальную часть индивидуально по форме и размеру носоглотки. Наше новое устройство выполнено в виде двух трубок с перемычкой, на концах которых имеются кольцевые фиксаторы. Обе части выполнены с изгибом 140-170 градусов посередине. Эта конфигурация позволяет: надежно и безопасно зафиксировать устройство, исключая выпадение, за счет вышеуказанных формы и перемычки; за счет формы дистального конца изменять его индивидуально по размерам носоглотки; избежать прорастания грануляций в просвет стента за счет формы и размеров перемычки, соединяющей проксимальные концы трубки; избежать деформаций преддверия полости носа за счет физиологичного изгиба посередине трубки. С 2002 г. в нашей клинике прооперировано 40 детей с врожденной полной костной двусторонней атрезией хоан. С 2010г. с применением нового стента прооперировано 20 детей (50%). Рубцовое стенозирование при применении предыдущей методики стентирования отмечалось в 7 случаях из 20 (35%). Рубцовое стенозирование при применении новой методики – отмечалось в 1 (5%) случае из 20, что потребовало повторной установки стента большего размера. Детям, у которых имелся стойкий положительный результат, повторные операции были проведены в плановом порядке по достижению 6-9-летнего возраста, так как размер, наложенных в младенчестве хоан, не обеспечивал дыхательных потребностей подросшего организма.

Выводы полученным результатам: конфигурация разработанного стента позволяет: надежно и безопасно зафиксировать устройство, исключая выпадение, за счет вышеуказанных формы и перемычки; за счет формы дистального конца изменять его индивидуально по размерам носоглотки; избежать прорастания грануляций в просвет

стента за счет формы и размеров перемычки, соединяющей проксимальные концы трубки; избежать деформаций преддверия полости носа за счет физиологичного изгиба посередине трубки. Все эти факторы повышают эффективность хирургического лечения новорожденных детей с полной двусторонней атрезией хоан.

Выбор метода онкопластической резекции в хирургическом лечении рака молочной железы

Егоров Ю.С., Дзотцов А.К., Кузнецова Л.В.
Кафедра пластической и челюстно-лицевой хирургии Российской медицинской академии последипломного образования, Москва

Цель работы: обосновать преимущества проведения редукционной маммопластики (РМ) и выбор питающей ножки сосково-ареолярного комплекса (САК) в зависимости от локализации опухоли при онкопластическом подходе в лечении рака молочной железы (РМЖ).

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы эстетические результаты и онкологическая безопасность применения онкопластической резекции по типу РМ. В группу исследования вошло 30 женщин, средний возраст составил $45,5 \pm 4,7$ лет. Критериями включения являлись размеры опухоли T1-T2, первичное вмешательство, отсутствие мутаций BRCA1, BRCA2, CHEK2. В 9 случаях опухоль располагалась в верхних отделах, в 11 случаях – в верхнелатеральных, в 8 случаях – в нижних, в 2 случаях – в нижнемедиальных. Всем пациенткам обязательно осуществлялся интраоперационный гистологический контроль краёв резекции, а также симметризация контрлатеральной молочной железы (МЖ). Оценка эстетического результата проводилась по следующим критериям: достижение конусности МЖ, расположение САК на вершине конуса МЖ, выше уровня инфрамаммарной складки (ИМС) или на уровне середины плеча. В выборе питающей ножки САК приоритет отдавался ножке локализуемой противоположно располагающейся от опухоли. При РМЖ выбор метода определялся на основе данных УЗИ, PDE, по результатам чего определялась локализация и размер опухолевого образования. В зависимости от локализации опухоли проводился выбор питающей ножки САК. При РМЖ в боковых и верхних отделах МЖ, предпочтение отдавалось SPAIR маммопластике по D.C. Hammond, при расположении в нижних и центральных отделах – комбинированная вертикальная маммопластика (по С. Lassus, F. Lista, B. Strauch).

Результаты. Распределение в группе в зависимости от методики РМ: 20 пациенткам выполнена SPAIR маммопластика с САК на нижнемедиальной питающей ножке, 10 пациенткам – комбинированная вертикальная маммопластика у 8 из которых верхнемедиальная питающая ножка, у 2 – вертикальная ножка с ротацией края. В 100% случаев в краях резекции отсутствовали патологическая ткань

РМЖ. Также во всех случаях достигнут максимальный эстетический результат. Рецидивы опухолей и повторные вмешательства в группах отсутствовали в 1-летний период наблюдения.

Вывод. Спектр вмешательств онкопластического подхода позволяет получить максимальный эстетический результат вмешательства с обеспечением сохранения онкологической радикальности, при условии соблюдения определенных правил выбора сосудистой ножки и метода РМ, а также выполнения симметризации контрлатеральной молочной железы. Несомненные преимущества данного метода, такие как возможность удаления большого объема тканей, короткий рубец на коже, хорошие непосредственные результаты и низкий процент рецидивов РМЖ позволяют считать данный метод хирургического лечения применимым в онкологическом стационаре, при соблюдении определенных показаний и алгоритмов.

Хирургическая коррекция вторичного птоза молочных желез с применением собственной фиброзной капсулы

Жуков М.И., Стефкивская О.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра комбустиологии и пластической хирургии ФИПО, Клиника пластической, эстетической и реконструктивной хирургии «Клиника доктора Жукова», Донецк

По статистике международных организаций пластической хирургии, аугментационная маммопластика занимает лидирующие позиции во всем мире. Проблемы осложнений пластических операций по аугментации молочных желез, на сегодняшний день, чрезвычайно актуальны, о чем свидетельствует большое количество повторных обращений пациенток и количество публикаций в специализированных изданиях. Мировой опыт проведения увеличивающих маммопластик дает возможность анализа многолетних отдаленных результатов. Поэтому поиск путей коррекции осложнений аугментационной маммопластики продолжает быть актуальной. Одним из часто встречаемых осложнений отдаленного послеоперационного периода является вторичный птоз молочных желез. Данный вид осложнений ранее разделен на несколько подвидов, с чем связана разница в хирургической тактике. Многолетний опыт нашей работы по хирургической коррекции вторичного птоза после аугментационной маммопластики включал использование соединительнотканной капсулы имплантата. Нозологическими формами, при которых применялись методики коррекции различных видов вторичного птоза, являлись: «snoory breast», «ball – in – sock», «bottoming out». С 2015 по 2017 г. прооперировано 17 пациенток с различными видами вторичного птоза после аугментационной маммопластики, возраст: от 25 до 48 лет. Все пациентки разделены на

три группы: первая («snoory breast» – 9 человек), вторая («ball – in – sock» – 5 человек), третья («bottoming out» – 3 человека). Всем им была предложена техника моделирования соединительнотканной капсулы в различных интерпретациях с и без замены имплантата. В некоторых случаях с использованием проленовой сетки, а также метода липофилинга. Были определены критерии оценки, на основании которых проводился отбор пациенток для конкретной хирургической тактики: 1. Степень птоза молочных желез. 2. Отношение пациентки к конкретной группе вторичного птоза. 3. Наличие или отсутствие капсулярной контрактуры. 4. Оценка состояния исходного имплантата. 5. Оценка состояния покровных мягких тканей. 6. Наличие или отсутствие инфекционных процессов в анамнезе. 7. В случае реимплантации, оценка возможных оптимальных параметров имплантатов для пациентки. 8. Подбор возможных дополнительных методов коррекции: применение проленовой сетки, липофилинга, малоинвазивной мастопексии.

Выводы. Применение хирургического лечения вторичного птоза молочных желез после аугментационной маммопластики с использованием собственной фиброзной капсулы, позволило внедрить в нашу практику хирургические техники, расширяющие возможности коррекции с более стабильным и эффективным результатом в отдаленном периоде.

Эстетическая ринопластика: определение проблемы и выбор оперативной техники

Жуков М.И., Стефкивская О.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра комбустиологии и пластической хирургии ФИПО, Клиника пластической, эстетической и реконструктивной хирургии «Клиника доктора Жукова», Донецк

Цели. Выбор адекватного комплекса технико-оперативных приемов, необходимых для коррекции различных дефектов наружного носа.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2017 годы располагаем опытом 52 операций по ринопластике у 48 пациентов. Показаниями служили эстетические аспекты в 40 наблюдениях; посттравматические деформации носа – 8 пациентов, из них 6 имели искривление перегородки с нарушенной функцией внешнего дыхания. Кифоз спинки носа – 28 пациентов, в том числе со сколиозом – 10. Длинный и седловидный нос – по 8 пациентов в каждой группе, широкий кончик носа – соответственно у 8. Первичные операции выполнены у 44, вторичные – в 4 наблюдениях. Во всех случаях применялась компьютерное прогнозирование. При предварительном осмотре учитывается соотношение размеров носа и подбородка, а также разбалансированность частей лица по методу

Byrd H.S. На основании данного комплексного подхода к ринопластике и определяем рациональную технику операции. Сделав анализ форм носовых пирамид, проведена классификация различных форм носа применительно к прогнозируемому варианту коррекции. Систематизированы критерии хирургических подходов для выяснения конкретных задач в каждом индивидуальном случае. В основном использовалась открытая техника, которая имеет ряд преимуществ: -полный визуальный контроль за всеми анатомическими структурами; -расширение арсенала хирургических возможностей; -более точная хрящевая пластика, коррекция деформаций; -высокое прогнозирование результатов. Базовые методы в эстетической ринопластике (резекция краниальных порций крыльев нижних латеральных хрящей, латеральная остеотомия костной пирамиды носа, моделирующие резекции кожи и основания крыльев) активно взаимодействуют с использованием силиконовых и хрящевых трансплантатов. Результаты и обсуждение. На основании компьютерной графики, выбранной хирургической методики, конечного результата операции и удовлетворенности пациента производится оценка эффективности коррекции деформаций носа. В 80% случаев – достигнут желаемый эффект. 10% – удовлетворительный результат. 8% – повторная ринопластика. 2% –неудовлетворительный результат. Выводы. Успех ринопластики зависит от тщательного анализа, исходной анатомии носа, его кончика и окружающих его структур лица. Цель – представить и прогнозировать в хирургическом аспекте клинически приемлемые эстетические пропорции предстоящей ринопластики.

Применение васкуляризированных хрящевых аутоотрансплантатов при открытой эстетической ринопластике

Жуков М.И., Стефкивская О.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Кафедра комбустиологической хирургии ФИПО, Клиника пластической, эстетической и реконструктивной хирургии «Клиника доктора Жукова», Донецк

Одной из задач эстетической ринопластики является восстановление сбалансированных контуров наружного носа. Коррекция нарушений контуров носа с выравниванием или увеличением объема контуров, требует применения различных трансплантатов, в частности при западении спинки носа в области носолобного угла, надкончикowego углубления, междольковой депрессии и неровности контуров спинки после первичной операции при эстетической ринопластике и для увеличения проекции колумеллы. Несомненно, наилучшими свойствами обладают собственные ткани человека – аутоотрансплантаты. В то же время, резорбция и вторичное, в связи с этим, смещение трансплантата приводит к вторичным деформациям контуров носа и может свести на нет результа-

ты проведенной операции. В нашей клинике за период с 2015 г. по настоящее время выполнено 20 операций с использованием васкуляризированных трансплантатов по коррекции западения в области назона, надкончикowego западения, междольковой депрессии и для увеличения проекции колумеллы и кончика носа. В 5 случаях нами использовался васкуляризированный трансплантат каудального отдела перегородки носа, в 4 случаях трансплантаты спинки носа, в 11 случаях цефалического отдела крыльчатого хряща. Васкуляризация данных хрящевых трансплантатов осуществляется через сеть анастомозов между боковой носовой артерией (a. nasi lateralis), верхней губной артерией и отходящей от нее (a. columellaris), и ветвью передней решетчатой артерии (a. ethmoidalis anterior). Ветви соответствующих парных артерий соединяются друг с другом на уровне мышечно-апоневротической системы носа и отдают перфорантные ветви к надхрящнице и хрящам носа, что подтверждается данными УЗИ проведенных на контрольной группе пациентов из 20 человек. Выбор и забор трансплантата производился из открытого доступа с учетом плана коррекции того или иного дефекта контура на соответствующей апоневротической ножке включающей сосуды определяющие васкуляризацию данного трансплантата. Наблюдение 2 лет показало стабильность достигнутого в результате операции эффекта. Рецидива западения и вторичного смещения трансплантата в области имплантации не наблюдали не в одном случае. Сохранность первородной структуры используемых васкуляризированных трансплантатов подтверждена данными УЗИ и КТ. Использование васкуляризированных аутоотрансплантатов в технике открытой ринопластики позволяет с максимальной степенью гарантировать стабильность результата в связи с предсказуемостью отсутствия резорбции пересаженных хрящевых фрагментов. Наличие же их адекватной васкуляризации является, так же надежной профилактикой инфицирования в области имплантации.

Эстетические операции на кисти и стопе

Заварухин В.И.

Университетская клиника СПбГУ (Санкт-Петербургский многопрофильный центр, Санкт-Петербург)

Эстетическая хирургия конечностей является одной из наименее освещенных разделов современной пластической хирургии, что однако не говорит о ее низкой востребованности. Кисти, а зачастую и стопы у женщин являются открытыми участками тела, что предъявляет к ним те же высокие эстетические требования, что и к лицу. А растущий уровень жизни повышает требования к ее качеству.

Цель работы: демонстрация возможностей пластической хирургии для коррекции врожденных и приобретенных

деформаций кисти и стопы, вызывающих жалобы преимущественно эстетического характера.

Материалы и методы. Представлены результаты обследования и оперативного лечения 80 пациентов, у 43 из которых имелись деформации кистей, у 37 – деформации стоп, вызывающие неудовлетворенность внешним видом конечностей. Среди пациентов с деформациями кистей у 10 была диагностирована клинодактилия пальцев, у 17 – брахиметакарпия, у 10 пациентов – посттравматическая деформация ногтевой пластинки и у 6 пациентов – врожденная деформация ногтевой пластинки (брахидактилия тип D по классификации J.Bell). У пациентов с деформациями стоп у 9 была выявлена брахиметатарзия, у 10 – врожденная синдактилия пальцев стоп, у 6 – клинодактилия пальцев, у 12 – избыточная длина пальцев стоп. Пациенты были распределены на группы в зависимости от вида деформации и используемого оперативного лечения. Производилась сравнительная оценка удовлетворенности внешним видом конечности до и после операции с применением визуальных аналоговых шкал, оценка качества жизни проводилась с использованием опросника ВОЗ WHOQOL-BREF и опросника DASH для пациентов с деформациями кисти.

Результаты. Оценка ближайших и отдаленных результатов проведенного оперативного лечения продемонстрировала у всех пациентов положительные результаты, заключающиеся в повышении оценки внешнего вида оперированной конечности, повышении качества жизни и отсутствии отрицательного влияния на функцию. Ряд пациентов отметил также улучшение функционального состояния оперированной кисти или стопы.

Оценка качества жизни после коррекции имплантами ягодичной области и голеней

Зайнутдинов А.М., Малков И.С., Зинченко С.В.

Кафедра хирургии Казанского (Приволжского) федерального университета, Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань

Все большее количество пациентов обращаются с жалобами на «малый объем» ягодичной области и голеней. В связи с этим нами была поставлена цель определения удовлетворенности результатами операции с использованием имплантов с целью коррекция контуров ягодичной области и голеней по оценке качества жизни по шкале SF-36.

В исследовании были включены пациенты (21 чел.), оперированные в отделении хирургии с 2014 РКБ № 2 на базе клиники КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, а с 2015 года на базе клиники МСЧ ФГАУ ВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет» проведены операции глютеопластика и круропластика под общей, спинальной и местной анестезией. В исследуемой

группе был оперирован 21 пациент в возрасте от 27 до 51 года (средний возраст – $39 \pm 5,5$ года). Глютеопластике подверглись 9 пациенток в возрасте от 28 до 49 лет (средний возраст – $38,5 \pm 4,5$ года). Средняя продолжительность операции 160 минут. Операции проводилась под интубационным наркозом и спинальной анестезией. Для коррекции и аугментации ягодичной области использовались круглые гладкие импланты объемом от 210 cc до 300 cc производителей Eurosilicon, Sebbin. Установка импланта проводилась у 5 пациентов субмускулярно и у 4 пациенток интрамускулярно. Во всех случаях проводилось дренирование ложа импланта вакуумными дренажами Рэдон, которые удалялся на 2-5 сутки. Круропластике подверглись 12 пациенток в возрасте от 27 до 51 года лет (средний возраст – $39 \pm 5,5$ года). Средняя продолжительность операции 65 минут. Операции проводились под спинальной и местной анестезией. Для аугментации заднее-медиальной поверхности голеней были использованы симметричные гладкие импланты объемом от 90 cc до 230 cc производителями Eurosilicon, Sebbin. Установка импланта проводилась субфасциально. Все пациентки носили компрессионное белье после операции, имелись ограничения в движениях. У одной пациентки после межмышечной установки импланта в ягодичную область возникла гематома в раннем послеоперационном периоде, не потребовавшая оперативного пособия. У одной пациентки через 2 месяца после операции возникло контурирование импланта голени справа при выраженной физической нагрузке, в связи с чем проведено удаление имплантов голеней. По истечении 1, 3, 6, 12 месяцев проводился контрольный осмотр пациентов с фотографированием результатов и проводился опрос удовлетворенностью полученного результата. 20 пациенток удовлетворены результатом. По шкале SF-36 среднее количество баллов составило 83, при этом психологический компонент здоровья по количеству баллов превалировал над физическим, а в частности: психическое здоровье; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; социальное функционирование.

Таким образом, операции аугментации голеней, ягодичной области являются адекватным методом увеличения ягодичной области, голеней. Оценка качества жизни по шкале SF-36 показало максимальную удовлетворенность по психологическому компоненту здоровья.

Липоабдоминопластика у больных с вентральными грыжами

Зайнутдинов А.М., Малков И.С.

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, медицинская санитарная часть Казанского федерального университета, Казань

Липоабдоминопластика остается одним из самых распространенных оперативных вмешательств в пластической. Однако наличие грыж при проведении липоабдоминопла-

стики нередко вызывает затруднение у многих хирургов. Цель исследования: определить оптимальную технику липоабдоминопластики в различных группах больных с вентральными грыжами, подвергнутых различной коррекции передней брюшной стенки.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 63 больных (52 женщины, 11 мужчин, средний возраст 46 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). У 16 больных с малыми пупочными (7) и грыжами белой линии живота (9) проводилось грыжесечение контактными способом без использования сетчатых имплантов. У 46 пациентов со средними и большими послеоперационными вентральными и боковыми грыжами пластика грыжевых ворот проводилась с использованием различных сетчатых протезов с установкой их sub-lay (20), on-lay (18) и in-lay (8) с использованием техники "bridge" техникой полипропиленовыми, композитными и полиэстерными сетками. У 32 больных проводилась классическая абдоминопластика горизонтальным доступом с транспозицией пупка. У 12 пациентов абдоминопластика с Т-инверсионным разрезом с липодермэктомией. У 14 пациенток была проведена миниабдоминопластика. У 5 пациентов миниабдоминопластика с использованием приемов эндоскопической пластики апоневроза. При проведении абдоминопластики использовали разные техники. В одной группе кожно-жировой лоскут отсекался от апоневроза с установкой вакуумных дренажей по типу Рэдона, во второй группе мобилизация кожно-жирового лоскута осуществлялась с сохранением лимфатических коллекторов и подкожно-жировой ткани на апоневрозе и по возможности перфорантных сосудов. В последней группе в последующем проводилась лигатурная фиксация подкожно-жировой ткани к апоневрозу. Вакуумное дренирование раны и пассивный дренаж применяли во всех группах с одинаковой частотой. У больных для прогнозирования и профилактики раневых осложнений использовали ультразвуковое сканирование (УЗС) с пункционным удалением острых скоплений жидкости.

Результаты исследования. Среди больных, разделенных по группам согласно модифицированной классификации абдоминопластики (Matarasso A., 1989), преобладали осложнения в группе с Т-инверсионным доступом виде краевых некрозов кожи (4) и в группе с абдоминопластикой с использованием горизонтального разреза (3) и расхождение швов в месте натяжения тканей (3). В группе пациентов с использованием полипропиленовых сеток с техникой "bridge" отмечалось длительное образование сером. В группе больных, у которых применялись полиэстерные сетки sub-lay (5), on-lay (8) и in-lay (4) с использованием техники "bridge" серомы самостоятельно рассасывались. В группе с сохранением лимфатических коллекторов и подкожно-жировой ткани на апоневрозе с сохранением перфорантных сосудов и последующей лигатурной фиксацией подкожно-жировой ткани было замечено образо-

вание сером всего у 5% пациентов и отсутствие краевых некрозов по сравнению с первой группой, где частота образования сером составила 20% и у 10% краевые некрозы кожи. Также для коррекции контуров тела нами проводилась липосакция ротационным шейвером ШР-01 «ЭлеПС» с рукояткой РО.3 у 8 пациентов после введения раствора Кляйна. Использование данного аппарата позволяет увеличить объем удаляемой подкожно-жировой ткани на 30% по сравнению с традиционной липосакцией и воссоздать требуемой контур тела.

Выводы. 1. Безопасным методом коррекции передней брюшной стенки является консервативная липоабдоминопластика с сохранением сосудистых образований подреберных и последующей лигатурной фиксации подкожно-жировой ткани, а у пациентов с ИМТ выше 35 кг/м² абдоминопластика без транспозиции пупка. 2. Использование полиэстерных и композитных сеток у больных при сочетанной операции: грыжесечения и липоабдоминопластики является предпочтительными вследствие малого количества образования сером, не требующих активных вмешательств. 3. Применение ротационного шейвера ШР-01 «ЭлеПС» с рукояткой РО.3 при липосакции позволяет увеличить объем удаляемой подкожно-жировой ткани на 30% по сравнению с традиционной липосакцией и воссоздать требуемой контур тела.

Реконструктивно-восстановительные операции при синдромах Клиппеля-Фейля и Ханхарта II

Заричанский В.А., Притыко А.Г., Маркосян А.Н., Егизарян А.К.

Научно-практический центр специализированной помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Введение. Синдром Клиппеля-Фейля (синдром короткой шеи) – редкий врожденный порок развития шейных и верхнегрудных позвонков. Впервые был описан французским неврологом М. Klippel и французским рентгенологом А. Feil в 1912 году. В клинической картине выделяют триаду симптомов: чрезмерно короткая шея; низко расположенная граница роста волос на затылке; ограничение подвижности всех суставов головы. При синдроме Клиппеля-Фейля встречаются аномалии челюстно-лицевой области: асимметрия лица; расщепление мягкого и твердого неба; аномалии зубов; недоразвитие прямой мышцы глаза. Выделяют несколько наследственных факторов, способствующих возникновению данного синдрома: генетический наследственный дефект в 12 или 5, 8 хромосоме; ауто-сомно-доминантный тип наследования болезни; ауто-сомно-рецессивный тип наследования заболевания. Данное заболевание формируется во внутриутробном периоде в результате: сегментации; нарушения васкуляризации;

аплазии; задержки слияния в фетальном и эмбриональном периодах парного формирования позвонков, гипоплазии. Частота его встречаемости – примерно 1 случай на 120 тыс. новорожденных детей. Синдром Ханхарта II (синдром гипоглоссии-гиподактилии) – редкое врожденное заболевание, характеризующаяся перомелией и микрогнатией. Относится к синдромам черепно-нижнечелюстно-лицевой дисморфии. Впервые был описан в 1950 году швейцарским терапевтом E. Hanhart. Постоянными признаками при синдроме Ханхарта II являются: «Птичье лицо» с резко срезанным кзади подбородком и сильно выступающим носом; опсидонтия (короткая нижняя челюсть, передние зубы наклонены орально); перомелия; задержка физического развития; нормальный интеллект. Тип наследования синдрома Ханхарта II не известен, все описанные случаи единичные. Частота встречаемости неизвестна. У детей с данными синдромами имеется нарушение дыхания за счет недоразвития нижней челюсти и смещения мягких тканей и языка назад.

Цель. Улучшение качества жизни пациентов с синдромом Клиппеля-Фейля и Ханхарта II.

Материалы и методы. Нами описаны и оперированы с 2016 по 2017 год ребенок с диагнозом синдром Клиппеля-Фейля в возрасте 6 месяцев и ребенок с диагнозом синдром Ханхарта II в возрасте 9 месяцев. У ребенка с синдромом Клиппеля-Фейля операция уранопластика была проведена в 14 месяцев.

Результаты. Пациентам проведена центральная Т-образная вертикальная остеотомия нижней челюсти с транспозицией мягких тканей дна полости рта. Для оптимизации регенерации костной ткани используется костный материал Reprobone NovoBone. Титановые микропластины удалены через 6 месяцев после проведенной остеотомии. После проведенной остеотомии дети с синдромальной патологией в грудном возрасте не нуждаются в наложении трахеостомы.

Выводы. Проведение в раннем детском возрасте центральной Т-образной вертикальной остеотомии нижней челюсти с транспозицией мягких тканей полости рта позволяет добиться увеличения объема ротовой полости, устранить дыхательную недостаточность и избежать наложения трахеостомы и быть канюленосителем. Данная тактика лечения позволяет повысить качество анатомической, функциональной, эстетической и социальной реабилитации пациентов.

Использование нитей при одномоментной расширенной блефаропластике и липофилинге лица

Зеленин В.Н., Зеленин Н.В.

*Иркутский научный центр хирургии и
травматологии, Иркутск*

Старение около орбитальных областей тесно связано с гравитационным птозом мягких тканей и потерей жи-

ровой ткани из клетчаточных пространств средней зоны лица. В большинстве случаев только комплексная операция, как на веках, так и на средней зоне лица, обеспечивает полноценный эстетический результат. Между тем, поднадкостничный лифтинг средней зоны лица приводит к более длительной послеоперационной реабилитации пациентов и более частому возникновению осложнений, связанных с опущением нижнего века.

Методы и материалы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов операций по коррекции возрастных изменений век и средней зоны лица у 247 пациентов, выполненных в 2012-2016 гг. У 196 пациентов была выполнена пластика верхних и нижних век в расширенном варианте, которая включала разрез кожи, пресеptальное выделение кожно-мышечного лоскута с сохранением ее тарзальной порции, ослабление нижних ретракторов, рассечение удерживающей глазничной связки и медиальной половины малярной мембраны, транспонирование срединных и внутренних жировых скоплений в область носослезной борозды. Далее из мышцы окружающей глаз выкраивали латерально основанный лоскут, который проводили под поверхностной ножкой латерального кантуса и фиксировали к латеральной стенке орбиты, что позволяло существенно укрепить положение нижнего века. У 30 пациентов дополнительно выполняли липофилинг средней зоны лица, а в 21 случае одновременно с расширенной блефаропластикой и липофилингом лица проводили лифтинг щечных областей нитями.

Результаты. Все пациенты были удовлетворены эстетическими результатами операции. Ни у кого из пациентов не возникло таких осложнений, как: гематома, нагноение, образование грубых послеоперационных рубцов, выворот или грубое опущение нижнего века. В пяти случаях был отмечен хемоз, который продолжался до 1 месяца и разрешился самостоятельно после консервативного лечения. При этом липофилинг и нитевой лифтинг щечных областей также не привели к появлению дополнительных осложнений, не увеличивали период реабилитации и по нашему мнению улучшали эстетический результат лечения.

Обсуждение. Нитевой лифтинг лица и его липофилинг получили к настоящему времени широкое распространение благодаря своей простоте и малому количеству осложнений. Однако в нашей практике изолированное применение этих методик встречается нечасто, так как без сочетанной операции на веках с нашей точки зрения они не приводят к полноценному эстетическому результату. Современная пластика нижних век стала включать в себя, рассечение удерживающей глазничной связки и малярной мембраны, а также транспозицию внутриглазничного жира в область носослезной борозды. В наиболее радикальном своем варианте при проведении дополнительной диссекции тканей в каудальном направлении она эволюционировала в поднадкостничный лифтинг средней зоны лица. Однако разрушение связок в области глазницы и средней зоны лица ослабляет защитный

механизм предохраняющий появление избыточного напряжения на нижнее веко при действии гравитации. Особенно это может быть опасным у пациентов с более сильно выступающими впереди глазными яблоками. При выполнении блефаропластики для транспозиции жировых лоскутов и сглаживания контуров области мы пересекаем только медиальные 2/3 глазничной удерживающей связки и не более половины малярной мембраны. Оставшиеся неповрежденными части связок сохраняют свою фиксирующую функцию. Кроме того, в этом плане использование лифтинга средней зоны лица нитями, оказывается очень полезным, так как позволяет хотя бы временно на период отека переместить ткани средней зоны лица в более краниально-оположение и снять возможное напряжение с нижнего века. В нашей практике комбинация из расширенной блефаропластики, липофилинга средней зоны лица и нитевого лифтинга лица практически свели на нет показания к поднадкостничному лифтингу средней зоны лица.

Рак молочной железы на фоне имплантатов

**Зикиряходжаев А.Д., Сарибекян Э.К.,
Аблицова Н.В., Быстрова С.И.**

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

Цель. Изучение особенностей клинко-диагностической картины рака молочной железы, развившегося после аугментационной маммопластики силиконовыми имплантатами для разработки оптимального варианта хирургического лечения.

Материал и методы. В МНИОИ им. П.А.Герцена провели обследование и лечение 10 пациентам, у которых был диагностирован рак молочной железы спустя несколько лет после выполненной ранее аугментационной маммопластики с применением силиконовых имплантатов. Интервал между аугментацией и выявлением новообразования составил от 2 до 15 лет, средний статистический показатель – 10 лет. Возраст пациенток при диагностировании РМЖ составил от 20 до 67 лет, средний возраст 45 лет. Не выявлено особенностей в гистологическом строении опухолей. У 6 пациенток имелся инфильтративный рак без признаков специфичности (у одной из них в сочетании с раком Педжета соска), у 2 – инфильтративный дольковый рак, у 1 – внутримпротоковый рак, у 1 – рак Педжета соска. Преимущественно представлены ранние стадии рака: 0 стадия – 2, I стадия – 3, IIA – 3, IIB – 2 человека. Средний размер опухоли – 2,1 см.

Результаты. При выборе варианта операции мы учитывали тот факт, что категория женщин с аугментационной маммопластикой более требовательна в от-

ношении сохранения МЖ и хорошего эстетического эффекта хирургического вмешательства. Поэтому, в первую очередь рассматривали вопрос о возможности выполнения одномоментной или отсроченной реконструкции МЖ после онкологического этапа операции. У всех пациенток имелось слабое развитие и атрофия паренхимы, которая фактически представляла собой полосу ткани между имплантатом и кожей, толщиной от 0,5 до 2,0 см, распластанную над имплантатом. В такой ситуации опухолевый узел близко прилежит к коже МЖ и капсуле эндопротеза. Следовательно, объем удаляемых тканей включал часть кожи, расположенной в проекции опухоли, всю паренхиму молочной железы, капсулу имплантата. Удаляли и сам имплантат, который заменяли на новый, подобранный в соответствии со сложившейся анатомической ситуацией после удаления необходимого количества тканей. В 7 случаях выполнена подкожная мастэктомия с эндопротезированием. В 3 случаях, оставшихся покровных тканей не хватило для формирования кармана, и реконструировали в два этапа – выполняли кожесохранную мастэктомию с установкой тканевого расширителя (экспандера), с последующей заменой на постоянный эндопротез. В решении вопроса об объеме регионарной лимфаденэктомии применяли стандартный подход, учитывающий гистологические и молекулярно-генетические характеристики опухоли и возраст.

Заключение. Диагностика и лечение рака молочной железы, выявленного на фоне имплантата после аугментационной маммопластики, имеет существенные клинко-анатомические особенности. Онкологически обоснованный объем удаляемых тканей должен включать всю паренхиму железы с кожным лоскутом в проекции опухоли, капсулу имплантата. Операцией выбора является одномоментная реконструкция МЖ с заменой имплантата.

Вариант лечения поздней гематомы после выполнения аугментационной маммопластики

**Зикиряходжаев А.Д., Сарибекян Э.К.,
Рерберг А.Г., Тыщенко Е.В.**

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена – филиал Федерального медицинского исследовательского центра радиологии, Москва

Цель и задачи. Коррекция возможных отдаленных осложнений аугментационной маммопластики

Материалы и методы. Представлена история лечения пациентки 55 лет. В 1993 году, по месту временного проживания в Объединенных Арабских Эмиратах, выполнена аугментация молочных желез (МЖ) силиконовыми эндопротезами. 1 декабря 2013 года отметила увеличение и изменение формы правой МЖ. При обращении в МНИОИ

им Герцена в 2014 году выявлено выраженное выбухание верхнего контура правой молочной железы и увеличение размера по сравнению с контрлатеральной МЖ. Кожа и сосково-ареолярный комплекс без изменений. По данным УЗИ, справа под силиновым имплантатом определяется скопление жидкости.

Результаты лечения. Под УЗИ-навигацией произведена частичная эвакуация геморрагической жидкости в объеме 50 мл. Процедуру повторили 3 раза на фоне гемостатической терапии. Затем, под контролем УЗИ, в полость гематомы был установлен плеврокан с целью постоянного дренирования. Учитывая отсутствие эффекта от проводимого лечения, больной выполнена контрастная ангиография, выведен источник возможного кровотечения в бассейне и интрамаммарной артерии. 19.11.2014. произведена правосторонняя ангиография подмышечной артерии. Суперселективная ангиография правой внутренней маммарной артерии. Эмболизация дистальных отделов правой внутренней маммарной артерии ПВА 100. В результате процедуры отмечена временная (в течение 1 месяца) остановка кровотечения. Учитывая отсутствие стойкого гемостатического эффекта, принято решение об удалении имплантатов с обеих сторон, хирургической ликвидации источника кровотечения с последующей отсроченной повторной аугментацией эндопротезированием. В ноябре 2016 г. через имеющиеся послеоперационные субмаммарные рубцы произведено удаление имплантатов. При ревизии выделить импланты неповрежденными оказалось технически невозможно из-за выраженных пристеночных рубцово-спаечных процессов (20 лет спустя первой операции). Содержимое имплантов представляло густую и вязкую желеобразную субстанцию грязного желто-коричневого цвета. В августе 2016 г. произведена повторная аугментация МЖ силиконовыми эндопротезами Silimed с текстурированной поверхностью объемом 400 см³. Послеоперационный период протекал без осложнений. При осмотре в раннем послеоперационном периоде и спустя 1 год отмечен хороший эстетический эффект.

Выводы и обсуждения. В мировой литературе описано всего несколько случаев появления поздней гематомы. В описанных случаях гематомы возникали спустя 7-9 месяцев после операции и позже. Предполагаемый источник кровотечения – повреждение перикапсулярных артерий, которые прорастают формирующуюся вокруг имплантата капсулу. Во всех случаях применяли имплантаты с текстурированной поверхностью, которая способствует развитию двойной капсулы. Гематомы располагались между расслоенными листками соединительнотканной капсулы вокруг имплантата. Исходя из истории нашей пациентки, консервативное лечение поздних гематом проблематично. Полное исключение источника гематомы возможно при хирургическом вмешательстве с удалением импланта вместе с прилежащей капсулой, что не исключает возможность успешной отсроченной повторной аугментации.

Новые тенденции в органосохраняющем лечении у больных раком молочной железы

**Зикиряходжаев А. Д., Ермощенко М. В.,
Тукмаков А. Ю.**

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

Введение. В настоящее время в органосохраняющем лечении больных раком молочной железы (РМЖ) широкое внедрение в практику получили онкопластические радикальные резекции. Данный термин подразумевает резекцию молочной железы по поводу рака с использованием методов пластической хирургии для восстановления формы молочной железы, в большинстве случаев с одномоментной коррекцией контрлатеральной молочной железы. В России термин «онкопластические резекции» (ОПР) ранее не использовали, общепринятым названием операции считали «радикальную резекцию молочной железы с одномоментной реконструкцией». На II Ежегодном конгрессе Российского общества онкоммаммологов 4 сентября 2015 г. советом экспертов было принято решение о равнозначности двух терминов и правомочности применения названия операции «онкопластическая резекция» в онкологических учреждениях РФ. По мнению Clough K.B. (2010), преимуществом онкопластического подхода при выполнении органосохраняющих операций является расширение показаний к органосохраняющим операциям (ОСО) при достижении лучших эстетических результатов. «Онкопластическая хирургия – это «третий путь» между стандартными органосохраняющими операциями и мастэктомией».

Материалы и методы. С 2013 по 2017 г. в МНИОИ им. П.А. Герцена органосохраняющие операции выполнены 570 больным РМЖ средним возрастом 54,2 г. 0 стадия диагностирована в 26 случаях (4,6%), I T1N0M0 – 296 (51,9%), IIA T0N1M0 – 1 (0,2%), T1N1M0 – 79 (13,8%), T2N0M0 – 84 (14,7%), IIB T2N1M0 – 32 (5,6%), IIB T3N0M0 – 2 (0,4%), IIIA T1N2M0 – 19 (3,3%), T2N2M0 – 7 (1,2%), T3N1M0 – 1 (0,2%), T3N2M0 – 2 (0,4%), IIIC T1N3M0 – 5 (0,9%), T2N3M0 – 14 (2,4%), IIIB T4N0M0 – 1 (0,2%), IV T1N1M1 – 1 (0,2%). Большинство пациенток находились в менопаузе – 70,7%. РМЖ с правой стороны имели 48,6%, с левой стороны – 51,4%. Неоадьювантное лекарственное лечение было проведено 31 пациентке, из которых у 4 – противоопухолевая гормональная терапия, из них частичная регрессия (PR) была установлена в 91,4%, полная регрессия (CR) – 8,6%. Локализация опухоли в верхне-наружном квадранте была отмечена в 248 случаях (43,5%), нижне-наружном – 48 (8,4%), нижне-внутреннем – 25 (4,4%), верхне-внутреннем – 58 (10,2%), центральном – 30 (5,2%), на границе верхних квадрантов – 71 (12,5%), границе нижних – 28 (4,9%), границе наружных – 49 (8,6%), границе внутренних – 13 (2,3%). Радикальная резекция в классическом варианте была вы-

кожи пациента – единственной в эстетической медицине РФ клеточной технологии, разрешенной к применению (ФСН№200 9/308 от июля 2010). На рынок эстетической медицины РФ SPRS-терапия выведена публичной биотехнологической компанией Институтом стволовых клеток человека (ИСКЧ) в январе 2011 года. Услуга предоставляется через косметологические клиники (сотрудничество с клиниками в 18 городах РФ, а также ближнего и дальнего зарубежья (таковых 10%)). К настоящему времени общее количество пациентов составляет более 1000, при этом более 2/3 пациентов после лечения кожи одной области обратилось повторно (два и более раз) для лечения кожи других областей – шеи, декольте, кистей рук. Сегодня с нами сотрудничает более 70 клиник по всей России. SPRS-терапия включает: • проведение диагностики состояния кожи пациента (оценка регенераторного и пролиферативного потенциалов популяции фибробластов «Паспорт кожи®») комплекс рекомендаций • курс терапии кожи пациента клеточным препаратом (SPRS– препарат) содержащим аутологичные дермальные фибробласты; • долгосрочное хранение культуры фибробластов кожи пациента в криобанке. Технология защищена двумя патентами РФ. Разработан и запатентован диагностический метод по определению регенеративного потенциала кожи – «Паспорт кожи®» (который включает также и рекомендации по индивидуальному восстановлению/ омоложению кожи). Патентная защита «Паспорта кожи®» прошла в России, Украине, США, Европе, Японии. Приняты заявки в странах Евразии и Бразилии. Нами зарегистрированы и запатентованы товарные знаки «Паспорт кожи®» (Россия), SPRS-терапия®(Россия), SPRS-терапия® (Украина). Количество публикаций по SPRS-терапии® (включая морфо-функциональную характеристику фибробластов, результаты клинических и постмаркетинговых исследований, диагностику регенеративного потенциала кожи) превысило 60 статей в РИНЦ– и профильных журналах, а также в 6 специализированных книгах. ИСКЧ наряду с компанией Fibrocell Science, Inc.,(США) – вторая в мире компания, чьи результаты клинических исследований по применению аутологичных фибробластов кожи опубликованы в международных научных журналах.

Моделирование формы кожного мешка экспандером со встроенным портом в перевернутом на 180 градусов положении

Иванов В.Г., Волох М.А., Сурмач А.А.
Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Двухэтапная реконструкция молочной железы является наиболее востребованной реконструктивной операцией после выполненной мастэктомии по поводу рака

молочной железы. В зависимости от вида выполненной операции, а также сроков выполнения реконструкции (отсроченная или одномоментная операция) форма выбранного экспандера определяется либо формой контрлатеральной молочной железы, под которую подбирается экспандер либо формой кожного мешка будущей молочной железы. Таким образом, в соответствие с теорией дермотензии, а также свойствами экспандера и импланта, которая говорит нам, что именно форма кожного мешка может определять форму будущей молочной железы, правильный подбор экспандера, а также его характеристики является краеугольным камнем успеха двухэтапной реконструкции молочной железы. Известно, что форма кожного мешка определяется базовыми характеристиками экспандера: ширина, высота, проекция. Важнейшей характеристикой является расположение порта экспандера, однако не только расположение порта определяет характеристики формы экспандера, но и характеристика окружающих порт тканей экспандера. Чем жестче окружающий материал, тем меньше вероятность, что силы растяжения будут оказывать влияние именно на этот участок экспандера. Жидкость устремится растягивать более мягкие стенки экспандера, чем материал, окружающий порт. Вторым компонентом растяжения являются гравитационные силы. Поэтому наибольшее растяжение оказывается в нижних отделах экспандера. Из-за невозможности растянуть экспандер в области порта, практически всегда, после наполнения экспандера визуально создается анатомическая форма кожного мешка. Именно эти размышления, а также большой клинический опыт позволил нам предложить методику установки экспандера в перевернутом состоянии, с расположением порта внизу. В этом случае, помимо внутренних сил растяжения стенок экспандера, нижний полюс экспандера растягивается за счет скопления жидкости в нижних отделах, а форма экспандера и, следовательно, кожного мешка создается круглой, позволяя нам получить не только избытки кожи в нижних квадрантах, но и получить круглую форму кожного чехла, которая схожа с контрлатеральной молочной железой. По данной методике было выполнено 7 операций. Установлено 8 экспандеров. У одной пациентке была выполнена двухсторонняя реконструкция. У 6 пациенток была выполнена отсроченная реконструкция молочной железы после мастэктомии. У одной – отсроченная реконструкция правой и левой молочных желез после неудачной профилактической мастэктомии с использованием экспандеров. Средний возраст пациенток составил 44 года. Объем установленных экспандеров от 350 до 800 мл. У всех пациенток, интраоперационно экспандер наполнялся до максимально возможного объема, который определялся пальпаторно, до достижения плотного состояния. В дальнейшем увеличение объема осуществлялось по стандартной методике 1 р. в неделю путем введения физраствора объемом от 50 мл. На сегодняшний день экспандеры заменены на импланты у 4 пациенток с хорошим косметическим результатом.

Таким образом, использование экспандеров для дермотензии кожного мешка при реконструкции молочной железы одно или двухэтапным методом в развернутом на 180 градусов положении позволяет придать кожному мешку необходимую форму.

Создание идеальной субмаммарной складки с помощью нитей

Иванов В.Г., Волох М.А., Сурмач А.А.

Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова, кафедра пластической и реконструктивной хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Субмаммарная складка является ключевой структурой, определяющей эстетику молочной железы при ее реконструкции или аугментации. Четкий, ровный контур субмаммарной складки и правильное расстояние от ареолы до складки – важнейшие компоненты привлекательного и нормального внешнего вида молочной железы. Субмаммарная складка – наиболее сложная структура для восстановления как в реконструктивной, так и эстетической хирургии молочной железы. Проблема ее создания, как финального этапа реконструкции железы остается актуальной до настоящего времени. При всем многообразии методов восстановления субмаммарной складки, до сих пор не существует идеального способа, который бы отвечал всем требованиям, предъявляемым к восстановлению этого анатомического образования и позволил бы создать идеальный, четкий контур субмаммарной складки, при этом, обеспечив оптимальную наполненность нижнего склона, а в некоторых случаях и создание естественного птоза молочной железы. Нами был предложен способ реконструкции субмаммарной складки с помощью нитей. Нити представляют собой композитный нерассасывающийся имплантат. Нить имеет сердцевину из полиэфирного волокна, которая обеспечивает ее упругость и ограничивает растяжение, и силиконовую оболочку, за счет которой достигаются эластичность и гибкость имплантата. Нить имеет зубцы, расположенные очень близко друг к другу (24 зубца на сантиметр, длина нити 30 см), которые позволяют нитям прочно закрепиться в тканях и выполнить каркасную функцию. Формирование складки выполнялось на втором этапе реконструкции молочной железы во время замены экспандера на имплант. По ранее нанесенной разметке, нить проводилась субдермально и фиксировалась над молочной железой, создавая петлю. Методически, после удаления экспандера и выполнения необходимых процедур с кожным чехлом и капсулой, устанавливался постоянный имплант и в полусидячем положении на операционном столе, проводилась дополнительная разметка или коррекция уже имевшейся. Намечались точки вкола и выкола иглы: по среднеключичной линии на пересечении с будущей субмаммарной

складкой, на 9 и 3 часах по отношению к импланту и на 12 часах высоко над имплантом под ключицей. Введение специальной иглы с нитью осуществлялось через нижнюю точку вкола, таким образом, что центральная зона нити (переходная зона, которая не имеет зубцов) располагалась на пересечении субмаммарной складки и среднеключичной линии (на 6 часах). Концы нитей выводились через промежуточные точки вкола и выкола на 3 и 9 часа, с последующим проведением в самую верхнюю точку разметки. В верхней точке, концы нити соединялись и кожа нанизывалась на нить, создавая тракцию вверх. Осуществлялась оценка полученного результата. При необходимости выполнялась гиперкоррекция с учетом последующего птоза. После оценки полученного результата концы нити завязывались и погружались глубоко в подкожно-жировую клетчатку. С использованием данной методики была выполнена односторонняя коррекция семи пациенткам. Первой пациентке была установлена одна нить, однако в раннем послеоперационном периоде (на 4-е сутки) было отмечено сглаживание контура субмаммарной складки, что потребовало установки еще одной нити амбулаторно под местной анестезией. В дальнейшем мы использовали только две нити. В ходе операции установленные ранее экспандеры менялись на импланты объемом от 350 до 620 мл. Осложнений в послеоперационном периоде отмечено не было. Симметричностью и контуром были удовлетворены не только врачи, но и все пациентки. В результате вышеописанной техники получалась естественная субмаммарная складка с ровным, без втяжений, четко очерченным контуром, при этом наполненность нижнего склона молочной железы была удовлетворительная. Достигалась симметрия с контралатеральной молочной железой. Разработанная методика обладает рядом преимуществ перед уже имеющимися в практике: максимально естественный результат, оптимальная симметрия с контралатеральной молочной железой, формирование наполненного нижнего полюса, возможность исполнения операции в амбулаторных условиях. Отсутствие фиксации нитей к неподвижным структурам (ребрам, ключице) придает новой складке смещаемость, присущую естественной субмаммарной складке. Следовательно, сохраняются анатомические взаимосвязи, так как субмаммарная складка, является структурой, относящейся к поверхностной фасциальной системе, и не имеет сращения с костными структурами.

Аутотрансплантация толстой кишки при эзофагопластике в онкологии

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

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

Актуальность. Стандартом эзофагопластики при хирургическом лечении карцином пищевода является исполь-

зование в качестве эзофаготрансплантата желудочного стебля, реже сегмента тонкой кишки. Одну из проблем в онкохирургии пищевода представляет категория пациентов, у которых собственный желудок или тонкая кишка являются недостаточными для отдаленного перемещения на шею, и при этом имеющийся в наличии пластический резерв в виде ободочной кишки также имеет свои собственные особенности ангиоархитектоники, которые необходимо учитывать при формировании искусственного пищевода.

Цель. Представить опыт эзофагопластики путем ауто-трансплантации ревааскуляризованного сегмента толстой кишки у пациентов, страдающих раком пищевода, в нестандартных анатомических условиях.

Материалы и методы. Ауто-трансплантация ревааскуляризованного сегмента толстой кишки при нетрансплантабельном желудке применена у 6 пациентов, страдающих раком внутригрудного отдела пищевода. Первичная реконструкция выполнена у 2 (33,3%) пациентов, повторная реконструкция после ранее перенесенных разобщающих операций по поводу осложнений первичной пластики желудком – 4 (66,7%). По критерию T пациенты распределились следующим образом: T1 – 1 (16,7%), T2 – 2 (33,3%), T3 – 3 (50%); по критерию N: N1 – 4 (66,7%), N0 – 2 (33,3%); по стадиям: III стадия – 4 (66,7%), II стадия – 1 (16,7%), I стадия – 1 (16,7%). Возраст пациентов составил 57,50 (40,00; 67,50) лет, индекс массы тела – 19,09 (16,80; 22,70) Ед. Все пациенты были мужского пола. Для загрудинной пластики пищевода левый фланг в антиперистальтической позиции использован у 1 (16,7%) пациента, правый фланг в изо-позиции – 5 (83,3%). Пищеводно-толстокишечный анастомоз формировали конец в конец. Васкуляризацию трансплантата осуществляли путем межартериального и межвенозного анастомозирования ободочно-кишечных сосудов трансплантата с внутренними грудными сосудами. Транспозиция правых ободочно-кишечных сосудов выполнена у 2 (33,3%) пациентов, средних – у 3 (50%), левых – 1 (16,7%). Показаниями явились перерыв дуги Риолана – 2 (33,3%), сужение краевого сосуда по правому флангу – 3 (50%), сужение краевого сосуда по левому флангу 1 (16,7%).

Результаты. Продолжительность пребывания в стационаре составила 27,50 (21,00; 41,25) дней, продолжительность операций – 382,50 (342,50; 445,00) минут, объем кровопотери – 375,00 (337,50; 550,00) мл, общая частота послеоперационных осложнений составила – 2 (33,4%). Некроз анастомотического сегмента трансплантата развился у 1 (16,7%) пациента. 60-дневная послеоперационная летальность составила 1 (16,7%) наблюдение. Поздняя рубцовая стриктура шейного пищеводно-толстокишечного анастомоза развилась в 1 (16,7%) случае. 1- и 3-летняя выживаемость составила 66,7±15,2%, 33,3±19,2% соответственно. Медиана выживаемости – 18,0±8,7 мес. (95% ДИ 1,0-35,0 мес.).

Заключение. В нестандартных анатомических условиях при условии нетрансплантабельности желудка и тонкой

кишки ауто-трансплантация ревааскуляризованного сегмента толстой кишки у онкологических пациентов, страдающих раком внутригрудного отдела пищевода, позволяет восстановить непрерывность пищеварительного тракта и добиться удовлетворительных отдаленных результатов лечения.

Алгоритм диагностики и показания к операции сочетанной гинекомастии с варикоцеле

Исаева Н.Д., Камалов К.Г., Курбанова З.В., Омарова Х.З.

ГБУ ВПО «Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ», Ма-хачкала

Термин гинекомастия складывается из двух составляющих его греческих корней: «gynēs» – женщина и «mastos» – молочная железа. Это может быть связано с различным отношением к минимальному, едва заметному увеличению молочных желез, а также в связи с транзитным, физиологическим характером подобных изменений в большинстве случаев. Преходящее увеличение молочных желез у юношей в пубертатном периоде, сопровождающее нормальное половое развитие, позволяет долгое время надеяться на самопроизвольное его устранение у больных с гинекомастией. Это приводит к задержке диагностических и лечебных мероприятий, формированию стойкого косметического дефекта, вызывающего проблемы психосоциального характера у пациента. В последние годы роль половых гормонов в ангиогенезе и регуляции тонуса сосудистой стенки вызывает большой интерес среди хирургов. Патогенез варикоцеле тесно связан с половой функцией: расширение вен семенного канатика чаще всего возникает в возрасте от 16 до 30 лет, а пик заболеваемости приходится на 14–18 лет. После 40 лет частота варикоцеле снижается. Динамика заболеваемости и прогрессирования варикоцеле соответствует физиологической динамике уровня тестостерона в крови у мужчин. Мы обратили внимание на сочетание этих двух патологий, нередко встречая в клинической практике. В доступной нам литературе мы не встретили работ, описывающих особенности алгоритма обследования этих больных. Не сформулированы отчетливо показания к оперативному лечению гинекомастии в сочетании с варикоцеле. Необоснованная выжидательная тактика при этом в значительной мере усугубляет ситуацию, ибо формируются стойкие комплексы в сознании больного. Нет единого мнения в отношении хирургического лечения гинекомастии, существующие методики не удовлетворяют эстетическим требованиям пациентов. Остаются спорными вопросы выбора доступа для мамэктомии и симультанного вмешательства при сочетанной патологии с использованием микрохирургической техники. Часто после операции остаются грубые рубцы и деформации.

Целью нашего исследования явились оптимизация диагностики, улучшение результатов хирургического лечения, определение показаний к хирургическому лечению гинекомастии в зависимости от имеющейся степени варикоцеле.

Задачи исследования:

1. Изучить клинические проявления гинекомастии.
2. Выделить основные заболевания, сопровождающиеся увеличением молочных желез у мальчиков, создать алгоритм диагностики при гинекомастии у детей.
3. Исследовать психологический статус больных с гинекомастией, оценить степень ее влияния на качество их жизни.
4. На основании изучения анамнеза, клиники и сопоставления результатов физикального, ультразвукового и патоморфологического исследования сформулировать показания к оперативному лечению гинекомастии у детей.
5. Разработать способ хирургического лечения гинекомастии у детей и оценить его эффективность.

Материал и методы исследования: Рандомизированное исследование было проведено в двух группах пациентов. Первая группа была представлена 22 мужчинами в возрасте от 15 до 18 лет, ранее оперированных по поводу варикоцеле III степени. У них исследован уровень половых гормонов (тестостерона, эстрадиола и прогестерона) в крови. Для исключения влияния циклических изменений гормонального фона забор крови из вены проводили одновременно во время операции Иванисевича или микрохирургической варикоцелэктомии по способу Мармара-Гольдштейна. Во вторую группу вошли 31 пациент в возрасте от 16 до 48 лет, оперированных по поводу патологии яичек, не связанной с варикоцеле. Стабилизация гормонального баланса у 47 пациентов позволила выполнить маммэктомию из парареолярного доступа.

Нами разработан алгоритм обследования этого контингента пациентов. Он включает помимо общеклинического обследования обязательное УЗИ молочных желез и яичковой вены, гормонограмму, консультацию специалистов – эндокринолога, уролога, психолога. Это позволило выявить критерии УЗИ оценки в следующем формате. Для гинекомастии толщина железистого слоя до 4 мм; хаотичное расположение млечных протоков, местами расширенных до 2 мм; жировая гиперплазия ткани молочной железы. При УЗДГ яичковой вены: расширение просвета до 4 мм в покое и свыше 6мм при напряжении; рефлюкс свыше 5 сек.; гипогонадизм.

В результате исследования уровень половых гормонов в крови, взятой из локтевой вены в контрольной группе, находились в пределах референсных значений. Проведенный анализ показателей уровня тестостерона выявил высокую значимость уровня достоверности по критерию Манна-Уитни, уровень половых гормонов, взятых из локтевой вены в контрольной группе достоверно выше, чем в испытуемой. Среди больных варикоцеле выделена группа с гинекомастией (12 пациентов), которым в послеоперационном периоде проведена гормональная коррекция. Назначали гормоно стимулиру-

ющую терапию, в течение 8 недель, под наблюдением эндокринолога. По истечении 6 месяцев после лечения у 8 больных (66,66%) наступила инволюция молочных желез. Отсутствие эффективности лечения мы наблюдали у 33,34% пациентов. У данной группы больных мы не выявили значимых изменений со стороны гормонального баланса.

Выбор метода операции зависел от объема молочных желез, количества подкожно-жировой клетчатки и необходимости подтягивать кожу. При истинной или смешанной гинекомастии небольших размеров показана подкожная маммэктомия парареолярным доступом с формированием «площадки» под соском с целью профилактики его западения. При липомастии возможны 2 варианта операции: липосакция или липэктомия (подкожное удаление жировой ткани). После операции целесообразно применение специального послеоперационного компрессионного белья. Образование гематом и кровоподтеков не исключено, так как во время операции повреждаются мелкие сосуды. Обычно такие осложнения проходят в течение 2–3 недель.

Выводы. Застой венозной крови в лозовидном сплетении при варикоцеле и повышение уровня половых гормонов, особенно эстрогена и прогестерона, вызывает состояние гормонозависимой гинекомастии, которая может претерпевать обратное развитие по мере стабилизации и снижения уровня половых гормонов. Предложенный алгоритм обследования позволяет выявить патологию на ранних этапах развития, что является показанием для симультанной подкожной маммэктомии с варикоцелэктомией с учетом экономического и косметического эффекта и социальной удовлетворенности пациентов.

Оценка информационной потребности врачей-дерматовенерологов и косметологов

Каверина Е. В.

Российский университет дружбы народов, Москва

Для оценки информационной потребности специалистов, к которым на прием регулярно попадают пациенты с хроническими кожными заболеваниями, был проведен опрос 60 врачей, работающих в медицинских организациях Москвы и Тулы. В исследовании приняли участие 60 врачей. Врачам было предложено оценить, как часто им требуется информация о различных характеристиках лекарственных средств, применяемых для лечения хронических кожных заболеваний (псориаз, экзема, атопический дерматит). Для этого была введена шкала, где 1 – никогда не требуется, 5 – постоянно необходима информация. Всего было выделено 16 характеристик лекарственных средств, информация о которых необходима специалистам в первую очередь. Наиболее часто врачам требуется информация о показаниях (4,4±0,6 балла) и

Сравнительный анализ методик оперативного лечения косоглазия

Канюков В.Н., Чеснокова Е.Ф.

Оренбургский филиал ФГАУ МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н.Фёдорова», Оренбург

Стандарты технологии выполнения оперативного лечения при косоглазии существуют с начала XX века (E.Hummelsheim 1908; O,Сопног 1919). Современные методики включают в себя воздействие на мышцы антагонисты в глазу, т.е. ослабление сильной мышцы и усиление слабой, чаще всего заключающие в рецессии и резекции мышечных волокон соответственно. Дозирование проводится индивидуально по индивидуальным расчётам каждого пациента в зависимости от угла девиации. В случаях, где угол превышает 25° по Гиршбергу, оперативное лечение выполняется как на поражённом (либо чаще косящем), так и на парном глазу. Анатомическое прикрепление экстраокулярных прямых мышц не позволяет провести рецессию далее чем 4-6 мм, так как в противном случае действие мышцы может стать абсолютно противоположным. Методики пластики экстраокулярных мышц с удлинением более трудоёмки в техническом исполнении, но более эффективны и позволяют ослабить мышцу на 6-8 мм, а в некоторых случаях до 10 мм, что позволяет избежать воздействия на мышцах парного глаза. Кроме того, при контрактурах мышцы различной этиологии без пластики с удлинением эффективность рецессии мышцы крайне мала.

Цель исследования – провести сравнительный анализ оперативного лечения косоглазия с применением методики рецессии и методики пластики с удлинением экстраокулярной мышцы, требующей ослабления действия. Материал и методы. Проанализировано 2 группы пациентов, по 10 человек в каждой, с содружественным косоглазием и идентичными углами девиации, ранее не получавших оперативного лечения по исправлению косоглазия. Возраст пациентов варьировался от 7 до 45 лет, из них 8 пациентов мужского пола и 12 – женского пола. Диагноз сходящегося содружественного альтернирующего косоглазия был у 12 пациентов, расходящегося – у 8 пациентов, угол девиации варьировался от 10 до 45° по Гиршбергу. Рецессия прямых экстраокулярных мышц выполнялась по следующей методике: после обработки операционного поля и ретробульбарной анестезии (у детей наркоз) в проекции экстраокулярной мышцы проводился разрез конъюнктивы, мышца выделялась на лигатуре, прошивалась нитью викрилл 6-00 двумя порциями, отсекалась от места прикрепления и подшивалась к склере на 4 мм (в 4 случаях – на 6мм, когда размер глаза был более 26 мм вПЗР) проксимальнее места прикрепления. На конъюнктиву накладывался шов викрилл 8-00. Техника пластики с удлинением экстраокулярной прямой мышцы: производился разрез конъюнктивы в проекции прикрепления мышцы, которая выделялась. Под сухожилие подводилась лигатура, при помощи которой на-

тягивалась мышца. На 1/3 мышцы с латеральных сторон у прикрепления сухожилия накладывались 2 обвивных шва (викрил 6-00), эти части сухожилия отсекались от места прикрепления к склере и вдоль мышцы выделялась средняя порция, которая отсекалась на необходимую величину удлинения мышцы (от 4 до 10 мм), где отсекалась и соединялась с латеральными порциями данной мышцы. На конъюнктиву накладывался непрерывный шов (викрил 8-00). Под конъюнктиву вводился антибиотик с глюкокортикоидом. Во всех случаях слабая мышца усиливалась за счёт частичной срединной резекции с сохранением сосудисто-нервных латеральных пучков на величину, соответствующую углу девиации

Результаты и обсуждение. В обеих группах соответственно у 3 пациентов с углами девиации до 15°, ортофория достигнута после одномоментного вмешательства по ослаблению и усилению мышц на 1 глазу. У 4 пациентов (в каждой группе) с углом девиации от 17 до 25° при выполнении рецессии в 2 случаях оставался гипоеффект, что потребовало дополнительной рецессии соответствующей мышцы на парном глазу. При выполнении пластики с удлинением во всех случаях ортофория достигнута после одномоментного вмешательства по ослаблению и усилению мышц на 1 глазу. У пациентов с углом девиации от 27° до 45° (по 3 человека в каждой группе), где выполнялась рецессия, во всех случаях потребовалось вмешательство на парном глазу. При выполнении пластики с удлинением в 1 случае также выполнялось вмешательство на сильной мышце парного глаза по той же методике, в результате чего достигнута ортофория.

Заключение. Сравнительный анализ методик оперативного лечения косоглазия свидетельствует о том, что более эффективно проведение ослабления сильной мышцы за счёт её пластики с удлинением.

Определение симметрии средней зоны лица как междисциплинарная задача

Катинас Е.Б., Соловьев М.М.

Городская многопрофильная больница №2, Санкт-Петербург

Оценка симметрии лица важна для установки диагноза множества заболеваний. И если выраженные деформации определяются легко, то небольшие, но крайне значимые нарушения симметрии часто остаются без внимания. Целью работы было выявление простых критериев оценки симметрии лица.

Проведён анализ архива фотографий и 3D-томографий больных с деформациями средней зоны лица различной патологии, связанной с травмой, опухолевыми и неопухолевыми поражениями костного скелета, околоносовых пазух и орбит. Предложена система реперных точек и дуг, позволяющая при первичном осмотре оценить симметрию лица. Определены типичные нарушения симметрии для различных групп заболеваний.

Первый опыт использования микро/нанолипофиллинга, в том числе для коррекции рубцов

Качанова Т.А., Юдин В.А.

Рязанский государственный медицинский университет им.акад.И.П.Павлова, Международная группа клиник «Медиэстетик», Санкт-Петербург

Липофиллинг на сегодняшний день модная и востребованная процедура. Появляются новые методики пересадки жира, совершенствуются инструменты и техника. Все направлено на упрощение операции, малую травматичность и достижение хорошего результата в короткий срок. Несмотря на то, что многое изучено, продолжаются исследования метода липофиллинга, а именно: как увеличить приживаемость жировых клеток.

Цель: исследовать эффективность омолаживающего микро/нанолипофиллинга по новой методике. Условно можно выделить 3 вида липофиллинга: макролипофиллинг, микролипофиллинг и нанолипофиллинг. Макролипофиллинг (классический по Coleman) восполняет недостающие объемы на лице и теле. Микролипофиллинг и нанолипофиллинг стали применяться сравнительно недавно. Микролипофиллинг и нанолипофиллинг позиционируются как естественная альтернатива филлерам на основе гиалуроновой кислоты. Именно с помощью микро/нанолипофиллинга можно убрать морщины, расправить складки, улучшить качество кожи и получить легкий лифтинг.

В клинике мы выполняем процедуру липофиллинга следующим образом: для инфильтрации и забора жирового трансплантата используется канюля 2,1 мм на 10 см. Эта канюля, у которой отверстия имеют острый и закругленный край и расположены по спирали. Также используется закрытая система для всех этапов липофиллинга (без доступа воздуха). Для получения наножира применяется шприцевой фильтр. Для введения жира применяются инструменты, традиционно применяемые в косметологии: иглы 31G и канюля 21G. Группа пациентов: женщины 40-57 лет с возрастными изменениями, не желающие использовать филлеры, так же пациенты до или после омолаживающих операций (фейслифтинг). Всем пациентам операция проводилась под местной анестезией раствором лидокаина 0,25% с эпинефрином 1:200000. Донорская зона – гипогастрий. Промежуточный результат: оценка раннего послеоперационного периода. Наблюдение в течение 1 месяца. Анализировалась тяжесть состояния во время операции и первые сутки, дискомфорт, послеоперационное лечение, необходимость реабилитационных мероприятий. Следующий промежуточный результат: оценка эффективности одной процедуры липофиллинга. Срок наблюдения составил 4-6 месяцев. Результат через 2 месяца после операции оцени-

вался как стабильный, так как внешний вид пациентов не претерпевал существенных изменений. У всех пациентов отмечается достаточно легкий послеоперационный период, незначительная отечность, экхимозы, петехии наблюдались у большинства пациентов. Выраженный эффект омоложения, улучшение качества кожи, уменьшение выраженности морщин и увеличение эффекта светоотражения был отмечен в 80% случаев. У нескольких пациентов с рубцовыми изменениями на лице (постэруптивные, ятрогенные, детские порезы и царапины), был отмечен эффект сглаживания и улучшения внешнего вида рубцов. Наблюдение за пациентами продолжается. Метод оценки результатов фото, анализ и опрос.

Выводы: не до конца понятен критерий отбора пациентов. У некоторых результат заметен сразу и ярко выражен, у других эффект мало заметен или не выражен вообще. За счет чего достигается эффект омоложения при микро/нанолипофиллинге? В литературе встречаются противоречия по поводу нанолипофиллинга. Эффект при этой процедуре обусловлен или микроклетками жировой ткани или SNIF (стромально-васкулярной фракцией) или стволовыми клетками. Метод требует дальнейшего изучения. Оценивая работу можно сделать вывод, что метод микро/нанолипофиллинга имеет ряд преимуществ перед существующими методами, а именно: малая травматичность, легкая реабилитация, безопасность, биологическая совместимость, естественный результат, видимый результат омоложения, эффект светоотражения, умеренный лифтинг, высокая удовлетворенность пациентов, коррекция ятрогенных и постэруптивных рубцов. Этот метод можно использовать в своей практике как самостоятельную процедуру, а также в комплексе с омолаживающими операциями.

Пластические операции на азиатских веках

Качкинбаев И.К.

Медицинский центр Кыргызской государственной медицинской академии, Бишкек

Хирургическое изменение формы верхних век в настоящее время является наиболее часто выполняемой эстетической операцией в Средней Азии. Актуальность и популярность данной операции нарастает из года в год. Хотя операция на азиатских веках сходна с операцией на веках других этнических групп, но существуют важные анатомические и хирургические отличия. У азиатских народов уже давно складка на веках считается эстетически желательной чертой. Многие восточные женщины добиваются двойных век с помощью различных липких лент, клеев и макияжа. В период с 2002 г. в Медицинском центре Кыргызской государственной медицинской академии было выполнено более 2000 операций деориентализации азиат-

ских век, «европеизации» верхних век. За этот период изучены анатомические особенности европейских и азиатских век. Механизм формирования складки верхнего века. Также проводятся исследования: Какие анатомические различия влияют на отсутствие кожной складки верхнего века и многих других анатомических различий в азиатских веках. Изучение и анализ разнообразия встречающихся типов азиатских век привело к разработке новой прикладной классификации по сагитальному срезу. Данная классификация позволяет стандартизировать операционные приемы в зависимости от вида, типа век. Разработан алгоритм и ключевые моменты, которые включают в себя этапы от предоперационной консультации до послеоперационного ведения пациентов. Чтобы получить хороший эстетический результат, необходимо точное соблюдение всех этапов. Консультация. Понять ожидания пациента, определить показания и противопоказания. Показать ожидаемый результат, имитируя предполагаемую складку. Прогнозировать и согласовать ожидаемый результат предстоящей операции с пациентом. Предоперационная разметка. Определяется уровень новой складки с помощью расчета и теста прикладывания скрепки. Обезболивание. Анестетик вводится подкожно и далее послойно в небольшом количестве, чтобы не привести к деформации века. Рекомендуется именно местная анестезия с легкой седацией для адекватного участия пациента (измерение симметричности результата проведенных манипуляций интраоперационно, до сшивания кожи) во время операции. Послойное иссечение тканей – кожа, круговая мышца глаза, орбитальная перегородка и т.д. позволяют тщательно подходить к анатомическим особенностям. Адекватное иссечение постсептального жира, а иногда и обязательное оставление жировых пакетов соответственно типам операций соответственно предложенной классификации приводит к успешному результату. Производится выделение видимого жира из центрального и медиального отделений ретросептального пространства, и это позволяет полностью обнажить область соответствующую апоневрозу мышцы поднимающей верхнее веко. Симметричное наложение внутренних фиксирующих складку мышечно-апоневротических швов, адекватное растяжение претарзальной порции кожи с разворотом ресниц, должно выполняться до сшивания кожи с обеих и после оценки симметричности сторон. Сшивание кожи. Непрерывный внутрикожный шов по принципу «шаг вперед, полшага назад» позволяет герметично ушить рану и получить оптимальный рубец. Дренажирование ретросептальной зоны как обязательная процедура, которая приведет к декомпрессии в ретросептальной области и к ранней реабилитации пациентов. Полное восстановление после операции происходит в течение 6 месяцев, но уже после 60-100 дней начинает спадать отек и можно накладывать макияж.

Аутооттрансплантаты в стабильности функционального и эстетического результата ринопластики

Кибишева А.А.

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

Необходимость использования пластического материала при проведении реконструктивно-восстановительных операций дефектов и деформаций носа не вызывает сомнений. Использование имплантатов в контурной пластике нередко осложняется прорезыванием или воспалительным процессом с необходимостью повторных вмешательств. Хорошим подспорьем в достижении стабильного результата при эстетической и функциональной хирургии носа является использование аутооттрансплантатов, уменьшающих риск послеоперационных осложнений и необходимость повторного вмешательства. Нежелание создавать дополнительную травму, страх выйти за границы «оперативного поля» ограничивают использование собственного пластического материала, таких как реберный хрящ, поверхностная височная фасция, фасция прямой мышцы живота.

Цель исследования. Обеспечить стабильный прогнозируемый результат при использовании аутооттрансплантатов в ходе первичной и вторичной риносептопластики, как эстетического, так и реконструктивно-восстановительного характера.

Материал и методы. В основу работы вошли результаты обследования и хирургического лечения 75 пациентов с дефектами и деформациями костно-хрящевого отдела носа, находившихся на лечении в ФГБУ ЦНИИС и ЧЛХ Минздрава РФ в период с 2015 по 2017 г. При планировании операции пациенты делились на три группы: 1. реконструктивно-восстановительные операции при врожденных деформациях; 2. реконструктивно-восстановительные операции приобретенных дефектов и деформаций носа; 3. сохраняющееся нарушение носового дыхания у пациентов после септопластики.

Результаты. Использование хрящевого реберного аутооттрансплантата позволяет получить пластический материал необходимых размеров с заведомо прогнозируемым результатом ринопластики. Забор реберного хрящевого аутооттрансплантата (6-7 ребро) всегда производили на фиксированном ребре, нарезая полоски необходимых параметров: толщина не более 2 мм, длина и ширина с учетом индивидуальной антропометрии носа. При очень тонкой коже, для нивелирования подкожных неровностей и получения более высокого эстетического результата, использовали фрагмент поверхностной височной фасции, «укрывая» костно-хрящевую пирамиду носа. Забор фасции прямой мышцы живота целесообразно одновременно с реберным хрящом без создания дополнительного донорского ущерба. Осмотр пациентов, проведенный через 6 месяцев, 1 и 2 года после операции, показали, что

использование собственных тканей организма позволяет минимизировать необходимость повторных операций.

Клинико-морфологическое обоснование применения сетки титановой для армирующей пластики мягких тканей в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии

Кобазев В.Э.

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

Актуальность. Применение различных нитевых методик в эстетической хирургии позволяет в определенной степени улучшить контур мягких тканей лицевой области, однако, для прочного удержания перемещенного блока мягких тканей (что зачастую и требуется в реконструктивной хирургии лица) целесообразно использование сетчатых конструкций, которые должны обладать определенной эластичностью, высокой биологической инертностью, устойчивостью к инфекциям и атравматичностью. Сложность рельефа челюстно-лицевой области, мимическая активность, особенность расположения важных анатомических структур обуславливают необходимость точного предоперационного планирования и выбора пластического материала. Полипропилен является наиболее часто используемым материалом для изготовления сетчатых имплантатов, но также существуют и другие абсорбируемые и неабсорбируемые материалы. Применение сетки титановой для армирующей пластики мягких тканей (разработчик: ЦКБ РАН) в качестве пластического материала при параличе мимической мускулатуры, нейрофиброматозе, рубцовых деформациях и других дефектах мягких тканей челюстно-лицевой области является интересным и перспективным.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с мягкоткаными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области на основе анализа экспериментального изучения реакции на имплантацию сетки титановой для армирующей пластики мягких тканей, усовершенствование известных хирургических методик с применением сетчатых имплантатов и последующей оценки полученных клинических результатов.

Материалы и методы. Проведено экспериментальное исследование в модели малого лабораторного животного (90 нелинейных крыс). Изучалась тканевая реакция на имплантацию сетки титановой для армирующей пластики мягких тканей в сравнении с полипропиленовой сетчатым имплантатом и сетчатым имплантатом на основе полипропилена и полимолочной кислоты. На основании полученных результатов отмечен оптимальный аллопластический материал, наиболее подходящий для имплантации в мягкие ткани челюстно-лицевой области, отработаны и усовершенствованы различные варианты

хирургических методик, внесены поправки в тактику ведения пациентов в послеоперационном периоде. В период с июня 2016 года по сентябрь 2017 года в ФГБУ ЦНИИ-ИС и ЧЛХ Минздрава России проведено хирургическое лечение 11 пациентов с параличом мимической мускулатуры и 2 пациентов с нейрофиброматозом челюстно-лицевой области с использованием сетки титановой для армирующей пластики мягких тканей.

Результаты. Проведенные морфологические исследования в эксперименте позволили утверждать, что сетка титановая для армирующей пластики мягких тканей оказалась наиболее биоинертным аллопластическим материалом. Менее выраженная воспалительная реакция организма животных на введенный чужеродный материал в итоге реализовалась формированием более нежной соединительной ткани вокруг элементов сетки. Сроки формирования полноценной соединительной ткани (до 30 суток) учтены для правильного ведения пациентов в послеоперационном периоде. Период наблюдения за прооперированными пациентами составляет от 1 до 18 месяцев. У всех пациентов отмечается стойкий функциональный и эстетически удовлетворительный результат хирургического лечения. Случаев нагноения, отторжения титанового сетчатого имплантата не отмечалось.

Выводы. Результатом проведенного эксперимента стало получение четкого представления о клеточной и тканевой реакции на имплантируемый сетчатый материал в различные сроки его интеграции. Понимание процессов тканевой реакции на установку сетки титановой для армирующей пластики мягких тканей в сравнении с полипропиленовым сетчатым имплантатом и сетчатым имплантатом на основе полипропилена и полимолочной кислоты позволяет расставить приоритеты по использованию того или иного пластического материала, модифицировать имеющиеся хирургические методики и более точно спланировать тактику послеоперационного ведения пациентов. Преимуществом использования в качестве пластического материала сетки титановой для армирующей пластики мягких тканей при параличе мимической мускулатуры, нейрофиброматозе, рубцовых деформациях и других дефектах мягких тканей челюстно-лицевой области является максимальная биологическая инертность, получение стойкого функционального и эстетически удовлетворительного результата при полном отсутствии донорского ущерба.

Особенности обработки травм век в условиях многопрофильного стационара

Коврижкина А.А., Рябцева А.А., Андрюхина О.М.
Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Ранения век часто сочетаются с повреждениями глазного яблока, кожи других областей лица, периорби-

тальной клетчатки, нарушением целостности лицевого скелета и костей черепа, что приводит к необходимости консультаций смежных специалистов, нередко в экстренном порядке и, как правило, не только для осмотра, но и для совместного проведения лечения. Цель работы – провести анализ результатов одномоментного лечения ран век и повреждений различных зон головы.

Материалы и методы. За период с января по октябрь 2017 года в приемное отделение МОНИКИ обратился 31 пациент с травмами век. Возраст составил от 1 до 65 лет. Из них 6 детей (3 мальчиков, 3 девочек), 25 взрослых пациентов (5 женщин, 20 мужчин). У 24 человек ранения век были изолированными, из них отрыв нижнего века без захвата слезной точки наблюдался у 4 пациентов; у 7 – сочетались с повреждениями глазного яблока (включая травматическое разрушение у 3), у 2 – с травматическим повреждением стенок глазницы, у 1 – с повреждением основания черепа, у 1 – с обширным повреждением кожи лица. Всем пациентам была проведена первичная хирургическая обработка ран различной сложности с одномоментной пластикой в условиях экстренной операционной. 25 человек прооперировано амбулаторно, 6 госпитализировано. Один пациент после первичной хирургической обработки раны верхнего века по месту жительства перенес повторную хирургическую обработку с функциональной целью: произведена замена швов материала Шелк 2.0 на Пролен 7.0 и произведено восстановление реберного края. Специализированная помощь понадобилась 5 больным, в операционную приглашались челюстно-лицевые хирурги, оториноларингологи и нейрохирурги для проведения симультанного оперативного вмешательства. 1 пациентке с изолированным частичным отрывом нижнего века с облитерирующим артериитом в анамнезе вызывались челюстно-лицевые хирурги для интраоперационного гемостаза.

Результаты. У всех пациентов был достигнут желаемый эффект. Смыкание век полное, реберный край век восстановлен. У 3 пациентов, которым выполнялась энуклеация в процессе ПХО в силу травматического разрушения глазного яблока, конъюнктивальные своды сформированы, мышечная культя подвижна, пациенты направлены на протезирование. 1 пациент с повреждением основания черепа переведен в неврологическое отделение МОНИКИ для дальнейшего лечения и реабилитации. Пациентке с повреждением стенок глазницы в ходе ПХО произведена пластика нижней и наружной стенок, с дальнейшим переводом в отделение челюстно-лицевой хирургии для динамического наблюдения. Слезотечения не отмечал ни один пациент.

Выводы. Одномоментная первичная хирургическая обработка ран век с лечением повреждений различных зон головы в условиях многопрофильного стационара обеспечивает хороший косметический и функциональный результат.

Умбиликальная пластика при деформациях брюшной стенки

Кожемяцкий В.М.

Краевая клиническая больница, Барнаул

Пупок, не выполняя никакой функции, в тоже время имеет большое эстетическое значение. Правильно расположенный не деформированный пупок придает гармонию животу. Любая деформация пупка или его утрата в ходе абдоминальных вмешательств, значительно изменяют внешний вид брюшной стенки и усугубляют имеющиеся эстетические проблемы пациентов.

Проведен анализ результатов умбиликальной пластики 86 пациенток. Возраст пациенток от 24 до 58 лет. Индекс массы тела составил от 18 до 40. Из них в 36 случаях выполнялась абдоминопластика для улучшения контуров брюшной стенки. У 42 пациенток выполнялось грыжесечение по поводу пупочных грыж и мезагастральных послеоперационных грыж. В 8 случаях выполнялось создание «неопупка», как основной этап операции. При абдоминопластике выполнялось тщательное трассирование брюшной стенки в положении пациентки стоя и лежа. Точка нового расположения пупка на брюшной стенке рассчитывалась по формуле: расстояние от пупка до лобка равно половине расстояния от лобка до мечевидного отростка минус 10% этой дистанции. Ложе под пупок при достаточной толщине кожно-жирового слоя иссекалось в виде ромба или «V» разрез по O.Ramirez. При лоскуте до 1,5-2 см вертикальный овал. Высота пупочного столбика регулировалась отдельными узловыми швами или полукисетными швами по Пшениснову К.П., при этом через центр столбика проводился центральный шов за апоневроз. Возникающий иногда избыток кожи пупочного столбика иссекался радиально. В дальнейшем выполнялось ушивание диастазы прямых мышц. Эти мероприятия предотвращали уплощение пупка в послеоперационном периоде. В параумбиликальной зоне на лоскут отдельные позиционные швы к апоневрозу. У пациенток с избытком массы тела выполнялось подлоскутное активное дренирование. При пупочных грыжах выполнялась мобилизация грыжевого мешка с сохранением кожной «крыши» пупка на питающей ножке. Выполнялась пластика апоневроза: при малых грыжах местными тканями дубликатурно (Сапезко, Мейо). При больших дефектах W2, W3 выполнялась протезирующая пластика с размещением сетчатого имплантата sub lay. Завершалась операция фиксацией кожного лоскута с пупком непосредственно к апоневрозу. При полном отсутствии пупка выполнялась формирование «неопупка» по Ф. Буриану, первым или вторым способом. У 8 пациенток с полным отсутствием пупка, выполнялась разметка брюшной стенки. Пупочная воронка создавалась следующим способом. Кожа рассекалась в форме встречных треугольников, удалялась клетчатка. Кожные лоскуты перемещались и сшивались отдельными узловыми швами пролен № 4/0, создающийся при этом резерв кожи подшивался непосредственно к

апоневрозу. В двух случаях иссекаемые кожные треугольники располагались основанием друг к другу на расстоянии 1,5-2 см и после удаления подлежащей клетчатки, кожный мостик также подшивался к апоневрозу. С целью профилактики раневых осложнений интраоперационно вводились цефалоспорины, фраксипарин в профилактических дозах, 3-4 сеанса ГБО, выполнялась компрессия брюшной стенки без захвата области пупка.

Результаты. В трех случаях незначительное боковое смещение пупка и в двух случаях уплощение пупка, причины связаны с ранними физическими нагрузками. В одном случае краевой некроз кожных лоскутов с их иссечением и ликвидацией «неопупка». Таким образом, адекватная драпировка кожно-жирового лоскута, подготовка под него пупочного стебля, исключающего значительное натяжение кожных покровов, позволяет достичь хороших эстетических результатов.

Оценка степени тревоги и депрессии перед проведением ортогнатической операции

Колчин С.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Сорвин В.А., Салимханов В.Я., Латышев А.В.

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

Актуальность. Наличие зубочелюстных аномалий у пациентов значительно влияют на качество их жизни. Наиболее распространенными жалобами пациентов, которым необходимо проводить ортогнатическую операцию, являются улучшение эстетических параметров лица. Настроение перед операцией является важным фактором, влияющим на выздоровление и удовлетворение общим результатом комплексного лечения.

Цель исследования. Оценить степень тревоги и депрессии пациентов с зубочелюстными аномалиями перед ортогнатической операцией. Психологическое воздействие своей новой внешности и нового вида лица после операции представляет собой «революцию» для пациента. Внешний вид своего лица может вызвать психологические проблемы у пациентов, находящихся на этапе реабилитации. Анализ анкет показал, что всем пациентам необходима психологическая оценка, за которой следует психотерапевтическая поддержка и терапия.

Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 20 пациентов (14 женщин, 6 мужчин) от 18 до 35 лет, которым планировалось проведение ортогнатической операции. Пациенты после, перед проведением операции заполняли анкету HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии). Данная анкета содержала в себе 14 вопросов, к каждому из которых соответствовало 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0

баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность). После заполнения анкеты проводили оценку количества баллов, набранных пациентом. Если сумма баллов составляла 8 и более, назначалась консультация невролога или консультация психотерапевта для назначения необходимого лечения.

Результаты. Проведенный анализ анкет показал отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии у 16 пациентов. Клинически выраженная тревога, без выраженной депрессии у 3 пациентов, клинически выраженная тревога или депрессия – 1 пациент. Пациенты с проявлением тревоги и депрессии перед операцией консультировались с врачом-психотерапевтом. Назначалась дополнительная терапия.

Заключение. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS имеет важное клиническое значение для оперирующего ортогнатического хирурга. Стабильное предоперационное состояние оказывает положительное влияние на послеоперационное состояние и реабилитацию. Выявленные на раннем этапе тревога и депрессия могут быть устранены смежными специалистами.

Изучение патогенетических механизмов развития воспаления в операционной ране при абдоминопластике

Копасов А.Е., Блохин С.Н., Морозов С.Г.

Клиника пластической хирургии и косметологии профессора С.Н. Блохина и доктора И.А. Вульфа И.А., Нучно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии, Москва

Введение. В определенном проценте случаев наблюдаются осложнения после абдоминопластики, связанные с особенностями клеток и экстраклеточного матрикса кожи и подкожной клетчатки, а также с индивидуальным строением кровеносной и лимфатической сосудистых систем. ЦЕЛЬЮ данной работы было изучение ответа локальной иммунной системы в области операционной раны на хирургическое воздействие при абдоминопластике.

Задачей исследования было изучение клеток природного и адаптивного иммунитета, выделенных из образцов операционного материала при абдоминопластике, а также экспрессии рецепторов этих клеток и их сигнальных путей.

Материалы и методы. Пациентами были мужчины (n=56) и женщины (n=84) в возрасте 26-65 лет, которым в Клинике пластической хирургии была выполнена абдоминопластика. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Протокол исследования и текст информированного согласия были одобрены Ученым советом и Этической комиссией НИИОПП. Критерии исключения пациентов из исследования: наличие острых вирусных или бактериальных инфекций,

венерических заболеваний, сахарного диабета, системных аллергических, воспалительных или онкологических заболеваний, беременность. Всем пациентам проводили необходимые перед проведением операции инструментальные и лабораторные исследования. Научные исследования, связанные с изучением клеток, были проведены на базе НИИОПП, и включали в себя работу с операционным материалом, получение суспензии клеток и их очистку на градиентах плотности Перколл, окраску выделенных клеток антителами, меченными флуоресцентными красителями. Популяции клеток, полученные после центрифугирования на градиентах плотности Перколл, имели чистоту $96 \pm 2\%$. Каждая популяция была идентифицирована на основании специфических рецепторов. Далее клетки окрашивались антителами к поверхностным рецепторам, отвечающим за хемотаксис. Затем часть клеток фиксировали в 4% параформальдегиде на фосфатном буфере с 0,001% тритоном X100 для пермеабилзации клеток. После того клетки отмывали и окрашивали антителами ко внутриклеточным сигнальным белкам. Уровень флуоресценции измеряли на проточном цитометре FACSCalibur (Becton Dickinson, USA). Количественное определение внутриклеточных белков проведено методом вестерн-блоттинга с соответствующими антителами. Статистическая обработка полученных результатов выполнена по программе ANOVA.

Результаты. Из образцов операционного материала были выделены нейтрофилы, моноциты/макрофаги и лимфоциты. На клетках операционного материала, полученных от пациентов, у которых был повышен индекс массы тела (ИМТ, $>30 \text{ кг/м}^2$), а также уровень жировой массы тела (определен методом биоимпедансного анализа), была достоверно ($P < 0,001$) повышена экспрессия рецепторов, отвечающих за хемотаксис, а также первого и второго рецепторов фактора некроза опухолей (TNF-) и ряда провоспалительных цитокинов. Измерение уровня внутриклеточных белков позволило установить, что в клетках иммунной системы активированы сигнальные пути TNF- и IL1 , повышена экспрессия белков SHOR, GRP78, GRP96, сопряженных со стрессом эндоплазматического ретикулаума. Корреляционный анализ между исследованными параметрами и осложнениями, выявленными у пациентов в течение 30 дней после абдоминопластики, показал наличие положительной корреляции между уровнем активности TNF- в клетках локальной иммунной системы в области раны и развитием воспаления операционной раны, удлинением периода её заживления, в также появлением частичных некрозов в области операционного рубца. Все эти осложнения наблюдались у пациентов с ИМТ, соответствующим ожирению II степени и выше. Экспрессия стресс-ассоциированных белков в клетках иммунной системы была достоверно выше у пациентов с ожирением, но не коррелировала с развитием послеоперационных осложнений.

Выводы. Клетки локальной иммунной системы кожи и подкожно-жировой клетчатки, экспрессирующие рецепторы хемотаксиса и провоспалительные белки, поддерживают воспаление в операционной ране, что опре-

деляет развитие осложнений после абдоминопластики. Применение ингибиторов сигнальных путей провоспалительных цитокинов и хемокинов может указать направление поиска новых противовоспалительных препаратов.

Значение определения уровня хемокина CCL20 в плазме крови и его рецептора ccr6 на клетках для оценки риска развития осложнений после абдоминопластики

Копасов А.Е., Блохин С.Н., Морозов С.Г.
Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии, Клиника пластической хирургии и косметологии, Москва

Введение. Операции по коррекции контуров живота у пациентов с ожирением часто имеют осложнения, обусловленные развитием воспаления или частичным некрозом тканей в области раны. Одним из маркеров, указывающих на высокую вероятность таких осложнений, может быть хемокин CCL20 и его рецептор CCR6. Известно, что провоспалительный интерлейкин (IL)-1 индуцирует экспрессию гена CCL20, а фактор некроза опухолей TNF- и интерферон IFN- повышают экспрессию рецептора CCR6 на нейтрофилах.

Цель работы – определение уровня хемокина CCL20 и его рецептора CCR6 у пациентов после абдоминопластики и их связи с послеоперационными осложнениями. ПАЦИЕНТЫ. Обследовано 96 больных (женщины 28-56 лет) с ожирением I-III степени, которым в Клинике пластической хирургии проведена абдоминопластика, все подписывали информированное согласие, протокол утвержден Этической комиссией.

Методы. Кровь брали из локтевой вены натощак на следующее утро после абдоминопластики. Уровень IL-1 , TNF- , IFN- , CCL20 определяли иммуноферментным анализом в сыворотке крови. Клетки крови освобождали от эритроцитов лизирующим буфером (Beckton Dickinson) с последующей отмывкой. Экспрессию CCR6 в клетках крови анализировали на проточном цитометре FACSCalibur по интенсивности флуоресценции моноклональных антител. Статистический анализ проводили по программе ANOVA.

Результаты. Экспрессия рецептора CCR6 выше на нейтрофилах $>$ лимфоцитах $>$ моноцитах крови; при ожирении III степени (индекс массы тела $>40 \text{ кг/м}^2$) уровень экспрессии максимален и коррелирует с уровнем провоспалительных цитокинов IL-1 , TNF- , IFN- в сыворотке крови, а также с уровнем хемокина CCL20. При анализе послеоперационных осложнений после абдоминопластики показано, что у пациентов, у которых был более высокий уровень хемокина CCL20 в сыворотке крови, достоверно ($P < 0,05$) чаще регистрировались такие послеоперационные осложнения, как удлинение сроков заживления раны, несостоятельность швов, воспалительные

реакции, частичные некрозы тканей в области операционной раны. Корреляция для хемокина CCL20 и процента послеоперационных осложнений была более выраженной по сравнению с корреляцией для провоспалительных цитокинов IL-1, TNF-, IFN-.

Заключение. Определение уровня хемокина CCL20 и его рецептора CCR6 у пациентов после абдоминопластики может иметь значение для прогноза развития послеоперационных осложнений, связанных с воспалительным процессом в тканях.

Общие принципы и особенности ринопластики при лечении больных с последствиями травм и ожогов

Короткова Н.Л., Сафьянова Е.В.

*Нижегородская медицинская академия,
Приволжский федеральный медицинский
исследовательский центр, Нижний Новгород*

Нос, как выступающая часть лица, часто поражается при травмах и ожогах и во многом определяет внешний вид пострадавшего. Еще более значимы возникающие в результате патологического рубцевания нарушения дыхания. Многочисленные виды повреждений, возникающие в результате травм и ожогов, разнообразие анатомии, контуров и пропорций носа, большое количество разработанных методов и способов ринопластики делают эту операцию одной из самых сложных в реконструктивной хирургии лица.

Цель работы – на основании анализа лечения больных с рубцовыми поражениями носа определить основные алгоритмы восстановительного лечения и показать некоторые важные особенности реконструкции этой уникальной области лица.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в 2012-2016 гг. находилось 127 пациентов с посттравматическими деформациями носа: 63 пациента оперированы по поводу последствий ожогов, 64 пациента оперированы по поводу последствий травм, в том числе после неудачных эстетических операций. Клинические методы включали сбор анамнеза, оценку жалоб и объективного статуса пациентов, наличия функциональных и эстетических нарушений. Выбор метода хирургического лечения проводили на основе анализа имевшейся у пациента деформации. Мы выделяем четыре типа рубцовых поражений лица: рубцовое изменение кожи без деформации анатомического образования (поражение I типа); единичные рубцы (поражение II типа); послеожоговые деформации с тотальным или субтотальным рубцовым поражением кожи (поражение III типа) и послеожоговые дефекты (поражение IV типа). Выбор метода лечения проводили в соответствии с разработанными алгоритмами (Короткова Н.Л., Иванов С.Ю., 2012). Единичные рубцы предполагают применение одного из методов местной кожной пластики. При обширном поражении кожи носа применяли пластику полнослойным кожным трансплантатом. Большую группу больных

составили пациенты с частичными дефектами носа и его отделов. При небольших дефектах крыльев носа использовали методику комбинированной кожной пластики, заключавшейся в опрокидывании рубцового лоскута крыла носа с последующей пластикой образовавшегося дефекта полнослойным трансплантатом. При утрате значительной части хрящевого отдела применяли лоскуты на питающих ножках из смежных с областью носа лобной и щечной областей, при тотальных дефектах использовали филатовский стебель. Для реконструкции костного и хрящевого отделов использовали хрящевые трансплантаты и синтетические имплантаты. Проведение всех видов кожной пластики проводили с учетом эстетических единиц и субъединиц лица и носа. При анализе методов оперативного лечения пациентов с посттравматическими деформациями обнаружили, что реконструкция носа проводилась по аналогичным алгоритмам. Но так как в структуре пострадавших преобладали пациенты с дефектами различных отделов носа и посттравматическими деформациями его костного и хрящевого остова большее внимание уделяли особенностям применения различных имплантационных материалов. Для коррекции выраженных несимметричных деформаций спинки носа использовали индивидуальные имплантаты. Для изготовления индивидуального имплантата данные МСКТ черепа преобразовывали в виртуальную 3D-модель, также виртуально моделировали имплантат спинки носа в соответствии с особенностями деформированной спинки носа и пожеланиями пациента. После завершения 3D-моделирования имплантата его прототип сохраняли в формате, необходимом для CAD/CAM производства. Файл отправляли для производства самого имплантата из политетрафторэтилена.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех оперированных пациентов получен положительный результат, во всех случаях удалось добиться улучшения функционального и эстетического состояния. Проведенный анализ позволил определить основные алгоритмы реконструкции пораженного носа, основанные на определении типа рубцового поражения. В результате кожа заменяется кожей, максимально подходящей по цвету и текстуре. Применение новых технологий с 3D-моделированием позволяют учесть индивидуальные особенности посттравматического дефекта в каждом конкретном случае, избежать необходимости «подгонки» имплантата при проведении операции, получить идеально гладкий контур спинки носа.

Хирургические подходы при лечении краниофациальной фиброзной дисплазии у детей

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

Российская детская клиническая больница, Москва

Введение. Фиброзная дисплазия – дефект развития кости, при котором она замещается фиброзной тканью с харак-

терным внешним видом матового стекла при рентгенологическом исследовании. Черепно-лицевая форма фиброзной дисплазии приводит к эстетическим и функциональным нарушениям. На сегодняшний день нет единого алгоритма выбора метода лечения, способного изменить течение фиброзной дисплазии. Хирургическое лечение – основной, но спорный метод лечения, поскольку характеризуется значительным риском кровотечения, отсроченными деформациями из-за продолжающегося роста у детей, риском прогрессии или рецидива. Выбор лечения должен исходить из индивидуальной оценки «польза vs риск» и иметь цель улучшить качество жизни пациента. Важно учитывать то, что костная пластика и профилактическая декомпрессия зрительного нерва часто приводят к осложнениям.

Методы. Проанализирован 15-летний опыт лечения детей с краниофациальной фиброзной дисплазией в Российской детской клинической больнице в Москве (86 пациентов), разработаны варианты ведения пациентов с различной локализацией и распространенностью очагов фиброзной дисплазии. 9 детей наблюдались амбулаторно, 28 детей получали терапию бифосфонатными препаратами и 57 детей прошли хирургическое лечение. Возраст детей составлял от 2 до 15 лет на момент первого проявления заболевания (средний возраст 8,2). Наиболее часто фиброзная дисплазия поражала верхнюю челюсть и лобную кость (55 и 21% при монооссальной форме и 19 и 26% при полиоссальной форме заболевания). Во всех случаях достигнут стабильный и хороший функциональный и косметический результат.

Результаты. Разработан подробный алгоритм выбора доступа и материала для реконструкции в зависимости от зоны поражения, определены показания к оперативному лечению, а также сроки и частота наблюдения пациентов. **Заключение.** Консервативное лечение – основной метод при бессимптомном течении заболевания или множественном поражении костей черепа. Хирургическое лечение показано пациентам с монооссальной формой фиброзной дисплазии. При полиоссальной фиброзной дисплазии показано проведение контурной пластики после полового созревания. При замещении пострезекционных дефектов предпочтение отдается аутокостным трансплантатам. При дефиците донорской зоны аутокостного трансплантата возможно сочетание аутокостной пластики с имплантом.

Методика реконструкции челюстно-лицевой области с использованием индивидуальных имплантатов из биоактивной керамики

Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Кульков С.Н., Чернов В.И., Мухамедов М.Р., Буяков А.С.
Томский НИМЦ, Томск

В последнее время наметилась отчетливая тенденция по поиску новых, безопасных, эффективных методик рекон-

струкции челюстно-лицевой области у онкологических больных. Среди материалов, используемых для протезирования костей, особого внимания заслуживают керамики. Целью нашего исследования стала разработка методики персонифицированного подхода к реконструкции костных структур челюстно-лицевой области имплантатами (эндопротезами) из биоактивной керамики. В нашем исследовании мы использовали технику виртуального планирования имплантата для реконструкции челюстно-лицевой области, основываясь на данных предоперационной спиральной компьютерной томографии лицевого скелета пациента. Разработанная нами новая комплексная методика по предоперационному планированию и созданию индивидуальных имплантатов из биоактивной керамики для реконструкции челюстно-лицевой области является клинически применимой и востребованной в современных тенденциях реконструктивной хирургии. Выполнение реконструктивных операций с использованием имплантатов из биоактивной керамики позволит достигнуть высоких функциональных и косметических результатов, а также улучшить качество жизни пациентов с опухолями челюстно-лицевой области.

Остеотомия подбородочного отдела у пациентов с уменьшенными параметрами нижней трети лица

Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Лонская Е.А., Дробышева Н.С., Салимханов В.Я., Сорвин В.В., Колчин С.А., Латышев А.В.

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

Операции, направленные на коррекцию положения челюстей и нормализацию эстетических параметров лица, сегодня становятся все более распространенными. В большинстве своем пациенты с недоразвитием нижней челюсти и подбородочного отдела, которым в прошлом было проведено ортодонтическое лечение, не согласны вновь проходить ортодонтическую подготовку и готовиться к ортогнатической операции. У данной группы пациентов определяется удовлетворительное смыкание зубных рядов и нарушенные лицевые пропорции нижней трети лица. И большинство жалоб сводятся к недостаточно выраженному подбородочному отделу и наличию «второго» подбородка.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2017 год оперативное вмешательство в объеме остеотомии подбородочного отдела нижней челюсти было выполнено 15 пациентам женского пола. Возраст пациентов составил от 25 до 34 лет. У всех пациенток было выявлено недоразвитие нижней челюсти и подбородочного отдела (100%). В анамнезе – ортодонтическое лечение, все пациенты предъявляли жалобы на неудовлетворительную эстетику нижней трети лица и подбородочного отдела.

Предоперационное планирование включало проведение конусно-лучевой объемной томографии, трехмерной фотографии лица, антропометрии и цефалометрии. Во всех случаях операция была дополнена симультанной липосацией подбородочной области с целью коррекции «второго» подбородка. Во всех случаях был использован костно-мышечный подбородочный шов.

Результаты. В результате проведенного лечения деформация подбородочного отдела была устранена у всех пациенток (100%). Для оценки степени перемещения костей и мягких тканей были использованы КЛОТ и трехмерная фотография лица на этапах до операции и через 3-6 месяцев после операции. В результате проведенного анализа было выявлено, что при изолированном перемещении подбородочного отдела вперед и вниз, мягкие ткани в точке Pog перемещаются в соотношении 1,2 в точке Me в соотношении 0,33. Было выполнено цветное картирование с использованием цветных цефалометрических модулей.

Выводы. Изолированное проведение остеотомии подбородочного отдела имеет короткий период восстановления и позволяет добиться значительного улучшения внешнего вида лица в анфас и профиль, не влияя на функцию жевания.

Этнические, возрастные и гендерные особенности при проведении ортогнатических операций

Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Лонская Е.А., Дробышева Н.С., Салимханов В.Я., Латышев А.В., Сорвин В.В.

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

Введение. Ортогнатическая хирургия в настоящее время уже не может восприниматься как операция, направленная лишь на восстановление окклюзии. В современном мире под влиянием рекламы и социальных сетей пациенты с аномалиями челюстей хотят выглядеть моложе и изменить внешний вид своего лица в соответствии с принятыми стандартами красоты. Сегодня ортогнатическая хирургия является предсказуемым инструментом для достижения хороших функциональных и эстетических результатов. Количество пациентов, которые обращаются за лечением, значительно возросло за последние 10 лет. Это позволило разделить пациентов на группы, согласно их возрасту, полу и этнической принадлежности с целью выделения особенностей при планировании и проведении операций для каждой из групп. Среди славянского населения России основную группу составляют пациенты со 2-м скелетным классом (дистальной окклюзией), для которого наиболее характерны уменьшение проекции подбородка, сглаженность подбородочной складки, отсутствие визуализации края нижней челюсти и углов

нижней челюсти. В тоже время монгольское население России имеет совершенно другие признаки, среди которых преобладают округлое лицо, выраженная проекция скуловых костей и малярных зон, широко развернутые углы нижней челюсти, широко отстоящие друг от друга подбородочные выступы. Среди кавказского населения России преобладают пациенты с 3-м скелетным классом, для которого характерны уплощенная средняя треть лица, увеличенная высота лица и нижней трети, увеличенная проекция подбородка и недостаточная проекция малярной области.

Материалы и методы. В нашем центре за период с 2014 по 2017 год было обследовано и прооперировано 221 пациент с зубочелюстными аномалиями – 154 женщины и 67 мужчин. Наиболее многочисленной оказалась группа, в которую вошли славянские женщины, – 114 человек (74%). При анализе жалоб пациенток славянской группы со 2-м скелетным классом 91(79%) были выявлены основные эстетические запросы: желание увеличить проекцию подбородка и нижней челюсти, уменьшить размер носа. Все пациентки монгольской группы (5 человек – 100%) хотели уменьшить ширину лица в области малярных зон и в области углов нижней челюсти. Основные пожелания женщин кавказской группы (35 человек – 19%) – увеличение проекции скуловых костей и уменьшение проекции подбородка. Данные различия в жалобах повлияли на составление плана лечения и операции. Все пациентки женского пола, которые были старше 27 лет, вне зависимости от национальности озвучивали желание «выглядеть моложе». Пациенты мужского пола предъявляли ограниченное количество эстетических жалоб, основное желание пациентов со 2 скелетным классом заключалось в том, чтобы выглядеть «мужественно» и иметь «волевой» подбородок, пациентов с 3 классом – восстановить гармонию лица и смыкание зубов. 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. Пациентам монгольской группы была выполнена остеотомия скуловых костей (3 человека – 60%), остеотомия и резекция углов нижней челюсти (5 – 100%). Пациенткам кавказской группы были выполнены: остеотомия подбородка 33 (94%), остеотомия скуловых костей 26(74%).

Результаты. В результате операции аномалии развития челюстей были устранены у всех 221 пациента (100%). У пациентов монгольской группы достигнуто уменьшение общей ширины лица и нормализация соотношения ширины к высоте. У всех пациентов женского пола лицо стало более привлекательным за счет риносептопластики 25 (16%), уменьшения 3(2%) или увеличения проекции скуловых областей 26 (16%), улучшения контуров лица и качества кожи за счет проведения липофилинга 44 (30%). У

пациентов мужского пола достигнуто более мужественное выражение лица за счет изменения положения подбородочного отдела. При опросе пациентов через 6-12 месяцев после операции 173 человек (87%) оценили результат выполненной операции как отличный, 40 (10%) – хороший, 8 (3%) – удовлетворительный.

Оптимизация качества жизни после симультанных операций при кожно-жировом фартуке передней брюшной стенки у геронтологических пациентов с сочетанной патологией.

Курбанова З.В., Омарова Х.З., Ибрапилов М.М., Адухов М.А., Исаева Н.Д.

ГБУ ВПО «Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ», Махачкала

Актуальность – избыточное накопление жира, или ожирение, является одной из основных проблем современной медицины. В настоящее время от 25 до 40% всего взрослого населения экономически развитых стран страдает различной степенью ожирения [4], и эпидемиологические исследования указывают на неуклонный рост числа людей с избыточной массой тела. В России ожирением страдает 60% женщин и 55% мужчин. В Дагестане ожирением страдает 83% населения, из них 17% – имеют крайнюю степень ожирения.

Лечения ожирения до настоящего времени является весьма проблематичным, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста. Одним из наиболее распространенных хирургических методов удаления избыточного количества жировой ткани является удаление кожно-жирового фартука и абдоминопластика [1,2,3].

Цель нашего исследования: улучшить результаты хирургического лечения и сравнить качество жизни до и после операции у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования: в исследование нами включено 73 пациента, страдавших крайними степенями ожирения с избыточной массой тела свыше 40 кг. Из них женщин было 67, мужчин – 6. Среди исследуемого контингента пациенты были в возрасте от 59 до 80 лет. Показаниями к операции явилось затрудненное передвижение больных из-за большого веса кожно-жировых «фартуков». Помимо избыточного веса у всех больных отмечали сопутствующие заболевания жизненно важных органов и систем. У 17 из 73 больных – сахарный диабет 2 типа, а также местные изменения (лимфостаз, индурация кожи, воспалительные изменения по типу розового воспаления, мацерации, опрелости, некрозы). В дооперационном периоде все больные проходили комплексное обследование с анкетированием качества жизни, и предоперационную подготовку с коррекцией сопутствующей патологии. У 53 больных наличие кожно – жирового фартука сопутствовали грыжи передней стенки живота, у

18 пациентов хронический калькулезный холецистит. Все грыжи и отвислые животы классифицировались по локализации и величине согласно общепринятой методике. К средним грыжам относили грыжи, занимающие только 1 область передней брюшной стенки; к обширным – полностью занимавшие одну из областей и деформировавшие живот, к гигантским – занимавшие объем 2-3 областей, деформировавшие живот отвисанием.

Грыжевые мешки зачастую были многокамерные, как правило, в брюшную полость не вправлялись. Грыжевые ворота составляли дефект от 5 до 9 см. Все больные не менее 2-х месяцев до операции носили бандаж для адаптации брюшной полости. Кроме того, при удалении больших вентральных грыж в сочетании с отвислым животом отмечаются значительные трудности, связанные не только с пластическим закрытием грыжевых ворот, но и с необходимостью реконструкции деформированной передней брюшной стенки из-за ее дефекта. У 30 больных проводилась до операции корректирующая терапия в виду наличия: сахарный диабет -3; гипертоническая болезнь – 10; крайняя степень ожирения у 17 больных. В последнем случае этап предоперационной подготовки длился до 8 месяцев.

Результаты: после комплексного обследования с анкетированием по качеству жизни и предоперационной подготовки с коррекцией сопутствующей патологии проведено оперативное лечение. Объем операции определялся видом грыжи с выбором оптимального доступа, позволяющего ликвидировать и грыжу и подкожно-жировой «фартук». Симультанные операции выполняли под эндотрахеальным наркозом. Длительность операции составляла от 150 до 240 минут. В случаях дефектов передней брюшной стенки больным производилась пластика передней брюшной стенки, во всех случаях мы укрепляли переднюю брюшную стенку с использованием полипропиленовой сетки, укладывая ее на апоневроз оп lay с активным дренированием подкожной клетчатки. При сочетании подкожно-жирового «фартука» с калькулезным холециститом больным через параректальный доступ после мобилизации и удаления кожно-жирового лоскута проводилась холецистэктомия и дренирование брюшной полости. Проведение тщательного гемостаза было обязательным, в виду обширности раневой поверхности, чреватой в последующем лимфореей и кровотечением, что в свою очередь осложнило бы приживление полипропиленовой сетки. В интра и послеоперационном периоде все больные получали профилактику тромбозом-болических осложнений.

Эстетический результат операции оценивали не только по форме живота, но и по качеству послеоперационного рубца. В 64 случаях он носил линейный характер шириной до 2 мм. У 8 пациентов уширение и втяжение рубца в месте дренажа. У 1 пациента грыжа в эпигастриальной области образовалась через 1,5 года после абдоминопластики выше установленной полипропиленовой сетки. Отдаленные результаты изучены путем непосредственного осмотра больных в сроки от 3-х месяцев до 5-ти

лет и анкетирования. Анализ полученных результатов демонстрирует преимущество симультанных или первично расширенных операций, обеспечивая хорошие непосредственные и отдаленные результаты, улучшающие качество жизни и обеспечивающих их социальную полноценность. Обязательным условием благополучного исхода явилось ношение компрессионного специализированного белья.

Выводы: хирургическая коррекция кожно-жирового фартука у больных с сопутствующей патологией является социально значимой проблемой. Проведенное комплексное лечение позволило восстановить трудоспособность, снять комплекс неполноценности и улучшить качество жизни и соматическое состояние у 94,8% больных. Полученные результаты дают возможность рекомендовать внедрение сочетанных оперативных вмешательств в практику лечебных учреждений.

Современные методы хирургического лечения пациентов с эндокринной офтальмопатией

Левченко О.В., Каландари А.А., Кутровская Н.Ю., Тимофеева О.Н.

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

Цель работы. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с эндокринной офтальмопатией.

Материалы и методы. В нейрохирургических отделениях Клинического медицинского центра МГМСУ им. А.И. Евдокимова, НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского с 2014-2017 г. было прооперировано 14 пациентов с эндокринной офтальмопатией (CAS<3). Оперативное вмешательство было выполнено в сроки от 3 суток до 4 лет с момента развития заболевания. Мужчин было 2, женщин 12. Возраст пациентов варьировал от 20 лет до 55 лет. Основными жалобами пациентов на фоне эутиреоидного состояния щитовидной железы были: ухудшение внешнего вида, связанное с «выстоянием» глазных яблок, постоянное ощущение сухости и «песка» в глазах, двоение в глазах. У 3 пациентов определялся экзофтальм тяжелой степени (более 27мм), у 5 средней степени (от 23 до 26мм). У 5 пациентов – активная форма заболевания с прогрессирующей оптической нейропатией. Дооперационное обследование включало осмотр эндокринолога, офтальмолога, рентгеновскую компьютерную томографию (КТ) орбит в аксиальной и фронтальной плоскостях, анализ крови на гормоны щитовидной железы и антитела. Субцилиарным доступом прооперированы 3 пациентов с последующей липэктомией и резекцией нижней стенки глазницы. Посредством трансорбитальных трансконъюнктивальных доступов, с применением безрамной нейронавигации липэктомия и сбалансированная декомпрессия глазницы выполнены у 7 пациентов. 4 пациентам

выполнена эндоскопическая декомпрессия зрительного нерва. Больным после операции проводили офтальмологический осмотр, определяли уровень гормонов щитовидной железы и антител.

Результаты. Среди пациентов, оперированных субцилиарным кожным доступом, регресс экзофтальма составил от 4 до 5 мм. Из них у 3 отмечались явления гипестезии в зоне иннервации подглазничного нерва, которые разрешились в течение последующих трех месяцев после операции. Диплопия сохранялась лишь у одного пациента. Регресс экзофтальма среди пациентов, оперированных трансорбитальными трансконъюнктивальными доступами и с безрамной нейронавигацией составил от 8 мм до 10мм. Чувствительных нарушений в проекции иннервации подглазничного нерва и диплопии в послеоперационном периоде в этой группе пациентов зафиксировано не было. Период наблюдения составил 8 месяцев. Глазодвигательных нарушений отмечено не было. У всех пациентов с оптической нейропатией отмечено улучшение зрительных функций после декомпрессии зрительного нерва. Послеоперационных осложнений зафиксировано не было.

Заключение. Миниинвазивные трансорбитальные доступы позволяют осуществить подход ко всем стенкам глазницы трансконъюнктивально, выполнить декомпрессию орбиты и липэктомии без кожных разрезов, достигнуть хороших косметических и функциональных результатов. А интраоперационное использование нейронавигационной системы обеспечивает выполнение костной декомпрессии орбиты в полном объеме.

Применение липофилинга для улучшения эстетических результатов ортогнатической операции

Лонская Е.А., Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Салимханов В.Я., Латышев А.В., Сорвин В.В.

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

Введение. В настоящее время пациенты, которые готовятся к проведению ортогнатической операции, предъявляют очень высокие требования к эстетическому результату. В связи с этим широкое распространение получило проведение одномоментных операций, которые сочетают в себе ортогнатический этап и дополнительные «эстетические» вмешательства. Наиболее часто остеотомию челюстей проводят одномоментно с ринопластикой, остеотомией подбородка, остеотомией скуловых костей, блефаропластикой, липосакцией подбородочной области и липофилингом лица. 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 2017 г. было прооперировано 103 женщины (средний возраст 28 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 обогащения очищенного жира его смешивали с богатой тромбоцитами плазмой в соотношении – 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 конусно-лучевую объемную томограмму через 12 месяцев после операции. 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.

Миниинвазивная подтяжка нижней трети лица – комбинация методик для достижения оптимального результата

Лонская Е.А., Куракин К.А., Салимханов В.Я., Латышев А.В., Сорвин В.В.

*Клиника косметологии и пластической хирургии
Beauty Trend, Москва*

В настоящее время возросло количество пациентов, которые обращаются к пластическому хирургу с просьбой выбрать минимально инвазивную методику для коррекции возрастных изменений лица. Это связано со страхом перед «большими» пластическими операциями, с желанием избежать рубцов, а также с ограниченным периодом, отведенным на восстановление после операции. В течение последних трех лет мы активно используем в практике миниинвазивную подтяжку нижней трети лица, выполненную при помощи аппарата с радиочастотным нагревом Face Tite.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2017 год нами было прооперировано 54 пациента женского пола, средний возраст 37 лет. На основании жалоб пациенты были распределены на 2 группы – пациенты с жалобами на деформацию линии овала лица, «брыли» и избыток мягких тканей в подбородочной области (38 человек, 70%) и пациенты, основная жалоба которых заключалась в отсутствии четкого подбородочно-шейного угла (16 человек, 30%). Пациентам первой группы была выполнена радиочастотная липосакция по области овала лица и в подбородочной области, пациентам второй группы – радиочастотная липосакция подбородочной области. Результаты. Для оценки результатов лечения проводили анализ фотографий пациентов до операции и через 3, 6 и 9 месяцев после операции, а также опрос пациентов для оценки удовлетворенности результатами лечения в ранние сроки после операции (7 дней) и через 6-9 месяцев после операции. У всех пациентов первой группы (100%) при оценке фотографий, начиная с 3 месяца после операции, отмечается значительное улучшение контуров овала лица, четкая визуализация подбородочно-шейного угла, уменьшение объема мягких тканей по контуру нижней челюсти, сокращение размеров кожного лоскута. Все пациенты оценивали результаты лечения как отличные (18 человек – 47%), хорошие (10 человек – 26%) и удовлетворительные (8 человек – 21%) уже на 7 день после операции. При опросе спустя 3 месяца после операции 31 человек (82%) оценил результат как «отличный», 7 (18%) – как «хороший», что связано с полным регрессом отеков, исчезновением синяков, уплотнений и онемения в зоне проведения операции. Реабилитационный период оценивался пациентами обеих групп как «легкий» и «комфортный».

Выводы. Проведение миниинвазивной подтяжки нижней трети лица при помощи аппарата радиочастотного лифтинга с насадкой FaceTite является эффективным способом омоложения с высоким уровнем удовлетворенности пациентов. Не являясь альтернативой классическим методикам подтяжки лица, данное вмешательство является операцией выбора у пациентов, главным требованием которых является видимый результат и максимально короткий реабилитационный период.

Использование полиуретановых имплантов (персональный опыт)

Мавроди Т.В., Кокаев К.Т.

*Краснодарская клиническая больница №2,
Краснодар*

Полиуретановые импланты. Тактика использования. В настоящее время в своей практике для установки силиконовых полиуретановых имплантов мы выставили определенные показания. Наличие микрополиуретановой текстурированной поверхности и способность имплантов фиксироваться в тканях, уменьшая мерт-

вое пространство вокруг импланта и позволяя создавать стабильную конструкцию «имплант – железистая ткань» – вот те свойства, которые определили нашу тактику. К показаниям для установки ПИ обычно мы относим: 1) Капсулярную контрактуру и её рецидив. 2) Ротацию анатомического импланта (при отсутствии возможности замены его на круглый). 3) Аугментацию в сочетании с мастопексией при птозированной «тяжелой груди» (первичное и повторное). 4) Первичная аугментация при желании анатомической формы. За период с мая 2016 по август 2017 было прооперировано 39 пациенток с использованием силиконовых имплантов с полиуретановым напылением (Polytech, Германия). Средний возраст составил 35 лет (от 29 до 57). Из них первичная аугментация – 7. Аугментация с мастопексией – 17. Повторная аугментация с мастопексией – 11. 2-х ст. подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией имплантами: бпрофилактическая ПМЭ – 1 – гель – 1 – атипия – 1 – рак – 3. В группе №3 важным аспектом при подборе конечного объема импланта было стойкое желание пациентки иметь максимально стабильную форму железы с течением времени. В связи с этим имплант подбирался таким образом, что конечное соотношение объема ткани железы и объема импланта было 50/50, либо 60/40 с доминированием объема импланта. Анатомическая форма импланта дополнительно контролирует стабильность формы и редрапирует ткань в области нижнего полюса. В группе подкожных мастэктомий с одномоментной реконструкцией имплантами свойство этих имплантов жестко фиксировать к своей поверхности ткани в первые сутки после операции имело неоднозначное значение. В случае нептозированной молочной железы, это свойство имело положительный эффект и значительно сокращало количество отделяемого по дренажам из-за облитерации постмастэктомического пространства (дренажи удалялись на 2-3 сутки). Однако у трех пациенток с исходным птозированным и растянутым кожным чехлом из-за ранней адгезии не успевшей сократиться кожи, грудь имела неровную поверхность с участками складок и асимметрию сосково-ареолярного комплекса. В данной группе у 2 пациенток через 5 месяцев после первой операции был выполнен липофиллинг молочных желез с коррекцией положения САК и положения субмаммарной складки. В группе капсулярных контрактур ПУ импланты отлично себя зарекомендовали. Наилучшие эстетические результаты, были в группе мастопексий с аугментацией, повторной аугментацией, и первичной аугментацией с капсулярной контрактурой: «отлично» – 26, «хорошо» – 10. Три результата, оцененные как «удовлетворительно», относились к группе подкожных мастэктомий.

Выводы: силиконовые импланты с полиуретановым напылением (Polytech) в силу особенностей нахождения в тканях молочной железы (ранняя адгезия, фиксация и редрапировка железистого вещества, минимальные риски капсулярной контрактуры) дают отличные эстетические стабильные результаты в случае: 1) Капсулярной контрак-

туры и её рецидив 2) Ротации анатомического импланта (при отсутствии возможности замены его на круглый) 3) Аугментации в сочетании с мастопексией при птозированной «тяжелой груди» (первичной и повторной) 4) Первичной аугментации при желании анатомической формы и риске ротации. Стоит избегать их использования при реконструкции груди с птозом I-II ст. методом подкожной мастэктомии в сочетании с имплантами вследствие неконтролируемой необратимой фиксации тканей к импланту до момента ретракции кожи, что может привести неудовлетворительным эстетическим результатам.

Одно- и двухэтапная одномоментная реконструкция молочной железы: анализ результатов и перспективы

Малыгин С.Е., Малыгин Е.Н., Баисова А.М.
*Российский научный исследовательский
медицинский университет им. Н.Н.Пирогова, КБ
№85 ФМБА России, Москва*

Одномоментная реконструкция молочной железы является важным этапом реабилитации пациенток с раком молочной железы и позволяет снизить влияние стресса в процессе лечения этого заболевания. Одним из самых популярных методов реконструкции молочной железы является использование силиконовых экспандеров и имплантатов. С 2000 по 2016 г. у 167 пациенток выполнено 190 одномоментных реконструктивных вмешательств с использованием силиконовых имплантатов. Большинству пациенток реконструкция проводилась во время кожесохраняющей мастэктомии мастэктомии (skin-sparing mastectomy), в 34 случаях (включая 23 профилактических мастэктомии) сосковоареолярный комплекс был сохранен. При выполнении 163 реконструкций была выполнена двухэтапная реконструкция с установкой в момент мастэктомии экспандера, растяжением его и последующей заменой на постоянный эндопротез. Двадцать семь реконструкций были одноступенными с одномоментной установкой перманентного имплантата (direct-to-implant). Осложнения, которые привели к необходимости удаления экспандера или имплантата (серомы, некроз кожных лоскутов, инфекция и др.), наблюдались у 18 пациентов (11%) в группе двухэтапных реконструкций и у 1 пациентки (3,7%) в группе одноступенной реконструкции. В группе двухэтапной реконструкции также в двух случаях отмечалась ротация анатомического имплантата (1,2%) и 10 случаев капсулярной контрактуры (6,1%), потребовавшие ревизии с заменой имплантата и капсулэктомии. Большинство осложнений развивалось в ассоциации с проведенной лучевой терапией. Одно- и двухэтапные реконструкции молочной железы одномоментно с различными типами мастэктомии являются эффективной методикой, несмотря на увеличение числа осложнений у пациентов, подвергшихся лучевой терапии.

Комбинированные инъекционные методы омоложения височной области в общем эстетическом портрете лица

Машкина А.С.

Институт красоты «Гиалуаль», Москва

Введение: височная область играет важную роль в общем эстетическом портрете лица. Возрастные изменения височной области проявляются на разных уровнях: атрофия и старение кожи темпоральной области, дислокация височно-щечного жирового пакета, атрофия височной мышцы, изменение контуров височной кости. Все это приводит к скелетизации височной области, визуальному появлению тени в этой зоне, создающей ощущение провала. Коррекция височной области должна быть направлена на улучшение качества кожи (восстановление гидрорезерва и тургора, заполнение мелких морщинок, борьба с пигментацией), с одной стороны, и восполнение дефицита объема и создания вектора лифтинга, с другой. Цель: выявление эффективности омоложения височной области в ходе курса процедур, сочетающих использование различных комбинаций и техник введения препаратов гиалуроновой и янтарной кислот.

Материалы и методы: омоложение височной области проводилось на пациентах с возрастными изменениями 2-4 степени по шкале Glogau, имеющих показания для коррекции в данной зоне с потерей тонуса и эластичности кожи, признаками дислокации и атрофии жировых пакетов, выступающими костными структурами и визуальной зоной тканевой депрессии. Для коррекции был применен протокол совместного использования в одну процедуру препаратов Hyalual 1,1 или 1,8% по 0,5 мл на каждую зону в технике поверхностных интрадермальных папул от костного края орбиты до волосистой части головы с заходом в 1 см за линию роста волос иглой 32G и субдермальное введение Hyalual 2,2% по 0,5 мл на каждую зону канюлей 25G из точки доступа, расположенной на скуловой дуге. Техника поверхностных интрадермальных папул выполнялась с целью улучшения качества кожи, увеличения ее эластичности, борьбы с пигментацией в височной зоне. Канюльное субдермальное введение Hyalual 2,2% выполнялось с лифтинговой целью, а также для уменьшения визуального участка депрессии мягких тканей в данной зоне. Рекомендуемый курс составляет 2-4 процедуры с интервалом в 3-4 недели и зависит от степени возрастных изменений и выраженности зоны депрессии в темпоральной области. Оценка: оценка результатов процедуры проводилась на основании критериев Международной глобальной шкалы эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale; GAIS) и изменений показателей Шкалы степени выраженности морщин (Wrinkle Severity Rating Scale, WSRS) на 21-й, 42-й и 70-й дни от начала курса. Объективность оценки клинической эффективности подтверждалась сравнением фотографий, сделанных на 21-й, 42-й, 70-й дни после

начала процедур. Для уменьшения чувствительности вокола использовалась аппликационная анестезия препаратом Эмла.

Результаты: через 42 и 70 дней после начала курса процедуры у пациентов отмечалось «значительное» улучшение показателя WSRS, а также «значительное» и «выраженное» улучшение по шкале GAIS у пациентов со 2-3 степенью возрастных изменений. Субъективно пациенты отмечали повышение тонуса кожи в зоне виска, уменьшение пигментации, общее улучшение внешнего вида лица, поднятие латеральных кончиков бровей, более открытый взгляд.

Выводы: протокол сочетанного использования препаратов гиалуроновой кислоты разной плотности может эффективно применяться для эстетической коррекции височной зоны у пациентов с 1-3 степенью возрастных изменений по шкале Glogau. Одновременное сочетание игольной и канюльной техники в височной области обосновано для разного уровня введения препаратов гиалуроновой и янтарной кислот и решения разных задач коррекции.

Применение сверхэластичных материалов из никелида титана для реконструкции нижней стенки глазницы при травмах

Медведев Ю.А., Петрук П.С., Шаманаева Л.С., Поляков К.А.

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

Актуальность. В последние годы отмечаются тенденции к значительному росту травматизма в результате повышения уровня технической оснащенности общества и производства. При этом наблюдается увеличение числа повреждений челюстно-лицевой области. Переломы лицевого черепа, включающие повреждения глазницы составляют особую группу в травматологии и требуют участие в лечении многих специалистов: челюстно-лицевых хирургов, нейрохирургов, офтальмологов, анестезиологов и др. Перелом нижней стенки глазницы закономерно возникает при переломах других костей средней зоны лицевого черепа, в частности, при переломах скуло-глазничного комплекса, верхней челюсти, изолированных переломах дна глазницы по типу «blow-out».

Цель исследования – повышение эффективности хирургического лечения больных с переломом нижней стенки глазницы, на основе применения конструкций из сверхэластичного никелида титана.

Материал и методы. Клинико-лабораторные исследования проведены у 175 больных с различными по характеру и локализации повреждениями средней зоны лицевого черепа. Среди пострадавших преобладали лица трудоспособного возраста (20-40 лет) – 75,2 %, что указы-

вает на социальную значимость исследования. Все 175 больных были оперированы в условиях общей анестезии с эндотрахеальной интубацией. В качестве эндопротезов были использованы имплантаты из пористого и сверхэластичного сетчатого никелида титана.

Результаты. Переломы нижней стенки глазницы, которые требовали целенаправленного лечения, диагностированы у 175 больных. Нарушения целостности нижней стенки глазницы, требующие реконструктивного лечения отмечались у 140(80%) с переломами скуло-глазничного комплекса, у 16(9,14%) с переломами верхней челюсти по типу Ле Фор II и III, у 19(10,86%) с переломом по типу «blow-out». У больных с переломом скуло-глазничного комплекса после хирургического лечения с подресничным доступом, остеосинтезом и реконструкцией нижней стенки глазницы устройствами из никелида титана результаты лечения в подавляющем большинстве 135 (96,4%) оказались хорошими. Отдаленные результаты прослежены нами в сроки до 2,5 лет. В послеоперационном периоде ни в одном случае мы не встретили осложнений, связанных с нарушением функции зрения, инфицированием или изменением положения имплантата.

Выводы. Наши клинические наблюдения убедительно свидетельствуют о том, что у большинства пациентов с повреждениями нижней стенки глазницы эффективным является реконструкция с применением эндопротезов. Для восстановления целостности нижней стенки глазницы нами созданы новые эффективные методы, обеспечивающие восстановление функций зрительного анализатора. Осуществление этих методов основано на применении сверхэластичных конструкций из никелида титана. Использование имплантатов из никелида титана, позволило повысить эффективность хирургического лечения переломов нижней стенки глазницы, благодаря таким свойствам указанных материалов, как сверхэластичность, биологическая инертность, хорошая смачиваемость и сквозная пористость.

Аллогенные материалы в окулопластике

Милюдин Е.С., Волова Л.Т., Юдаков А.В.
Самарский государственный медицинский университет, Самара

Несмотря на длительный период успешного использования в офтальмологии биологических донорских материалов, сохраняется мнение, что клиническое применение биологических материалов представляет повышенную опасность для пациентов. Врач должен предоставлять только такой уровень помощи, который является необходимым по медицинским показаниям, и соответствовать симптомам или виду лечения настоящего повреждения либо заболевания пациента. Одной из проблем восстановительной хирургии на сегодняш-

ний день является замещение утраченного объема в случаях удаления органа, в ходе хирургического устранения посттравматических и воспалительных деформаций. Значительные дефекты также возникают после удаления новообразований. Повреждения орбитальных стенок приводит также к потере опорных функций орбиты и соответственно косметическим дефектам. Показаниями к хирургическому лечению являются экзофтальм или энофтальм, диплопия, грубая деформация стенок орбиты, сдавление зрительного нерва, ограничение подвижности глазного яблока. Для восстановления стенок орбиты применяются различные материалы, как например титан, тантал, силикон, различные полимеры так и аллогенный реберный хрящ. Анализ современной литературы, посвященной материалам, применяемым для замещения объемных дефектов позволил сделать вывод о том, что имеющиеся в настоящее время имплантаты на основе металлов, сплавов, полимеров, стекла, керамики не обладают достаточными остеорепаративными свойствами, кроме того, имплантаты из металлов и синтетических полимеров изготовлены из веществ чужеродных для человеческого организма и по химическому составу в большинстве случаев отторгаются. Попытки решить проблему замещения костных дефектов орбиты с использованием широкопористых имплантатов из биодеградируемых материалов на основе фосфатов кальция и композиций гидроксипапатита со стеклом, как наиболее близких по химическому составу к натуральной кости также не имели большого успеха.

Результаты многочисленных экспериментальных исследований и клинического использования костных имплантатов при различных патологических состояниях позволили нам сформулировать концепцию дифференцированного применения консервированных аллогенных материалов, выбор которых определяется структурными и регенераторными особенностями костной ткани реципиента и биопластическими свойствами самого имплантата. Морфологический принцип позволил предложить имплантаты для восстановления костных стенок орбиты, для восполнения утраченного объема и формирования подвижной культи. В большей степени этим критериям отвечают аллогенные костные имплантаты. Аллогенные материалы обладают преимуществом перед другими видами материалов. Прежде всего, они обладают удивительным свойством рассасываться в организме, выполняя функцию временного направляющего каркаса для регенерации и стимуляции репаративных процессов в тканях. В частности, наиболее оптимальными для реконструкции орбитальных стенок, по нашему мнению, являются аллогенные деминерализованные костные имплантаты. Данный материал эластичен, легко моделируется. В послеоперационном периоде постепенно замещается собственной костной тканью, не изменяет размеры как в раннем, так и в отдаленном периоде наблюдения. Для восполнения объема после удаления глазного яблока нами предлагается лиофилизированный костный орбитальный имплантат (Полезная

модель № 159838 от 20.02.2016 г.). Благодаря пористой структуре уже ко второй неделе после операции имплантат прорастает фиброваскулярной тканью с формированием прочной структурной и функциональной связи с тканями орбиты. Все вышеизложенное позволяет утверждать, что правильная хирургическая тактика в сочетании с дифференцированным подходом к выбору пластического материала позволяет добиться успеха в пластической реконструкции после удаления глазного яблока.

Этапы формирования волокнистой основы репаративного регенерата при спонтанном заживлении кожной раны

Мишина Е.С., Омеляненко Н.П., Волков А.В., Ковалев А.В., Сморчков М.М.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва

Кожная рана является самым распространенным повреждением, в том числе травматическим. Следует отметить, что любое оперативное вмешательство тоже начинается с повреждения кожи. На месте повреждения кожный покров лишается всех структурных элементов. При этом нарушается его целостность и утрачиваются локально все функции, выполняемые кожей. В связи с этим, полноценность восстановления поврежденной кожи будет определяться не только восстановлением ее структурных элементов и построенной из них конструкции регенерата, но и возможностью выполнять в полном объеме утраченные функции. Лечение кожных ран и изучение механизмов спонтанного заживления имеет многолетнюю историю и не потеряло своей актуальности, так как все имеющиеся в настоящее время методы воздействия на регенераторный процесс не обеспечивают формирование органотипичных регенератов в клинической практике. Учитывая, что в основе репаративной регенерации кожи лежит формирование волокнистого регенерата на месте повреждения, целью работы явилось его исследование при спонтанном заживлении. Экспериментальное исследование было выполнено на белых крысах-самцах линии Wistar. Материалом исследования служили участки кожи, включающие зону раневого дефекта, формирующийся на его месте регенерат, и окружающую его ткань. Образцы были взяты спустя 3, 7, 14, 21 и 30 дней. Полученный материал изучали с использованием светооптической и электронной микроскопии. К 3 суткам раневая поверхность покрыта струпом. Он неоднороден по своему строению. Верхняя часть струпа представлена в основном нитями фибрина. Нижняя часть – детритом, состоящим из разрушенных клеточных элементов, окруженных фибрином. В околораневой зоне, и находящейся там

дерме и прилежащей к ней части наблюдается фибриноидное набуханием коллагеновых волокон, проявляющееся пропитыванием их плазмой и выпадением фибрина. В большей степени дезинтеграция и дезориентация коллагеновых волокон происходит непосредственно под струпом. В более глубоких слоях коллагеновые волокна сохраняют свою структурность. К 7 суткам отмечается постепенная резорбция фибринового сгустка и заполнение раневого дефекта грануляционной тканью. В зоне перехода между регенератом и оставшейся дермой значительная часть коллагеновых фибрилл не объединены в волокна. Со стороны регенерата это связано с не завершением фиброгенеза у части формирующихся волокнистых структур, со стороны оставшейся дермы – с воздействием повреждающих факторов приводящих к разобщению коллагеновых волокон на отдельные фибриллы. Фибриллы с одной и другой стороны взаимодействуют между собой, образуя в коллагеновые волокна переходной зоны. К 14 дню репаративный регенерат частично покрыт эпидермисом. В регенерате происходит накопление новообразованных волокнистых коллагеновых структур. Зона перехода менее выражена. Продолжается интеграция новообразованных коллагеновых волокон регенерата с сохраненными волокнами краев раны по тем же механизмам переплетения фибрилл с одной и другой стороны. В регенерате образовавшиеся плоские или уплощенные коллагеновые волокна имеют волнисто-спиральную форму с большим количеством разветвлений, они расслаиваются или сливаются на протяжении всего регенерата, т.е. имеет место перераспределение его волокнистого состава. Наблюдается утолщение коллагеновых волокон, в результате чего межволоконные пространства уменьшаются. К 21 суткам коллагеновые волокна регенерата в основном ориентированы параллельно или тангенциально к поверхности. Зона перехода заметно отличается как от остального регенерата, так и сохранившейся дермы. Коллагеновые волокна здесь разного диаметра, с большим количеством разветвлений, но отсутствует их преимущественная ориентации. К 30 суткам целостность эпидермиса восстановлена. Однако его производные отсутствуют в регенерате. Размер регенерата уменьшается. Коллагеновые волокна сохраняют вид пластинок, отмечается их более плотное расположение по сравнению с предыдущим сроком. Зона перехода становится более узкой. Коллагеновые пластинки сформированы, но отличаются от таковых в регенерате и сохранившейся дерме. Продолжается перестройка грануляционной ткани и формирования соединительнотканного рубца. Показанные механизмы образования волокнистых структур в регенерате, и их интеграция между собой и сохранившейся волокнистой основой кожи являются базовыми знаниями для дальнейших исследований фиброгенеза в репаративном процессе и для разработки методов получения тканеорганоспецифичного регенерата при заживлении ран.

Современные подходы к лечению диспропорций лица, сочетающихся с нарушениями других структур черепно-лицевой области

Набиев Ф.Х., Либин П.В., Котов И.И.

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

В основе диспропорций лицевого скелета лежат различные виды деформаций челюстей, проявляющихся в виде мезиального – класс III по классификации Энгля или дистального прикуса – класса II и асимметричных форм деформаций. Пациенты, как правило, жалуются на эстетический недостаток – нарушение гармоничных пропорций лица за счет недоразвития или чрезмерного развития различных отделов лицевого отдела черепа и функциональных нарушений, связанных с затруднением откусывания и пережевывания пищи, дизлексиями, нарушением дыхания, нарушением артикуляции. В настоящее время широко применяются ортогнатические хирургические вмешательства для устранения таких аномалий. Развитие новых технологий в медицине позволяют в один этап симультанно проводить ортогнатические и пластические операции на структурах близлежащих органов. Увлечение такими методами могут приводить к осложнениям и отсутствию результатов. Отдаленные результаты наблюдений показали, что не у всех пациентов удавалось получить удовлетворительные результаты. Иногда приходилось проводить коррекцию оставшихся изменений. У пациентов с дистальным прикусом, сопровождающимся синдромом обструктивного апноэ во сне (СОАС), мы столкнулись в некоторых наблюдениях с невозможностью проведения назо-трахеальной интубации. Вышеперечисленное указывает на то, что до настоящего времени недостаточно изучены вопросы разработки единого современного подхода к выбору одно- или многоэтапного метода лечения диспропорций лица, сопровождающихся сопутствующими нарушениями близлежащих структур лица. С 2009 по 2017 г. нами обследовано более одной тысячи пациентов с различными диспропорциями лицевых структур. При подготовке к операциям всем пациентам проводили комплексное обследование, включающее исследование как костных структур лицевого скелета, так и функциональных нарушений органов дыхательной системы. Оценивали выраженность анатомо-функциональных нарушений зубочелюстной системы, анатомии носа, наличие СОАС. Большое значение придавалось продолжительности общей анестезии, возможности назо-трахеальной перентубации на оро-трахеальную в ходе операции, а также предупреждению возникновения осложнений в послеоперационном периоде. На основании оценки комплексного обследования пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе выраженность анатомо-функциональных нарушений была умеренной, и

весь комплекс хирургических вмешательств проводили в один этап. Во второй группе у пациентов с выраженными анатомо-функциональными нарушениями хирургические вмешательства проводили многоэтапно. Результаты лечения оценивались через один год и в отдаленные периоды наблюдений. Анализируя результаты лечения наших пациентов, можно сказать, что стандартного подхода к выбору метода лечения не существует, так как вариабельность клинко-морфологических нарушений отмечалась часто, а разделение пациентов на 2 группы носит условный характер. Однако при выборе показаний кодно- или многоэтапному методу лечения необходимо соблюдать протоколы лечения как у больных с маловыраженной формой деформации, так и в выраженной группе. Концептуально такой подход к разделению больных и протоколов лечения оправдывается тем, что изначально при планировании лечения мы можем четко определить объем хирургических вмешательств и создать алгоритм всех этапов их применения, который приводит к качественным и эффективным результатам.

Комплексная реабилитация пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Хирургическое лечение переднего невправляемого вывиха суставного диска

Назарян Д.Н., Захаров Г.К., Караян А.С., Ляшев И.Н., Дыбов А.М., Васильев Ю.А.

Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, Москва

Цель работы – комплексный подход реабилитация пациентов с дисфункцией ВНЧС.

Задачи: 1. предоперационная диагностика (магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, кондиография или аксиография), анализ диагностических моделей в артикуляторе. 2. Сплит терапия. 3. Хирургическое лечение – открытая репозиция суставного диска. 4. коррекция спланта и ортодонтическое лечение. 5. Ортогнатическая операция (у пациентов со скелетной деформацией). 6. Рациональное протезирование. 7. МРТ и КТ контроль на этапах лечения.

Материал и методы. Всем пациентам по клиническим данным и по результатам компьютерной и магнитно-резонансной томографии поставлен диагноз: дисфункция ВНЧС, невправляемый передний вывих диска без редукции с сопровождающимся болевым синдромом и/или ограничением открывания рта. Первая группа: пациенты с вторичной или полной адентией, стираемостью зубов, с некорректно выполненным ранее протезированием, с неправильным прикусом, ранее полученной травмой. Вторая группа: пациенты со скелетными деформациями (II скелетный класс). Репозиция суставного диска, как

ет иммунную систему и увеличивает выработку факторов запуска «порочного круга» патологической стимуляции меланогенеза в меланоцитах. Вот эти факторы: 1. Медиаторы воспаления; 2. Окись азота и активные формы кислорода, синтезируемые макрофагами; 3. Нейропептиды (субстанция P); 4. Белки теплового шока. Таким образом, работая с гиперпигментацией, мы рискуем запустить неконтролируемый процесс её рецидивирования и увеличение изначальной площади пигментации. В связи с этим при ведении пациента с гиперпигментацией очень важно соблюдать следующие правила: 1. Воздействие должно быть комплексным и щадящим. 2. Перед началом лазерного лечения: -выяснить причину возникновения гиперпигментации и по мере возможности устранить её, -выяснить функциональную активность меланоцитов. 3. Восстановить гистохимический дефицит кожи – назначение пептидов и факторов роста, влияющих на стадии воспаления и регулирующих процессы меланогенеза. 4. Назначение средств: -подавляющих синтез меланина в меланоцитах, -ингибиторов фермента тирозиназы. С апреля 2014 года наш медицинский центр при проведении комплексных программ лечения гиперпигментаций за основу берут все вышеперечисленные правила. Мы активно используем сочетание Duolite QS, SYNCHROREPLA:Y (александритовый лазер, DEKA, Италия) и пептидной косметологической линейки Le Mieux производства Bielle Cosmetics Inc США. Основой этих препаратов является гиалуроновая кислота, кроме того, в состав входят синтетические пептиды, а также натуральные компоненты. При этом все действующие вещества содержатся в высокоэффективной концентрации. Такой состав позволяет широко использовать данную линейку для получения положительных результатов в достаточно короткий срок.

Выводы: 1. Использование вышеперечисленных правил позволяет существенно уменьшить риск: -рецидивирования гиперпигментации, -предотвратить увеличение изначальной площади пигментации, -свести к минимуму риск таких осложнений, как рубцевание и развитие гипопигментации.

Современный подход аутоотрансплантации musculus gracilis при параличе мимической мускулатуры

Неробеев А.И., Салихов К.С., Висаитова З.Ю.

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

На сегодняшний день результаты микрохирургической аутоотрансплантации тканей довольно предсказуемы и дают достаточно хороший функциональный результат. Достаточно сложной проблемой является эстетическая реабилитация пациентов с длительным сроком паралича мимической мускулатуры.

Целью работы явились: анализ функциональных и эстетических результатов лечения больных перенесших микрохирургическую аутоотрансплантацию musculus gracilis; внедрение оперативных методик, улучшающих эстетический результат лечения пациентов перенесших микрохирургическую аутоотрансплантацию тканей и определение оптимальных сроков для проведения корригирующих операций.

Материалы и методы: были проанализированы результаты лечения 60 пациентов с параличом мимической мускулатуры, давностью паралича более 3 лет. Им была успешно проведена микрохирургическая аутоотрансплантация musculus gracilis. Хороший функциональный результат лечения был получен сразу после первой операции только у 40 пациентов, которые нуждались в коррекции. У 20 пациентов был получен хороший функциональный и эстетический результат, который не требовал коррекции. Результат. Хороший функциональный и эстетический результат был получен при прямой нейрорафии с использованием подъязычного и жевательного нервов. Первые движения регистрировались на 2-3-й месяц. Окончательный результат регистрировался к 12 месяцам. Основные виды деформаций, которые возникали после аутоотрансплантации: чрезмерный объем пересаженного лоскута, и деформация тканей окружающих лоскут, потребовали пересмотреть тактику в аутоотрансплантации стройной мышцы. Пациентам проводилась аутоотрансплантация расщепленной стройной мышцы, что позволило добиться хорошего функционального и эстетического результата, и не требовало проведения коррекции пересаженного аутоотрансплантата.

Выбор реконструктивной или эстетической ринопластики при тонких хрящах

Омар Х.М., Крамаренко Ю.В.

Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Краснодар

Введение. Сама по себе эстетическая ринопластика основывается на переформировании различных анатомических участков носа без использования иных и вспомогательных материалов. При реконструктивной ринопластике, как правило, можно использовать иные материалы: аутохрящи, аллохрящи, остеотомия костей носа. В каждом носе различают спинку, кончик, крылья, стороны, мягкие треугольники, определяют углы выпячивания, понижены, длину, ширину, высоту и ширину носа и его составляющие в разных проекциях. При изучении хрящей носа мы можем выделять различные типы хрящей: жесткие, тонкие, широкие, узкие. При предварительном осмотре пациентов можно лишь предполагать о типе хряща после пальпирования и при признаках «мягкого кончика носа», при легком контакте кончика носа с пальцами хирурга до верхней губы.

Цель: оценить различие проведения эстетической ринопластики при тонких хрящах без использования ауто-

материалов (хрящей) и реконструктивной ринопластики с использованием аутоматериалов, в частности хрящей. Материалы и методы выполнения. В исследовании были проведены около 30 операций по ринопластике с тонкими хрящами – все операции были проведены возрастной группе пациентов от 18 до 45 лет. 15 пациентам была проведена чисто эстетическая ринопластика без использования аутохрящей, остальным была проведена реконструктивная ринопластика с использованием аутохрящей, в частности, реберного хряща для укрепления нижних латеральных хрящей путем утончения хрящей до полутора миллиметра и фиксации стропилки между медиальными ножками к каудальной части четырехугольного хряща с фиксацией к костной ткани в области *septo-nasi*, нижние латеральные хрящи были фиксированы в области купалов к стропилке выше спинки носа на 3 мм, также реберные хрящи были использованы как расширяющие транспланты. В некоторых случаях была использована *rectus fascia* в области спинки носа, в остальных случаях был использован утонченный реберный хрящ и дроблен в дробилке на спинку носа.

Результаты исследования: по данным нашего исследования у 80% пациентов, которым проводилась чисто эстетическая ринопластика без использования аутохрящей путем переформирования своих тонких хрящей с использованием хрящей четырехугольного хряща, в качестве расширяющих трансплантов (*spreader grafts*) спустя 6 месяцев после операции, было отмечено опущение кончика носа, образование фиброзной ткани в области кончика носа, у остальных 20% был отмечен положительный результат. У пациентов, которым была проведена реконструктивная ринопластика с использованием аутохрящей и фиксацией аутохряща между медиальными ножками, у 95% был отмечен очень хороший результат без указанных выше нарушений, выявленных у первой группы пациентов.

Заключение. Реконструктивная ринопластика с использованием аутохрящей, в частности реберных хрящей, при данной анатомии типа тонких хрящей является эффективным методом для проведения ринопластики и достижения хороших результатов, удовлетворяющих врача и пациента. На наш взгляд, при визуализации симптомов тонкого хряща следует информировать пациента о возможности реконструктивного характера операции с использованием аутохрящей.

Принципы применения тканевой и клеточной технологий при репаративном остеогенезе

Омельяненко Н.П.

Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва

Большая часть научных исследований посвященных репаративной регенерации относится опорному аппарату – это твердый и мягкий скелет, т.е. кости, хрящи и связки, су-

хожилия, фасции, апоневрозы, СТ-оболочки мышц дерма кожи и т.д. Особенностью костной репаративной регенерации является многоэтапность течения и зависимость ее исхода от многочисленных факторов. В связи с этим, для получения максимально благоприятного результата – заживление без атипичного тканевого регенерата, восстановление целостности и анатомических параметров поврежденной кости, а также в полном объеме ее функциональных показателей необходим правильный подбор существующих многочисленных методов воздействия на репаративный процесс соответствующий характеру повреждения кости. Несмотря на разработку большого количества имплантатов из искусственных материалов, включая резорбируемые, тканевые имплантаты остаются предпочтительными. Применение такой формы тканевой терапии необходимо при критических дефектах кости, повреждениях вызывающих опасения замедленной консолидации или возможность образования ложного сустава. В таких случаях требуется оперативное вмешательство и помещение трансплантата в костный дефект. Это аутологичная, аллогенная и ксеногенная костная ткань. Часто применяемым имплантатом остается деминерализованный костный матрикс. Однако самым эффективным стимулятором репаративной костной регенерации является эмбриональная фрагментированная костная ткань или костная ткань, полученная от новорожденных животных, как правило, свиней, обладающая наиболее выраженным остеогенным эффектом. Вышеуказанные тканевые имплантаты обладают локальным пролонгированным действием и не вызывают выраженной воспалительной реакции. На месте их постепенной резорбции образуется первичная (ретикулофиброзная) костная ткань ремоделируемая в дальнейшем в пластинчатую кость. Вышеуказанная форма тканевой терапии может проводится только при открытом или ограниченном доступе к очагу повреждения кости или замедленно формирующемуся регенерату. На основании проведенных на животных экспериментах фрагментированная эмбриональная костная ткань человека была успешно применена клинике. Однако из-за проблем получения эмбрионального материала не получила широкого развития. Костный ксено материал новорожденных животных в клинике не применялся. В настоящее время прогрессивно расширяются использование выделенных из различных источников соединительнотканых клеток. Клеточная терапия заняла свою нишу инъекционной доставки стимулирующего агента (СТ-клеток) в зону костной репаративной регенерации. В экспериментах на животных была показана эффективность в стимуляции костной репаративной регенерации аутологичными стромальными клетками костного мозга. Ключевым моментом в этих экспериментах было время введения клеток в область регенерации. Введение клеток в критический дефект кости сразу после повреждения не приводило к стимуляции остеогенеза. Очевидно, это было связано с гибелью клеток в очаге воспаления. Поэтому имплантация должна была проводиться после завершения воспаления и начала спонтанного остеогенеза, т.е. на 7-10-й день после по-

вреждения. В этом случае имплантированные клетки падали в приемлемое тканевое микроокружение и могли стимулировать остеогенез в области регенерации. Полученные в экспериментах результаты дали основание применить разработанную методику в клиническую практику, где убедительно был показан выраженный стимулирующий эффект клеточной терапии в отношении формирования и оссификации дистракционных регенератов у детей и взрослых при хирургической коррекции длины конечностей, при врожденных и приобретенных ложных суставах. Результаты применения культивированных аутологичных стромальных клеток, позволяют сделать вывод о перспективности их дальнейшего использования для стимуляции репаративной костной регенерации с учетом закономерностей ее течения как индивидуально, так и в комплексе с тканевой терапией для получения максимального терапевтического эффекта.

Применение клеточных технологий для восстановления гиалинового хряща

Омельяненко Н.П., Родионов С.А., Курпьяков А.П., Миронов В.А., Кудан Е.В., Князева А.Д., Хесуани Ю.Д., Буланова Е.А., Каралкин П.А., Парфенов В.А.

Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова, Москва

Восстановление гиалиновой хрящевой ткани остается актуальной проблемой травматологии и ортопедии так как современные методы лечения не позволяют получить хороший клинический результат. В связи с этим проводятся исследования по совершенствованию существующих способов лечения, а также разработке новых методик, целью которых является получение полноценного тканеспецифичного регенерата на месте утраченного гиалинового хряща. Ключевым звеном в репаративной регенерации гиалиновой хрящевой ткани является наличие достаточного количества тканеспецифичных клеток в области дефекта, обеспечение их жизнеспособности и интеграции с окружающими тканевыми структурами. В связи с этим, наиболее перспективным подходом к восстановлению поврежденного гиалинового хряща является применение клеточных технологий, с целью реализации вышеуказанных условий. Современные методики используют культивированные аутологичные хондроциты, стромальные клетки костного мозга (СККМ) и жировой ткани (СКЖТ), которые имплантируют в дефект в сочетании с матрицами различного происхождения. Результатом их применения, как правило, является фиброзно-гиалиновый регенерат на месте хрящевого дефекта, который, в ряде случаев, не обеспечивает пациенту ожидаемое улучшение качества жизни. Причинами этого, вероятно, могут быть как изначальное несоответствие (в случае СККМ и СКЖТ) клеточного фенотипа

хондроцитарному, так и постепенная утрата хондроцитами своих свойств в ходе 2D-культивирования. В составе хрящевой ткани хондроциты обладают развитым синтетическим аппаратом, а именно гранулярным эндоплазматическим ретикуломом (ГЭР), благодаря которому они синтезируют коллаген II типа и агрекан, входящие в состав межклеточного матрикса (МКМ) хрящевой ткани. В ходе 2D-культивирования хондроциты частично утрачивают ГЭР, что приводит к существенному снижению синтеза вышеуказанных компонентов МКМ. Применение таких клеток приводит к формированию регенерата, состоящего из смеси фиброзной и гиалиновой хрящевой ткани. Проблема утраты хондроцитами тканеспецифических свойств может быть решена путем их 3D-культивирования в виде хондросфер. После помещения хондроцитов из 2D- в 3D-условия, уже на 1-е сутки культивирования можно наблюдать постепенное восстановление ГЭР, что совпадает с началом синтеза хондроцитами специфичных для них молекул, таких как коллаген II типа и агрекан, которые на этом этапе культивирования располагаются внутриклеточно. На 20-е сутки культивирования в хондросферах появляется гиалиновоподобный МКМ, количество которого увеличивается к 30-м суткам. Вместе с тем, на 20-е сутки нарастает жировая дистрофия хондроцитов, появляются признаки их деструкции и гибели. В связи с этим оптимальным сроком для имплантации хондросфер являются 15-е сутки культивирования. Исследование механических свойств сфероидов на этом сроке позволяет отметить наличие у них более выраженных эластических свойств по сравнению с однодневными хондросферами. При помещении 15-дневных сфероидов в дефект суставного мыщелке бедренной кости барана было показано, что они обладают выраженной адгезией к минерализованному гиалиновому хрящу, что допускает возможность их применения без дополнительных матриц-носителей. Таким образом, хондросферы, которые представляют из себя микротканевые комплексы, включающие МКМ и синтезирующие его клетки, могут стать перспективными продолжением применения культивированных хондроцитов с целью восстановления гиалинового хряща.

Профилактика и лечение посттравматического сужения преддверия носа

Павлюк-Павлюченко Л.Л., Валиев Л.Л.
Российский университет дружбы народов, Москва

Сужение преддверия носа при всей простоте в широкой практике диагностируются нечасто, возможно потому, что видение хирургов направлено на патологии клапанов носа. Между тем, сужение преддверия носа за счет пролабации в послеоперационном периоде, мы отмечали после собственных операций и операций в других клини-

ках. Этиопатогенетически формирование этих осложнений достаточно просто. После отслойки выстилки (кожи) наружного носа как этапа ринопластики и наложения швов между слоями раны остается полость, которая после операции заполняется кровью с последующим рубцеванием, что приводит к пролабации, утолщению стенки преддверия и сужения преддверия носа. Сужение затрудняет доступ воздуха к внутреннему клапану и даже при его интактности величина суммарного воздушного потока уменьшается. Предупреждение и лечение этого осложнения состоит в наложении П-образных швов через стенки преддверия носа. Многолетние клинические наблюдения показывают эффективность такого приема.

Опыт лечения больных с остеомиелитом дистальных фаланг пальцев стопы и кисти с использованием методов реконструктивно-пластической хирургии

**Павлюченко С.В., Жданов А.И.,
Ходорковский М.А.**

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронежская областная клиническая больница № 1, Воронеж

Хронический остеомиелит является широко распространенным заболеванием, охватывая до 10% всех стационарных больных с гнойной патологией и занимая до 6% в структуре патологии опорно-двигательной системы. Остеомиелит дистальных фаланг пальцев составляет 0,8-1% от общего количества заболевания остеомиелитом. Гнойный процесс в фалангах пальцев кисти и стопы протекает «молниеносно», с полным разрушением структуры кости, это обусловлено: малыми размерами фаланг, тонким кортикальным слоем кости и преобладанием губчатой структуры. Целью работы была разработка способа лечения остеомиелита дистальных фаланг пальцев стопы и кисти с восстановлением ногтевого ложа и сохранением ногтевой пластинки.

На базе отделения гнойной хирургии БУЗ ВО ВОКБ № 1 с 2013 по 2016 годы прооперировано 15 пациентов (6 мужчин и 9 женщин в возрасте от 25 до 65 лет) с вторичным хроническим остеомиелитом дистальных фаланг пальцев кисти и стопы. У 10 пациентов выявлен хронический посттравматический остеомиелит, возникший в результате открытых переломов и нагноения подногтевой гематомы после ушиба. В 5 наблюдениях причинами остеомиелита были вросший ноготь и паронихий. Средний срок лечения на предыдущих этапах составил от 1 до 3 месяцев, в ходе которого 7 пациентам (46,6%) выполнялось от 1 до 3 оперативных вмешательств с неблагоприятным исходом, в виде сохраняющейся свищевой формы остеомиелита. В 10 случаях очаг деструкции располагался по боковой поверхности фаланги (латерально или медиально), в 5 случаях – в апикальной части. Деструкция ногтевого ложа в виде деформации, либо

нарушения его целостности на 1/2 площади наблюдалась у 6 (40%) пациентов, что явилось причиной эстетического дефекта мягких тканей ногтевой фаланги. Микрофлора у больных представляла собой микробную ассоциацию, в которой больший процент составляла грамм-отрицательная микрофлора. Всем пациентам выполнялось оперативное пособие, включающее следующие этапы: первый - хирургическая обработка гнойного очага, включавшая: -резекцию 1/3 ногтевой пластинки над зоной деструкции; -резекцию деформированного в ходе гнойного процесса или ряда операций мягких тканей ногтевого ложа; -хирургическую обработку фаланги в зоне ее деструкции в виде фрезевой обработки костной ткани до появления нормальной структуры; -промывание раны водными растворами антисептиков. Второй этап, реконструктивно-пластический, заключался в выкраивании полнослойного кожного лоскута на питающей ножке по боковой поверхности ногтевой фаланги ближайшей к зоне первого этапа операции с сохранением кожного «мостика» по линии бокового ногтевого валика. Далее производилась дезэпидермизация 1/2 части мобилизованного лоскута, ротация его на 100 градусов, проведение под кожным «мостиком» и тампонада костной полости дезэпидермизированной частью лоскута с трансоссальной ее фиксацией. Оставшаяся половина лоскута с сохраненным эпидермисом, располагаясь над мягкотканым дефектом, использовалась для реконструкции ногтевого ложа. Основным условием при подъеме лоскута является отсутствие в нем собственного пальцевого нерва. Наличие его может привести к формированию болезненной невромы в зоне реконструкции. Критериями положительного результата являлись ремиссия остеомиелита, формирование ногтевого ложа, ровный и горизонтальный рост ногтевой пластинки. Положительные результаты достигнуты у 14 пациентов (93,3%). У 1 пациента (6,6%) с облитерирующим эндартериитом наблюдался некроз части лоскута.

Таким образом, предлагаемый способ позволяет купировать вторичный хронический остеомиелит ногтевых фаланг, реконструировать утраченное в ходе гнойного процесса ногтевое ложе, обеспечить правильную форму ногтевой пластинки в процессе ее роста, восстановить опороспособность стопы, эстетичность фаланги и функцию пальцев.

Опыт применения скаффолда в хирургическом лечении послеожоговой деформации кисти

Панов А.В., Шаповалов С.Г., Плешков А.С.

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

Введение. Одной из важных задач реконструктивной хирургии является закрытие мягкотканых дефектов зон «особой локализации», т.е. в области лица, крупных суставов, промежности, где классические и доступные приемы пластики часто приводят к формированию функ-

циональных осложнений, требующих проведения корректирующих оперативных вмешательств. Необходимость повторных вмешательств обуславливается порочностью восстанавливаемого кожного покрова, являющегося по своей сути рубцово-измененным, с тенденциями к формированию контрактур. Дермальные матрицы (скаффолды) различного происхождения, а также биотехнологические продукты на их основе в настоящее время находят все более широкое применение в восстановительной хирургии мягкотканых дефектов. Являясь временным «каркасом» для клеток, они протезируют дермальный слой кожи и позволяют сформироваться полноценному кожному покрову. По происхождению используемые материалы условно можно разделить на биологические, синтетические и генно-инженерные.

Цель. Оценить качество восстановленного с помощью дермального бесклеточного матрикса кожного покрова у пациента с рубцовой послеожоговой деформацией кисти.

Материалы и методы. Пациент мужчина, 21 года, пострадал на пожаре 16 месяцев назад, поступил в клинику со сгибательной контрактурой V пальца III степени, с жалобами на практически полное отсутствие разгибания пальца, «обезображивающий» внешний вид кисти, зуд в рубце. Анамнестически восстановление кожного покрова на кисти выполнялось с помощью аутодермопластики. С целью устранения контрактуры пальца, а также гипертрофического рубца гипотенора и тыльной поверхности кисти был использован метод комбинированной кожной пластики. Для восстановления дермального слоя кожи использован имплантат зарубежного производства на основе свиной кожи, лишенный клеток и антигенных свойств, толщиной 0,5мм. Для восстановления эпидермального слоя использован расщепленный аутодермотрансплантат толщиной 0,2мм, забор которого осуществлен с передней поверхности бедра. Операция выполнялась под наркозом. Рубцовый массив иссечен единым блоком вместе с собственной фасцией. На дно раны уложен имплантат, который фиксировался к краям дефекта металлическими скобами. Непосредственно на скаффолд уложен аутодермотрансплантат. Сверху наложено сетчатое атрауматичное покрытие и давящая повязка. Кисть и V палец иммобилизованы в функционально выгодном положении с помощью лонгеты из термопластичного бинта. Первая перевязка выполнена на 5-е сутки, каких-либо особенностей течения раневого процесса в сравнении со стандартной аутодермопластикой не отмечено. Пациент выписан на 11-е сутки после операции с прижившим трансплантатом без трофических нарушений.

Результаты. На контрольном осмотре через 3 месяца обращает на себя внимание устранение рубцовой деформации V пальца в значительной степени (сохраняется сгибательная контрактура I степени, ограничивающая движения в проксимальном межфаланговом суставе, обусловленная изменениями в костных структурах), восстановленный кожный покров розового цвета, мягкий, подвижный, эластичный, сравним по характеристикам с интактной окружающей кожей. Движения в пястно-фаланговом суставе в полном объеме.

Выводы. Восстановленный с помощью скаффолда кожный покров превосходит по своим свойствам рубцово-измененный, формирующийся вследствие аутодермопластики, его физические свойства и внешний вид близки к интактному кожному покрову, что делает его использование ценным при «особой» локализации дефектов, а техническая доступность способа комбинированной кожной пластики позволяет рекомендовать метод стандартно оснащенным отделениям реконструктивной хирургии и ожоговым. Внедрение в широкую практику бесклеточных биологических матрикс позволяет сократить сроки и стоимость стационарного лечения, радикально улучшить качество восстанавливаемого кожного покрова, сократить период временной нетрудоспособности, в ряде случаев избежать временной или стойкой утраты трудоспособности, уменьшить потребность в повторных корректирующих хирургических вмешательствах.

Возможности применения клеточных композиций с фибробластами кожи в лечении ран

Панов А.В., Шаповалов С.Г., Плешков А.С., Калмыкова Н.В.

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

Введение. До настоящего времени остается весьма актуальным выбор способа лечения ран со сниженным регенераторным потенциалом. К ним можно отнести глубокие дермальные ожоги II степени, длительно незаживающие раны и язвы. Консервативное лечение таких ран занимает продолжительное время, плохо прогнозируется и зачастую имеет ряд осложнений, либо в конечном итоге вынуждает прибегать к аутодермопластике.

Цель – сравнение эффективности применения композиции на основе фибробластов кожи с разными носителями в лечении ран со сниженным регенераторным потенциалом различной локализации.

Материалы и методы. Фибробласты культивировали из биоптатов кожи по стандартной методике на среде ДМЕМ с 10% сывороткой. Для клеток использовали три разных носителя – гель, полученный из полимеризованной аутологичной плазмы крови (52,7%), раневое покрытие на основе биополимера гиалуроновой кислоты (36,8%) и синтетические полиуретановые покрытия (10,5%). Полимеризация плазмы осуществлялась физиологическим способом в присутствии ионов кальция. Данные композиции в нашей клинике применялись у 19 пациентов (100%), из них 12(63,1%) мужчин, 7(36,9%) женщин. Средний возраст составил 54,1±23,7 лет. Тринадцати пациентам выполнялось лечение ожогов. Повреждающими агентами являлись: воздействие горячей воды (42,2%), пламени (36,8%), вспышки дуги Вольта (5,2%); двоим пациентам (10,6%) трансплантация осуществлялась на трофические язвы голени, одному (5,2%)

на острую рану, возникшую вследствие дерматозии гипертрофических рубцов. 68,4% пациентов относились либо к старшей возрастной группе (возраст более 60 лет), либо имели сопутствующую патологию (ангиопатию нижних конечностей, системные заболевания соединительной ткани). Клеточный продукт укладывался на предварительно обработанную нецитотоксичным антисептиком рану с последующим промыванием стерильным физраствором, затем плотно фиксировался стерильной повязкой.

Результаты. Полной эпителизации ран удалось добиться в 84,2% наблюдений. Средний срок наступления эпителизации составил $7,5 \pm 2$ дня с момента применения клеточного продукта и $26,1 \pm 10$ дней с момента травмы. У троих пациентов раны потребовали пластического закрытия расщепленными кожными трансплантатами.

Обсуждение. Клеточный продукт применялся у пациентов с глубокими дермальными ожогами II степени, трофическими язвами голени, на ране после дерматозии рубцов. Побуждением к использованию клеточных композиций являлась неэффективность длительной консервативной терапии ожоговых ран с использованием классических раневых покрытий, антисептиков, мазей. Классическим способом пластического закрытия дефекта в данной ситуации является аутодермопластика. Стоит при этом учитывать длительные сроки эпителизации донорского участка у пожилых пациентов, а также высокий риск неудачи операции. Все виды носителей удобны в работе, обладают хорошей адгезией к ране. Последующие перевязки безболезненны. Значимых отличий в сроках наступления эпителизации в схожих нозологических группах пациентов у разных типов носителей не наблюдали.

Выводы. Клеточные композиции на основе дермальных фибробластов на разных типах носителей являются эффективными и безопасными в лечении ран со сниженным регенераторным потенциалом. Использование данного метода является перспективным в лечении как ограниченных, так и критических ожогов, «сложных» и хронических ран.

Липографтинг – пересадка аутожира: в поисках стандартизации методов

Петросян К.

Кафедра пластической хирургии Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци, Медицинский центр «Наири», Ереван

В современной литературе опубликовано множество статей о методах забора жира, выбора донорской зоны, его хранения и последующей инъекции, в которых процент перманентных результатов колеблется от 5 до 50. М.Т. Рибейро и К.А. Карпанеда (1993) сообщают, что более 50% пересаженных адипоцитов сохраняют свою биологическую активность, окружаясь коллагеновой капсулой и даже за ее пределами на расстоянии $1,5 \pm 0,5$ мм. Есть публикации, свидетельствующие о почти полной резорбции пересаженного аутожира. Несмотря на это, в современной

пластической хирургии преградой для полного принятия аутожира методом выбора является не его конечная перманентность в донорской зоне, а ряд осложнений после инъекции (уплотнение и воспаление аутожира, жировые кисты, образование фиброзной капсулы и т.д.).

В нашей клинике коррекция объема и заполнение различных участков деформации и птоза мягких тканей за период с 2011-2014 г. произведена 72 пациентам. Среди пациентов преобладали женщины 68 (94,4%), средний возраст которых составил 37 ± 5 лет. У 8 (11,1%) пациентов жир был заморожен при температуре -18°C , и через 60 дней после забора материала гистологическое исследование показало сокращение количества адипоцитов от 5 до 15%. Липосакция производилась обычными 10,0 мл шприцами и канюлей диаметром 2,0 мм при местной анестезии 1% раствором лидокаина. Местом забора жира у 56 пациентов была передняя стенка живота; у 16 – боковые области верхней трети бедра (гистологическое исследование жира существенных отличий в связи реципиентной зоной не выявило). Для фракционирования адипоцитов центрифугация материала не производилась, шприцы ославлялись на 10-15 минут в вертикальном положении. Был сохранен принцип вакуумности материала. Объем инъекцированного аутожира колебался от 2,0 до 250,0 мл. У 6 пациентов через 10 дней было замечено уплотнение с последующим воспалением трансплантата, у 2 из которых были жировые кисты. Результаты были оценены по пятибальной шкале через 6 и 12 месяцев после инъекции: 5 – отлично; 4 – хорошо; 3 – удовлетворительно; 2 – плохо (изменения почти незаметны); 1 – нет никаких изменений. Через 6 месяцев общая оценка составила 4,11 из них у 30 (42,2%) пациентов достигнуты отличные, у 28 – хорошие результаты, у 8 – удовлетворительные, у 4 – результаты оценивались как плохие, у 2 – оценка равнялась 1 (без изменений). Через 12 месяцев суммарная оценка была 3,8; у 26 пациентов были достигнуты отличные результаты, у 22 – хорошие, у 12 – удовлетворительные, у 8 – результаты оценивались как плохие, у 4 – без изменений. Больше половины пациентов; 48 из 72 через 12 месяцев были довольны результатами. Таким образом, даже при наличии незначительных неудовлетворительных результатов (12/72), вопрос о выборе методов липографтинга и их совершенствование остается открытым и весьма актуальным.

Некоторые аспекты коррекции функциональных осложнений при риносептопластике

Петросян К.

Кафедра пластической хирургии Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци, Медицинский центр «Наири», Ереван

Одной из наиболее частой причиной функциональных осложнений при нестандартных клинических ситуациях,

возникших вследствие повторной септопластики и риносептопластики, являются травматические, неадекватные манипуляции на костно-хрящевом остове носа, нарушение кровоснабжения мягких тканей, рубцовые изменения слизистой полости носа, образование острого угла между перегородкой носа и верхнелатеральным хрящом после резекции спинки носа, что приводит к нарушению функции внутреннего, наружного носового клапана, ослаблению перегородки носа и, как следствие, нарушению носового дыхания. За 6-летний период (2010-2016гг.), для лечения и коррекции ближайших и отдаленных функциональных осложнений при нестандартных клинических ситуациях нами реоперировано 71 пациент (17,4%). Женщины (79%), средний возраст которых составил 37 ± 5 лет, среди них преобладали. Всем пациентам для восстановления полноценного носового дыхания применен индивидуальный, комплексный подход с использованием хрящевых (ушного, реберного), костных, фасциальных аутотрансплантатов для коррекции перегородки носа, армирования структур и восстановления функций наружных и внутренних носовых клапанов, турбинопластика, латеропозиция нижних носовых раковин, устранение синехий и коррекция деформаций наружного носа, позволяющих восстановить архитектуру и адекватную аэродинамику полости носа. У 35 (49%) пациентов получены отличные и хорошие функциональные результаты, у 24 (34%) – достигнуто уменьшение степени деформаций носовой перегородки и размеров перфораций перегородки носа, армирование и улучшение структур наружных и внутренних клапанов по поводу которых реоперированы, а результаты расценены как удовлетворительные. У 12 (17%) пациентов положительной динамики не наблюдалось.

Особенности восприятия собственной внешности у клиенток пластического хирурга

Плаксин С.А., Храмова Н.И.

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера, Пермь

Введение. Внешность человека служит отражением его жизненных сил, успешности, состоятельности. Она играет особенно заметную роль в жизни клиентов пластического хирурга, зачастую определяя ее качество.

Идея. По некоторым данным, основной причиной обращения женщин к пластическому хирургу служит неудовлетворенность собственной внешностью. Однако по результатам пилотных исследований среди клиентов пластического хирурга установлено, что абсолютное большинство из них высоко оценивают свою внешность, и влияние ее на различные аспекты качества жизни также определяют как однозначно положительное.

Цель. Уточнить вектор влияния восприятия собственной внешности на личностное функционирование у практи-

чески здоровых женщин, выбравших хирургический способ коррекции своей внешности.

Материалы и методы. Проанализирован характер восприятия образа тела у 292 практически здоровых женщин перед проведением эстетической операции с помощью русскоязычной версии опросника BIQLI. Средний возраст женщин составил $35,7 \pm 7,2$ лет, индекс массы тела – $25,0 \pm 3,7$ кг/м².

Результаты. Средний балл опросника BIQLI составил $1,45 \pm 0,88$. Положительный образ тела выявлен у 269 (92,1%) женщин. У 6 (2,0%) женщин средний балл опросника составил 0 баллов, что говорит об отсутствии влияния внешности на качество жизни. У остальных 17 (5,8%) женщин вектор восприятия собственной внешности оказался отрицательным. Негативный характер восприятия собственной внешности субъективно отрицательно сказывается на различных повседневных ситуациях. Оказалось, что максимально положительное влияние у клиенток пластического хирурга внешность имеет в отношениях с лицами противоположного пола – $1,7 \pm 1,3$ балла, на чувство собственного достоинства и самоуважения ($1,7 \pm 1,2$ балла), состоятельность как женщины, женственность ($1,7 \pm 1,5$ балла), а также на ежедневный уход за собой ($1,6 \pm 1,2$ балла). Максимальную тесноту связи с итоговым уровнем качества жизни продемонстрировал вопрос о влиянии внешности на то, насколько отвечающая счастлива в повседневной жизни ($R=0,71$; $p=0,001$). Сильной была также зависимость итогового показателя от следующих вопросов: влияние внешности на удовлетворенность жизнью ($R=0,69$; $p=0,01$), влияние внешности на состоятельность как сексуального партнера ($R=0,68$; $p=0,01$), на настроение каждый день ($R=0,67$; $p=0,01$), на чувство достоинства и самоуважения ($R=0,67$; $p=0,01$), на удовлетворенность сексуальной жизнью ($R=0,67$; $p=0,02$). Остальные показатели социального и психологического функционирования продемонстрировали чуть меньшее, хотя тоже статистически значимое влияние на итоговый уровень качества жизни, определяемого отношением к собственной внешности по опроснику BIQLI. Максимально отрицательное влияние внешность оказала на способность контролировать количество и качество потребляемой пищи и возможность контролировать свой вес – $1,1 \pm 1,5$ и $1,1 \pm 1,5$ баллов соответственно. При этом отмечено, что неудовлетворенность собственной внешностью возрастает при увеличении индекса массы тела: состоятельность как женщины, женственность ($R=-0,47$; $p=0,03$); при встрече новых людей ($R=-0,46$; $p=0,04$); настроение каждый день ($R=-0,60$; $p=0,006$); состоятельность как сексуального партнера ($R=-0,63$; $p=0,002$); удовлетворенность сексуальной жизнью ($R=-0,56$; $p=0,009$); желание сделать то, что может привлечь внимание к внешности ($R=-0,47$; $p=0,03$). То есть чем выше индекс массы тела, тем более отрицательный эффект своей внешности отмечали респонденты на каждый из приведенных вопросов.

Обсуждение. У большинства женщин, обратившихся к пластическому хирургу, восприятие собственной внеш-

ности и влияние внешности на различные аспекты личностного функционирования были положительными. Однако у части из них обнаружен отрицательный вектор образа тела, в большинстве случаев имеющий статистически значимую зависимость от индекса массы тела. Этой группе женщин можно посоветовать снизить массу тела, а также изменить свою внешность, чтобы она начала влиять на социальное и психологическое функционирование положительно, либо изменить свое отношение к собственной внешности, «снизить планку».

Применение хирургических методов для лечения пролежней покровных тканей

Плешков А.С., Шаповалов С.Г., Панов А.В., Сухопарова Е.П.

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

Введение. Актуальность пролежней, как междисциплинарной медицинской проблемы, основывается на их значительной распространенности. В связи с прогрессом медицинских технологий, увеличением выживаемости пациентов, в частности после травм и заболеваний ЦНС, неизбежно увеличивается количество больных, прикованных к постели или инвалидному креслу, которые автоматически оказываются в группе риска образования пролежней. Пролежни существенно влияют на летальность и продолжительность госпитализации. перевязки пролежневых язв требуют значительных финансовых и трудовых затрат.

Цель: улучшить результаты лечения пациентов с глубокими пролежнями.

Метод. Единственным радикальным способом лечения глубоких пролежней является операция. В 2013-16 годах в ожоговом отделении нашей клиники по поводу пролежней III-IV степени у 26 пациентов выполнена 31 реконструктивная операция. Среди них 21 мужчина и 5 женщин. Средний возраст составил 40 ± 14 лет. У 23 пациентов (88%) имелись тяжёлые нарушения нервной трофики в виде заболеваний и повреждений спинного и головного мозга. По локализации: в 16 случаях (51%) язва располагалась в области крестца, в 8 случаях (26%) – в области седалищных бугров, в 7 случаях (23%) – в области большого вертела бедренной кости. Непременным условием для проведения успешной операции являются стабильное состояние пациента и нормализация его статуса питания. Первым этапом операции во всех случаях было радикальное иссечение всех некротизированных и рубцовых тканей, составляющих стенки язвы, единым блоком. При пролежнях IV степени выполнялась дозированная остеотомия. Для устранения образовавшихся дефектов покровных тканей чаще всего прибегали к пластике несвободными кожно-мышеч-

ными лоскутами (21 операция) и кожно-фасциальными лоскутами (8 операций). В одном случае применялась пластика местными тканями. В одном наблюдении выполнялась пластика расщеплённым аутодермотрансплантатом.

Результаты. В результате проведённого оперативного лечения устранены пролежни у 25 пациентов (96%). В одном наблюдении (4%) был отмечен полный некроз кожно-фасциального заднего лоскута бедра, что потребовало повторной операции: пластики пролежня в области седалищного бугра альтернативным кожно-мышечным лоскутом на основе напрягателя широкой фасции. В 2 случаях (6%) наблюдался значимый парциальный некроз (более 30% поверхности) заднего лоскута бедра. У этих пациентов полное заживление дефектов было достигнуто вторичным натяжением. Гематомы и серомы отмечались после 10 операций (32%) и не повлияли на исход вмешательства. При этом полным регрессом закончилась попытка аутодермопластики пролежня крестцовой области.

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 10% в наших наблюдениях) всегда возможно устранение дефекта любой локализации с помощью альтернативных лоскутов, что позволило добиться стойких результатов излечения в 96% случаев. Также наши наблюдения подтверждают положение о низкой эффективности аутодермопластики в лечении пролежней.

Обоснование и юридические нормы применения кадаверной аллокожи в лечении пострадавших с глубокими ожогами в Российской Федерации

Плешков А.С., Шаповалов С.Г., Панов А.В.

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

Наиболее сложную категорию пациентов ожогового центра составляют пострадавшие с глубокими ожогами более 20% поверхности тела. Летальность среди них по данным статистики в РФ превышает 60%. Тяжёлой проблемой при этом является временное замещение кожного покрова. Несмотря на широкое применение имеющихся ксеногенных (животного происхождения) и синтетических временных раневых покрытий, глубокие ожоги свыше 40-50% поверхности тела практически определяют летальный исход. Относительно доступным и высокоэффективным ресурсом для пре-

одоления этого ограничения, могло бы быть широкое применение донорской (трупной) кожи. В США и многих странах Европы использование донорской кожи является «золотым стандартом» временных раневых покрытий. Несмотря на широкое применение трупной кожи в СССР (приказы МЗ СССР №2 от 2 января 1962г., и №482 от 14 июня 1972г.), в настоящий момент, в РФ этот ценный лечебный ресурс практически не используется. Из стран СНГ в настоящий момент трупная кожа широко используется только в Республике Беларусь. Пересадка органов и тканей – одна из немногих отраслей медицины, юридическому регламенту которой посвящен отдельный законодательный акт: Закон РФ от 22 декабря 1992 года № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека». Принципиальными положениями этого закона являются запрет на продажу органов и тканей, а также «презумпция согласия». Статья 4 Закона РФ «О трансплантации...» определяет возможность осуществления забора, обработки и пересадки донорских органов и тканей исключительно в государственных учреждениях здравоохранения, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения РФ совместно с Российской академией медицинских наук (в настоящий момент действует Приказ МЗ РФ и РАМН от 25 мая 2007 года № 357/40). Также закон регламентирует обязательное ведение учета донорских органов и тканей. Особая роль в регламентации трансплантации органов и тканей принадлежит положениям главы 8 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В частности, в статье 66 речь идет об определении момента смерти человека. Статья 47 «Основ» определяет общие принципы изъятия органов и (или) тканей человека для трансплантации: «Не допускается принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации». Ответственность за нарушение указанной нормы предусмотрена статьей 120 Уголовного кодекса РФ. Имеющаяся регламентация имеет ряд неразработанных сторон, отрицательно влияющих на развитие трансплантологии. К ним относятся: -нерациональность объединения понятий трансплантации органов и тканей; -не создан федеральный реестр донорских тканей и органов; -отсутствует положение о Банках тканей как специализированных подразделениях, занимающихся забором и обработкой донорских тканей; -существующие законодательные акты не обязывают судебно-медицинских экспертов и патологоанатомов оказывать трансплантологам более или менее действенную помощь. В соответствующих приказах о подобных мероприятиях сказано лишь вскользь. Использование донорских (трупных) тканей не противоречит действующему законодательству, когда смерть донора достоверно констатирована квалифицированными специалистами, когда с полной точностью установлена причина смерти и четко определены показания для трансплантации тканей ожидающим их реципиентам.

Варианты реконструкции глотки и пищевода с использованием микрохирургических висцеральных аутотрансплантатов в онкологической практике

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

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

Введение. При локализованных формах рака гортани и гортаноглотки лучевая терапия и органосохраняющая хирургия являются основными методами лечения. Данные виды лечения имеют бесспорное преимущество, позволяя сохранить структуру и функции органов. Однако более 65% пациентов начинают специальное противоопухолевое лечение при местно-распространенных стадиях заболевания. Проведение неоадьювантной химиотерапии или химиолучевой терапии при T3-T4 в 55-77% случаев позволяет добиться полной резорбции опухоли, в тоже время у одной трети из этих больных в течение первого года выявляется локальный рецидив. Лечение пациентов с местно-распространенными и рецидивными опухолями возможно только хирургическим путем, когда операцией выбора остается лишь циркулярная резекция гортаноглотки с ларингэктомией и формированием стом на шее. При необходимости операция дополняется экстирпацией пищевода. Сложность и стойкость нарушенных функций дыхания, речи, глотания, сопровождающихся длительной и, нередко, стойкой утратой трудоспособности, ставят проблему реабилитации и качества жизни больных в ряд важнейших медико-социальных задач. Только выполнение сложных реконструктивно-пластических операций на этапе хирургического лечения, позволяет значительно сократить сроки и улучшить качество реабилитации пациентов, а также, снизить уровень инвалидизации оперированных больных.

Материалы и методы: в клинике за период с 1995 по 2017 г. накоплен опыт микрохирургической реконструкции глотки и пищевода фрагментами желудочно-кишечного тракта у 120 пациентов со злокачественными опухолями в возрасте от 15 до 71 лет. У 70% больных установлена III-IV стадия заболевания, а у 30% рецидив опухоли. Микрохирургическую фарингопластику у 103 больных выполняли с использованием следующих висцеральных аутотрансплантатов: желудочно-сальниковый лоскут – 46, толстокишечно-сальниковый лоскут – 30, тонкокишечный лоскут – 18, лоскут из фрагмента сигмовидной кишки – 1, лоскут из фартука большого сальника – 6, толстокишечно-подвздошный лоскут – 2. У 19 больных после фарингопластики была восстановлена и голосовая функ-

и удовлетворительные косметический эффект, а это значимо для центральной зоны лица. При недостатке местных тканей, ввиду обширных послеоперационных дефектов при распространенных процессах в отдельных случаях требуется применение метода тканевой дермотензии, использование кожно-мышечных лоскутов на сосудистой ножке (включая большую грудную мышцу) и микрохирургическая реконструкция в сочетании с местными тканями.

Мультидисциплинарный подход в реабилитации пациентов с опухольми средней зоны лица

**Поляков А.П., Харазян А.Э., Назарян Д.Н.,
Епифанов С.А., Решетов И.В., Ратушный М.В.,
Маторин О.В., Ребрикова И.В., Филюшин М.М.,
Лебедь З.С., Сугаипов А.Л., Никифорович П.А.**

*Московский научно-исследовательский
онкологический институт им. П.А. Герцена –
филиал Федерального медицинского
исследовательского радиологического центра;
Кафедра онкологии и пластической хирургии
Института повышения квалификации ФМБА
РФ; Научно-клинический и образовательный
центр, Москва*

Цель: улучшение функциональной и социальной реабилитации пациентов после радикального удаления злокачественных опухолей средней зоны лица.

Материалы и методы: с 1992 по 2017г. проведено лечение 214 пациентов с опухольми челюстно-лицевой области. Первичные опухоли были у 33% пациентов, рецидивные опухоли у – 56,2%. III и IV стадия опухолевого процесса установлена в 70%. Краниофациальные дефекты наблюдались у 14% пациентов, сочетанные дефекты верхней и нижней челюсти – в 15% наблюдений. Использовано 190 костных аутоотрансплантатов: 8 лучевых, 20 подвздошных, 33 малоберцовых, 124 реберно-мышечных, 2 лопаточных, 3 реберно-лопаточных. У 29 пациентов выполнена комплексная микрохирургическая реконструкция с использованием дополнительного висцерального или кожно-мышечного лоскута. Реконструкции выполнялись одномоментно в 62% наблюдений и в отсроченном порядке в 38%. В качестве комплексной реабилитации выполнялось отсроченное эндопротезирование ВНЧС у 8 пациентов для ликвидации анкилозов ВНЧС и различные варианты челюстно-лицевой ортопедической реабилитации, эндопротезирования и эпитезирования средней зоны лица у 40 пациентов.

Результаты: общая частота некрозов костных аутоотрансплантатов составила 5,7%. Функционально реабилитированы 83% больных в общей группе больных. Разработан алгоритм выбора костного реваскуляризованного аутоотрансплантата в зависимости от варианта дефекта лицевого скелета. Имплантация и зубное протезирование выполнено в 16% наблюдений.

Выводы: мультидисциплинарный подход и комбинации методов микрохирургии, стоматологической ортопедии и экзопротезирования позволяет полноценно реализовывать задачи комплексной социальной и функциональной реабилитации пациентов с дефектами средней зоны лица. Размер, локализация, функциональная значимость, а так же объем дефекта мягких тканей и наличие дефекта основания черепа являются основными критериями для выбора варианта костного аутоотрансплантата при реконструкции лицевого скелета у онкологических больных.

Роль модифицированной конъюнктивомюллерэктомии в хирургическом лечении блефароптоза

**Потемкин В.В., Марченко О.А., Малахова Ю.И.,
Агеева Е.В.**

Городская многопрофильная больница №2, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение. Блефароптоз – опущение края верхнего века, которое приводит к сужению поля зрения, косметическому дефекту и, как следствие, – снижению качества жизни. По степени выраженности птоз бывает частичным (1-2 мм), неполным (3-4 мм) или полным (>4 мм). Выбор методики хирургической коррекции блефароптоза зависит от его степени и функции апоневроза леватора верхнего века. При частичном птозе с нормальной функцией леватора выполняют конъюнктивальную мюллерэктомии, операцию Fassanella-Servat (конъюнктивотарзомюллерэктомия) или модифицированную мюллерэктомии («открытое небо»). При неполном птозе и функции леватора от 5 до 15 мм – резекция/дубликатура апоневроза леватора. При полном птозе с плохой функцией леватора (менее 4 мм) – подвешивание верхнего века к лобной мышце различными материалами (силиконовыми нитями, широкой фасцией бедра).

Цель: проанализировать эффективность и косметический эффект модифицированной конъюнктивомюллерэктомии. Материалы и методы. За период с января по июнь 2017 г. в условиях офтальмологического отделения №5 ГМПБ №2 г. Санкт-Петербург были обследованы и прооперированы 34 пациента (56 глаз) в возрасте от 20 до 80 лет (средний возраст – 60,3 года) с одно- или двусторонним птозом верхнего века. Из них мужчин – 15 (44,1%), женщин – 19 (55,9%). Врожденный птоз был диагностирован у 7 (20,6%) пациентов, приобретенный – у 27 (79,4%) пациентов. Степень птоза варьировалась от 1 до 7 мм (среднее значение 3,5 мм). MRD1 правого глаза изменялось от -2 до 5 мм (1,6 мм в среднем), MRD1 слева – от -3 до 4 мм (в среднем 1,2 мм). MRD2 справа составило от 1,5 до 7 мм (в среднем 4,5 мм), MRD2 слева – от 2 до 5,5 мм (в среднем – 4,2 мм). Перед выбором методики оперативного лечения всем пациентам выполнялся фенилэфриновый тест,

а также оценивалась функция леватора верхнего века. Нормальная функция была выявлена у 18 глаз (32,1%), хорошая – у 20 глаз (35,7%), удовлетворительная – у 10 глаз (17,9%), плохая – у 8 глаз (14,3%). Положительный фенилэфриновый тест – 9 пациентов (26,5%), слабopоложительный – 11 пациентов (32,3%), отрицательный – 14 пациентов (41,2%). Применялись следующие методики операций: мюллерэктомия в модификации «open sky» – у 11 пациентов (17 глаз) (32,4%), Фассанелла-Серва – у 8 пациентов (11 глаз) (23,6%), резекция апоневроза леватора – у 12 пациентов (23 глаза) (35,2%), подвешивание верхнего века силиконовыми нитями к лобной мышце – у 3 пациентов (5 глаз) (8,8%). Степень резекции тканей составила от 7 до 20 мм (в среднем 12,2 мм). Осмотр пациентов в послеоперационном периоде проводился на следующий день, через неделю и через месяц.

Результаты. Через неделю после операции степень остаточного птоза составила в среднем 1,2 мм. Степень птоза 0 мм была у 35,7% пациентов (20 глаз), степень птоза 1 мм – у 25% пациентов (14 глаз), степень птоза 1,5 мм – у 3,6% (2 глаза), степень птоза 2 мм – 11 глаз (19,6%), степень птоза 3 мм – 8 глаз (14,3%), степень птоза 4 мм – у 1,9% пациентов (1 глаз). Степень птоза более 1 мм была связана с низкой функцией леватора и потребовала в дальнейшем операции подвешивающего типа. В качестве критерия достижения косметического эффекта оценивалась равномерность контура верхнего века. При модифицированной методике конъюнктивомюллерэктомии ровный контур наблюдался у 82,4% пациентов (14 глаз), неровный контур – у 17,6% (3 глаза). При выполнении операции Фассанелла-Серва ровный контур верхнего века наблюдался у 90,9% пациентов (10 глаз), неровный контур – у 9,1% пациентов (1 глаз). При резекции апоневроза леватора ровный контур века был у 43,5% пациентов (10 глаз), неровный контур – у 56,5% пациентов (13 глаз). При подвешивании верхнего века к лобной мышце во всех случаях выявлен неровный контур верхнего века – 100% (5 глаз). Последнее можно объяснить сопутствующей миастенией у этих пациентов.

Вывод. Конъюнктивомюллерэктомия в модификации «open sky» и операция Фассанелла-Серва являются наиболее простыми в выполнении и наиболее предсказуемыми в плане косметического эффекта, что подтверждается результатами нашей работы и соотносится с данными литературы.

Аугментационная мастопексия: удовлетворены ли мы отдаленными результатами?

Пржедецкая В.Ю., Пржедецкий Ю.В.
*Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт, Ростов-на-Дону*

Введение. Опушение молочной железы (мастоптоз) и его причины – растяжение кожи и связок во время лактации,

постлактационная и возрастная инволюция молочных желез доставляют немало огорчений женщинам. Наиболее распространенным и эффективным способом борьбы с этим состоянием по праву считается аугментационная мастопексия. Однако, хороший эстетический результат непосредственно после операции вовсе не означает его сохранение в отдаленном периоде.

Цель – изучить отдаленные эстетические результаты аугментационной мастопексии по поводу выраженного мастоптоза.

Материал и методы. Изучено 263 случая аугментационной мастопексии за 2000-2017 г. с использованием текстурированных имплантатов. Степень мастоптоза колебалась от II до IV. Раскрой кожи – циркумвертикальный, либо инвертированное Т. У 172 пациенток имплантаты располагались ретропекторально, у 91 – ретромаммарно. Доступ для формирования полости у 107 женщин субмаммарный, у 154 – вертикальный, по границе нижних квадрантов. В 26 наблюдениях применяли оригинальный способ мастопексии – glandулярные лоскуты сшивали внахлест с образованием дубликатуры, в 12 случаях также использовали собственную методику внутреннего гамака из аутокориума, у 52 пациенток иссекали избытки паренхимы железы с целью ее натяжения над имплантатом, у 17 – способ дермальной суспензии по J.P.Rubin. В 156 наблюдениях использовали пликацию ткани молочной железы над имплантатом П-образными швами. Ацеллюлярные дермальные матрицы и синтетические изделия не использовали. Результаты оценивали через 1, 3, 6 и 24 месяца.

Результаты. В ранние сроки (1-3 месяца) форма молочных желез претерпевала положительные изменения в сторону естественной конфигурации и удовлетворяла как врача, так и пациента. У 82 (31% от общего числа) женщин через 6 месяцев мы отметили первые признаки несостоятельности используемых приемов мастопексии в виде «водопада» (41 (50%)), glandулярного птоза (7 (9%)) или «мяча в носке» (34 (41%)). 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, в тоже время наращиваем объем и массу наполнителя. Сочетание увеличения груди и мастопексии в одномоментном варианте увеличивает шансы неполучения хорошего эстетического результата, чем мастопексия, осуществленная изолированно. Причем чем больше масса и/или проекция имплантата, объем мягких тканей и степень мастоптоза, тем больше вероятность послеоперационной деформации и скорость ее реализации. Отдельным вопросом стоит функциональная принадлежность ткани молочной железы при данном вмешательстве – это часть покрытия или наполнителя? Мы склонны считать растянутую паренхиму железы частью покрытия, которая вместе с кожей претерпевает нежелательные трансформации в виде скольжения вниз по имплантату

(«водопад», либо glandулярный птоз) или провисания вместе с имплантатом («мяч в носке»). Причем малые размеры имплантов или субмускулярное их расположение сочетались с первым типом деформации, а большие или расположенные ретромаммарно – со вторым. Для реалистичного восприятия отдаленных результатов 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 в условиях увеличенной проекции молочной железы? Все, что мы можем гарантировать пациентам, это стойкое увеличение проекции молочной железы за счет проекционных возможностей имплантата.

Выводы. Различные методики аугментационной мастопексии, в том числе с поддержкой васкуляризованными и не васкуляризованными аутоканями не позволили получить отдаленные эстетические результаты, идентичные ранним. Степень и скорость нежелательной послеоперационной деформации молочных желез зависит от прочности тканей молочной железы и массы имплантата. Усложненные операции с дополнительной поддержкой оказывали незначительное влияние на конечный результат, лишь несколько замедляя его наступление. На современном этапе развития науки невозможно улучшить прочностные характеристики тканей молочной железы, следовательно, любые методики рассматриваемого хирургического подхода имеют весьма ограниченную эффективность в отдаленном периоде, а конечный эстетический результат в большей мере зависит от качества тканей пациентки, нежели от хирургической техники.

Государственно-частное партнерство как механизм развития маркетинга реконструктивной хирургии в современной России

Пржедецкая Н.В., Борзенко К.В.

Ростовский государственный экономический университет (РИНХ), Ростов-на-Дону

Введение. Реконструктивная хирургия сегодня представляет собой одну из наиболее современных и востребованных областей медицины. Высокая степень охвата хирургических специальностей и дифференциации решаемых с ее помощью проблем обуславливает весьма ограниченные возможности в области стандартизации процедур, выполняемых в рамках данной хирургической специальности. Необходимость применения индивидуального подхода к каждому пациенту в сочетании с высоким спросом определяют сегодня необходимость развития маркетинга в сфере реконструктивной хирургии. Цель исследования: определить пути повышения эффективности государственно-частного партнерства (ГЧП) в реконструктивной хирургии. В настоящее время, как и в медицинской сфере в целом, в сегменте реконструктив-

ной хирургии маркетинговые отношения находятся в процессе формирования. Их наиболее активными участниками являются частные медицинские организации. Находясь под влиянием конкуренции, они проявляют высокую гибкость в отношении предлагаемого ассортимента медицинских услуг, адаптируют к рыночной ситуации ценовую политику, максимизируют ассортимент и качество оказываемых медицинских услуг благодаря использованию новейшего оборудования и технологий, а также управлению отношениями с пациентами. Тем не менее их доля на современном российском рынке реконструктивной хирургии ограничена, а ее основу составляют государственные учреждения здравоохранения, не проявляющие высокой гибкости, основывающие свою деятельность на существующих стандартах, и практически не имеющие возможности оперативно управлять ценой и качеством своих услуг. Попытки органов исполнительной власти в сфере здравоохранения искусственно вовлечь государственные и частные учреждения здравоохранения в маркетинговые отношения, посредством ужесточения требований, введения стандартов клиентоориентированности и т.д. не приводят к ожидаемым результатам. Высокая коммерциализация отрасли сегодня также не способствует развитию маркетинговых отношений государственных и частных учреждений.

Обсуждение. Для решения обозначенной проблемы в интересах развития маркетинга в сфере реконструктивной хирургии в современной России возможно применение механизма государственно-частного партнерства. Преимуществом данного механизма является создание естественных стимулов к вовлечению государственных учреждений здравоохранения в маркетинговые отношения, посредством установления их сотрудничества с частными медицинскими организациями. Это позволит достичь следующих результатов: -ускоренная модернизация технологий и оборудования государственных учреждений здравоохранения (благодаря притоку частных инвестиций), позволяющая получать высококачественные (в аспекте результативности) медицинские услуги в области реконструктивной хирургии всем гражданам России; -запуск программ управления лояльностью клиентов государственных учреждений здравоохранения и применение индивидуального подхода к каждому пациенту, позволяющее гарантировать высокое качество (в аспекте востребованности и оптимальности) медицинских услуг в области реконструктивной хирургии всем гражданам России; -приближение медицинской помощи в вышеуказанной сфере к населению за счет появления структурных подразделений реконструктивной хирургии в государственных медучреждениях в рамках ГЧП; -рост конкуренции в сфере реконструктивной хирургии, инициирующий процесс постоянного развития участников маркетинговых отношений в данной сфере, сопровождающийся снижением цен, ростом качества медпомощи и медицинских услуг, а также внедрением инновационных технологий и продуктов.

Выводы. Применение механизма ГЧП обладает значительными перспективами в отношении развития марке-

тинга в сфере реконструктивной хирургии в современной России. Предлагаемые выгодные условия для частного бизнеса (доступ к государственной инфраструктуре и государственным гарантиям и т.д.) и государства (снижение инвестиционной нагрузки на бюджет, улучшение гибкости управления и т.д.) данный механизм является не только теоретически оправданным, но и практически реализуемым в современной России. Важнейшим условием для этого является формирование соответствующего институционального обеспечения, что является перспективным направлением для проведения дальнейших исследований в данной научной области.

Оценка эстетико-функциональных результатов реконструктивной маммопластики

**Пржедецкий Ю.В., Борлаков А.В.,
Пржедецкая В.Ю.**

*Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт, Ростов-на-Дону*

Введение. Наиболее простым и эстетически приемлемым способом реконструкции молочных желез после кожно-сохраняющей мастэктомии считается использование силиконового импланта в качестве наполнителя. Однако физические свойства силиконового имплантата наряду с контракцией капсулы существенно меняют тактильные характеристики реконструированной молочной железы. Цель: эстетико-функциональная оценка результатов реконструктивной ауто- и алломаммопластики.

Материал и методы. Проведено сравнительное исследование эстетико-функциональных показателей пациенток, оперированных в период с 2014 по 2017 г. Основную группу составили 18 больных раком молочной железы, которым выполнена кожно-сохраняющая мастэктомия с реконструкцией органа предварительно подготовленным при помощи липофиллинга торакодорзальным лоскутом. В контрольную группу вошли 67 сопоставимых пациенток, подвергнутым кожно-сохраняющей мастэктомии с одномоментной реконструкцией силиконовым имплантатом. Оценка визуальных эстетических показателей проводили при помощи программного обеспечения VCCCT.core 3.0. Сравнение проводили при различных положениях тела: стоя, при наклоне вперед и в положении лежа на спине. Консистенцию (эластичность, упругость) желез изучали при помощи соноэластографии сдвиговой волны на ультразвуковом томографе Supersonic imagine AIXPLORER multi Wave.

Результаты. В положении стоя оба метода показали себя с наилучшей стороны, число отличных результатов было примерно одинаковым (66,7% – основная группа; 69,4% – контрольная), тогда как в положении лежа и при наклоне вперед отмечено преобладание результатов аутомаммопластики (в положении лежа – 66,7% против 16,7%; при наклоне вперед – 72,2% против 27,8% соответственно).

Использование ультразвуковой эластографии сдвиговой волны (СЭГ) позволило объективно оценить тактильную составляющую оперированной и здоровой молочных желез. Оценка проводилась пациенткам основной группы в сроки более 1 года после операции. Учитывая неоднородность распределения различных тканей, как в реконструированной, так и в здоровой молочной железе, и относительно узкий диапазон показателей СЭГ, сравнение проводили между аналогичными участками здоровой и реконструированной молочных желез. В результате отмечалась тенденция к большей мягкости оперированной железы (средние значения: $10,28 \pm 0,62$ кПа – реконструированная железа против $12,4 \pm 0,59$ – здоровая). Однако показатели СЭГ в ряде случаев значительно различались даже в пределах одной железы, что не позволило считать упругость всей железы однородной.

Обсуждение. Помимо визуальной составляющей конечных эстетических результатов реконструктивной маммопластики, важнейшим аспектом является функция движения и тактильная идентичность здоровой и реконструированной желез. Мы связываем эти результаты с формированием (путем липофиллинга широчайшей мышцы спины) уникального тканевого комплекса, обладающего высоким уровнем пластичности и конформности. Силиконовый имплантат с неизменными физическими характеристиками формирует вокруг себя кожно-жировую чехол, тогда как податливый модифицированный торакодорзальный лоскут адаптируется под изначальную форму кожно-жирового чехла. Капсулярная контрактура, являющаяся нередким спутником аллопластических операций, существенно снижала эстетико-функциональные результаты.

Вывод. Аутопластические способы реконструкции с использованием предварительно подготовленного путем липофиллинга торакодорзального лоскута позволили достичь высоких конечных эстетико-функциональных результатов, которые превосходили аналогичные показатели алломаммопластики.

Сравнительный анализ использования различных видов трансплантатов при ринопластике

Пухов А.Г., Татунов М.А., Леонтьева О.С.

*Отделение реконструктивной и пластической
хирургии ГМЛПУЗ «Челябинская областная
клиническая больница», Челябинск*

Цель и задачи работы – проанализировать результаты выполненных ринопластик, возможности использования различных трансплантатов для устранения дефицита объема тканей носа и формирования каркаса, показать их достоинства и недостатки. В ринопластической хирургии до сих пор продолжается поиск методик, которые приводят к надежному, предсказуемому отдаленному результату. Поэтому для получения более предсказуемого

результата в большинстве случаев используется открытый доступ для выполнения ринопластики – 93% пациентов и в 7% случаев выполнялся эндоназальный доступ. С 2000 г. в отделении реконструктивной и пластической хирургии выполнено 1550 оперативных вмешательств по поводу пластики носа, как эстетической, так и функциональной. При выполнении первичной эстетической ринопластики в 75% случаев была необходимость проведения и функциональной коррекции носа (пластика перегородки носа 85%, резекция носовых раковин 14%, закрытие перфораций перегородки носа 1%). В случаях посттравматических ринопластик функциональная коррекция проводилась в 95% случаев. У пациентов с послеоперационными деформациями носа оперативное вмешательство в 73% случаев выполнялось только с эстетической целью. Для восстановления различных деформаций носа используются разные методы и материалы. В 1% случаев с незначительными послеоперационными деформациями использовались препараты гиалуроновой кислоты. Данная методика использовалась в основном после проведенных вторичных или третичных ринопластик, когда имелись незначительные эстетические изъяны. Показала хорошие отдаленные результаты. В 2% случаев с послеоперационными и посттравматическими дефектами для восполнения дефицита тканей и подготовке к последующей ринопластике выполнялся липофилинг. Введение собственной жировой ткани в основном использовалось пациентам с сильными посттравматическими изменениями носа, для подготовки операционного поля. Как самостоятельный метод исправления дефектов носа, липофилинг использовался в 5 случаях, но не дал устойчивого послеоперационного результата в отсроченном периоде, в виду лизиса инъецированной ткани. В 7% случаев для восполнения дефицита тканей и восстановления каркаса носа применялись искусственные трансплантаты (силикон, rorex) и хрящевой аллотрансплантат. В 90% случаев в данных операциях интраоперационно использовался хрящевой аутоотрансплантат. Использование силиконового трансплантата в основном применялось у пациентов с сильной посттравматической и послеоперационной деформацией носа, при отсутствии собственного хрящевого каркаса. Из данного материала формировалась как спинка носа, так и латеральная и медиальная ножка крыльчатых хрящей. В раннем послеоперационном периоде мы получали хороший эстетический и функциональный результат. В отсроченном периоде – от одного года до трех лет, в 95% случаев наблюдалось пролабирование трансплантата через слизистую оболочку носа. Трансплантаты фирмы Roxex использовался у двух пациентов с посттравматической деформацией спинки носа. Мы отмечали хороший результат, как в раннем, так и позднем послеоперационном периоде. Аллотрансплантат использовался в случаях сильных посттравматических и послеоперационных дефектов носа. Как для восстановления спинки носа, так и для формирования медиальных и латеральных ножек, каркаса носа. При

использовании данной методики отмечается хороший эстетический и функциональный результат, как в раннем, так и позднем послеоперационном периоде. Не отмечено ни одного случая пролабирования трансплантата. При незначительных деформациях спинки носа или для восстановления хрящевого каркаса кончика носа в большинстве случаев используется собственная хрящевая ткань. Забор аутоотрансплантата в основном производится из перегородки носа и или ушных раковин. При выполнении эстетической первичной ринопластики не было случаев использования искусственных трансплантатов или хрящевого аллотрансплантата, во всех случаях проблему удавалось решить хрящевым аутоотрансплантатом, забор данного трансплантата усложняет и удлиняет время оперативного вмешательства, не было отмечено случаев отторжения трансплантата в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Выводы: 1. Ринопластика, выполненная открытым доступом, приводит к более надежному и ожидаемому результату. 2. Для восполнения дефицита объема тканей, предпочтительней использовать хрящевой трансплантат.

Отсроченная реконструкция молочной железы с использованием тканевого экспандера

Рассказова Е.А., Зикиряходжаев А.Д.

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

Цель исследования: реабилитация больных раком молочной железы (РМЖ) с помощью отсроченной реконструкции молочной железы.

Материалы и методы: в исследовании включено 27 пациенток с диагнозом рак молочной железы (РМЖ), которым в МНИОИ им.П.А.Герцена выполнена отсроченная реконструкция молочной железы в 2 этапа: 1 – установка экспандера, 2 этап – замена экспандера на имплант. Медиана возраста пациенток составила 46,2±9,8 лет. Всем пациенткам была выполнена радикальная мастэктомия в плане комбинированного или комплексного лечения РМЖ. Начальные стадии РМЖ (I-IIA) – у 18 (66,6%), местно-распространенные стадии – у 9 (33,4%) пациенток. Перед отсроченной реконструкцией все пациентки обследованы, данных за местный рецидив и отдаленное метастазирование не выявлено. Время до отсроченной реконструкции после лечения РМЖ составило от 2 до 5 лет. На 1 этапе отсроченной реконструкции выполнен первый этап реконструкции, установлен экспандер, средний объем экспандера составил 480 см³. Осложнений не было выявлено. У 3 пациенток перед первым этапом реконструкции проведен сеанс липофилинга, с целью коррекции объема подкожно-жировой клетчатки передней грудной стенки. После достижения максимальной дермотензии грудной стенки выполнен второй этап отсроченной реконструкции – замена экспандера на имплант.

Средний объем импланта – 450 см³.

Результаты: для достижения симметрии с контрлатеральной молочной железой в 7 случаях выполнена аугментация, в 6 – редукционная маммопластика и в 1 случае – периареолярная мастопексия. В 2 случаях выполнено восстановление сосково-ареолярного комплекса собственными тканями и татуаж ареолы. Таким образом, в 7,4% выполнена реконструкция молочной железы и сосково-ареолярного комплекса. Полученные косметические результаты у пациенток – отличные и хорошие.

Выводы. Таким образом, отсроченная реконструкция молочной железы является методом реабилитации больных РМЖ. В 7,4% выполнена отсроченная реконструкция молочной железы, включая и восстановление сосково-ареолярного комплекса. Интервал времени наблюдения составил (1-4 года) после отсроченной реконструкции молочной железы признаков прогрессирования основного заболевания у пациенток не выявлено.

Опыт применения роботических технологий в клинике пластической хирургии

**Решетов И.В., Сукорцева Н.С., Шевалгин А.А.,
Святославов Д.С., Наилевский П.А.**

*Институт повышения квалификации ФМБА
России, Москва*

Современной тенденцией развития хирургии заболеваний головы и шеи и пластической хирургии является внедрение в практику роботассистированных минидоступов и эндовидеохирургических вмешательств. Высокий уровень точности, надежности функциональности роботических систем расширяет возможности хирургов и улучшает качество оказываемой медицинской помощи. В клинике пластической хирургии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова был разработан ряд способов лечения онкологических заболеваний головы и шеи у пациентов, находящихся на ранних стадиях развития онкологического заболевания (T1-T2). Применялись гибридные методики, сочетающие в себе роботассистированные доступы, обеспечивающие минимизацию риска кровопотери и прецензионность хирургических действий. Во всех случаях проводился безгазовый способ удаления опухолей с формированием подкожного тоннеля.

С целью оптимизации визуализации новообразований пациенты проходили обследование на МСКТ 640. Успешно проведено 13 операций. Три операции были выполнены на щитовидной железе, из внепланарного удаленного подмышечного доступа у женщин, не желающих иметь рубец на передней поверхности шеи. Одна операция на лимфатических узлах шеи из заушного доступа у пациента с метастазами опухоли носоглотки. Также было выполнено пять резекций ротоглотки и одна резекция корня языка из трансорального доступа, микрохирургическая ау-

тотрансплантация 1 операция. Одна операция была проведена трансоральным доступом у пациента с опухолью полости носа и решетчатого лабиринта. Четыре операции были выполнены с замещением дефектов с использованием лоскутов: в трех операциях был применен лоскут большой грудной мышцы и одна операция с микрохирургическим реваскуляризованным лучевым лоскутом. Осложнения встретились у одного пациента в виду расхождения швов полого органа – в области передней стенки верхней трети пищевода. Особенностью течения послеоперационного периода была ранняя активация пациентов, сокращение сроков нахождения в стационаре, а также удовлетворительный косметический результат. Ранняя активация пациентов, а также сокращение сроков реабилитационного периода после хирургического лечения у данной группы больных позволяет в короткие сроки перейти к следующим этапам лечения (химиотерапия, лучевая терапия), улучшая качество жизни пациентов за счет комбинированного подхода в лечении опухолей головы и шеи. Внедрение в практику роботических технологий успешно продвигает хирургию вперед, позволяя комбинированно подойти к выполнению онкологического протокола в отношении пациентов, имеющих небольшие размеры новообразований в области головы и шеи.

Современные тренды реювенации лица

Рождественская Н.К., Михайлов А.Г., Леванова Е.Н.

*ООО Клиника пластической хирургии и
косметологии «Анастасия», Нижний Новгород*

Востребованность процедур реювенации лица ежегодно растёт. Количество таких процедур, выполняемых ежегодно в отделении пластической хирургии Клиники «Анастасия», значительно выросло (в 2007 г. – 232, в 2016 г. – 330). Это связано с тем, что внешность сегодня является признаком здоровья, социального успеха, напрямую связана с престижной и высокооплачиваемой работой. В последние годы отмечается тенденция к снижению количества выполняемых высокотравматичных операций, таких как лицевой лифтинг со SMAS-пластикой, симультанные омолаживающие операции на лице и т.д. В то же время значительно увеличилось число малоинвазивных методов лечения. Проводя анализ причин таких изменений, удалось выявить следующее: 1. Пациенты не хотят испытывать негативных ощущений, таких как болевой синдром, выраженный отек, парестезии, сопровождающие обширные оперативные вмешательства. 2. Большинство пациентов не могут позволить себе длительный отпуск для послеоперационной реабилитации. 3. Многие пациенты не хотят одномоментного кардинального изменения внешности. 4. Сохраняются риски осложнений после эстетических операций (гипертрофические рубцы и пр.). 5. Выполняя традиционные лифтинги, хирург не в состоянии обеспечить нужную волюмизацию лица,

что на сегодняшний день признано одним из основных факторов реювенации. 6. Степень возрастных деформаций в последние годы уменьшилась. Пациенты проводят превентивное косметологическое лечение, что в свою очередь, снижает показания к проведению лицевых лифтингов. Учитывая все эти факторы, были предложены альтернативные малоинвазивные хирургические методы реювенации: нитевой лифтинг, как метод подтяжки тканей, и липофиллинг, как метод восполнения утраченного объема мягких тканей лица. Однако у этих методов оказались значительные недостатки. Так нитевой лифтинг не обладает достаточной эффективностью, не восполняет утраченный объем должным образом, имеет достаточно длительный постпроцедурный период. Хорошо восполняет объем средней трети лица липофиллинг, но резорбция жировой ткани достигает 50% от первоначального объема, что требует значительной гиперкоррекции или многоэтапности процедуры. Метод предназначен для глубокого введения. При липофиллинге травмируется донорская зона. С 90-х годов прошлого века косметологами активно применяется метод контурной пластики лица с использованием стабилизированной гиалуроновой кислоты. С 2006 по 2016 г. в хирургическом отделении Клиники «Анастасия» с целью коррекции возрастных изменений выполнено 792 инъекции стабилизированной гиалуроновой кислоты различных торговых марок, сертифицированных на территории РФ. В 95,7% случаев инъекции являлись частью этапной или симультанной реювенации. Введение препаратов было выполнено как интраоперационно в ходе выполнения минилифтинга, блефаропластики, так и в послеоперационном периоде по мере уменьшения гематом и отеков. Инъекции выполнялись хирургами отделения. Выбирая тактику лечения конкретного пациента, мы руководствовались следующим: 1. Желание пациента (какие именно изменения необходимы пациенту, степень радикальности процедур, возможные сроки реабилитации). 2. Максимальная эффективность метода у данного пациента. 3. Тип и степень старения лица. 4. Максимальная безопасность методов. 5. Финансовая лояльность. Считаем максимально эффективными и наиболее востребованными следующие сочетанные методы реювенации: -блефаропластика и/или минилифтинг + волюмизация средней трети лица, -блефаропластика + устранение носогубных складок, морщин «марионетки», -блефаропластика и/или минилифтинг лица + устранение носослезных борозд – реювенация губ в сочетании со всеми хирургическими методами.

Выводы 1. Учитывая снижение востребованности высокотравматичных процедур эстетическими хирургами необходимо предлагать пациентам альтернативные методы реювенации. 2. Владение методами контурной пластики дает возможность эстетическим хирургам расширить перечень услуг и добиваться поставленных перед ними задач максимально эффективными и щадящими способами. 3. Минимизировать риск осложнений позволяет правильно выбранная тактика лечения и техника исполнения оперативного вмешательства и инъекции.

Аваскулярный некроз участка твердого неба после проведения ортогнатической операции

Салимханов В.Я., Колчин С.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Сорвин В.А., Латышев А.В., Фетисова В.А.

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

Введение. В настоящее время ортогнатическая хирургия – безопасная, предсказуемая операция, демонстрирующая стабильные и хорошие результаты лечения. Аваскулярный некроз верхней челюсти после остеотомии по типу ЛеФор I является редким осложнением, которое, как сообщается в литературных источниках, происходит в <1% случаев. В настоящей статье описывается клинический случай осложнения после проведения двучелюстной ортогнатической операции. Описано послеоперационное осложнение (некроз участка твердого неба) в динамике, тактика лечения, ход операции и интраоперационные перемещения челюстей. Рассмотрены причины возникновения и алгоритм лечебных мероприятий при возникновении подобных осложнений.

Материалы и методы. Пациентка Б. 19 лет обратилась в клинику с жалобами на эстетический недостаток лица и нарушение жевательной функции. Пациентка была обследована клинически и рентгенологически, проведены расчеты размеров и взаимоотношений различных структур лица. На основании полученных результатов был поставлен диагноз: II класс развития зубочелюстной системы, нижняя микро- и ретрогнатия, верхняя макро- и прогнатия. Со стороны общего состояния противопоказаний для проведения оперативного лечения не выявлено. Для устранения аномалии развития челюстей и нормализации окклюзии была проведена двучелюстная ортогнатическая операция – остеотомия верхней челюсти по ЛеФор I с перемещением назад на 2 мм и ротацией против часовой стрелки, межкортикальная остеотомия нижней челюсти с постановкой в ортогнатическое соотношение, остеотомия подбородочного отдела. Интраоперационные перемещения проведены согласно предоперационному планированию, операция прошла без особенностей, нисходящие небные артерии сохранены. В раннем послеоперационном периоде отметили участок некроза слизистой оболочки треугольной формы, в дистальных отделах твердого неба. Проведена некрэктомия, 10 сеансов гипербарической оксигенации (ГБО), назначена антибактериальная терапия, актовегин в терапевтических дозах.

Результаты: после проведения некрэктомии, отмечался участок оголенной костной ткани, треугольной формы, окружающая слизистая оболочка без признаков воспаления. Пациентке проведено 10 сеансов ГБО (ежедневно по 1 часу), продолжена антибактериальная терапия, на-

значен актовегин в терапевтических дозах. После 6 сеансов ГБО отмечалась уменьшение размеров оголенного участка костной ткани, изменение его в цвете, появление демаркационной линии. После 10 сеансов по причине начала менструального цикла было принято решение о прекращении курса ГБО. Через месяц наблюдения в послеоперационном периоде отмечается четкая демаркационная линия между интактной слизистой оболочкой и участком некроза костной ткани, изменение цвета некротизированной костной ткани, появление подвижности фрагмента. По прошествии полутора месяцев после обнаружения участка некроза удален секвестр размерами 1,5*1,0 см, слизистая на месте удаленного секвестра гранулирует. В процессе дальнейшего наблюдения пациентка жалоб не предъявляла, участок слизистой оболочки после секвестрэктомии зажил вторичным натяжением. Выводы: несмотря на редкость встречаемости подобных осложнений после проведения ортогнатических операций, в процессе предоперационного планирования следует учитывать факторы риска возникновения нарушений сосудистого питания послеоперационной области. Основные питающие сосуды при остеотомии по ЛеФор I – нисходящие небные артерии, поэтому очень важно учитывать характер перемещения верхней челюсти, величину разобщения костных фрагментов дистальном отделе верхней челюсти (величина разобщения костных фрагментов более 3-5 мм может привести к нарушению питания остеотомированного фрагмента даже при неповрежденных нисходящих небных артериях), соблюдение правильной хирургической техники при проведении остеотомии по ЛеФор I (учитывая анатомические особенности при проведении распила, сагиттальные размеры верхней челюсти при погружении пилы, избегание резких движений при мобилизации остеотомированного фрагмента). Не менее важно принимать во внимание местные и общие факторы риска возникновения нарушений сосудистого питания (таких например как анемия, сахарный диабет, курение, прием наркотиков в анамнезе и т.д.), при сегментарной остеотомии так же возрастает риск нарушений сосудистого питания. Как золотой стандарт в качестве лечения и профилактики подобных осложнений хорошо себя зарекомендовали сеансы ГБО.

Опыт применения ультразвуковой липосакции 3-го поколения (vahdl) в концепции липомоделирования тела при воздействии на поверхностный и глубокий подкожный жир.

Свиридов С.В., Гагарина С.В., Старцева О.И.
Клиника пластической хирургии Медлаз, Москва

Определить клиническую эффективность ультразвуковой липосакции 3-го поколения (опосредованной липопластика), как липосакции высокой точности для коррекции глубокого и поверхностного жирового слоя.

Сравнить с аналогичными результатами тумесцентной вакуумно-аспирационной липосакции проводимой в глубоком жировом слое – «глубокой» липосакции.

Задачи

Определить значение коррекции поверхностного рельефа тела в формировании зрительного восприятия фигуры с подчеркнутыми, хорошо развитыми мышцами и соответственно улучшение эстетического результата.

Сформировать принципы предоперационной разметки с целью проведения художественной коррекции поверхностного рельефа тела («липоскульптура высокого разрешения»), а не просто создания плоской фигуры, как в случае «глубокой» липосакции.

Материалы

В основе настоящего сообщения лежит сравнительный анализ результатов операций двух групп пациентов с высокоточной ультразвуковой липосакции 3-го поколения и классической вакуумно-аспирационной липосакции, выполненных в клинике «Медлаз».

В первую группу вошли 34 пациента с умеренно выраженной контурной деформацией тела в зоне жировых ловушек в типичных местах, без наличия дряблой кожи и четкого мышечного рельефа (ИМТ < 26). Возраст пациентов составлял от 28 до 45 лет. «Пинч-тест» в эпигастральной области 1,5–3,0 см. Средний вес женщин составлял 53 кг, мужчин 78 кг. Липоскульптурирование проводилось в области передней брюшной стенки, груди, талии, спины, ягодиц и области плечей. При планировании зон в подавляющем большинстве случаев проводилась одновременная обработка живота, груди, талии, выполнялся липофиллинг груди (у мужчин и женщин), ягодиц (у женщин), дельтовидной и двухглавой мышцы плеча (у мужчин).

Вторая группа состояла из 9 пациентов, ИМТ < 26, «пинч-тест» в эпигастральной области – 1,5-3,0 см., которым была выполнена тумесцентная липосакция в области живота, талии, плечей.

Методы

При проведении применялся ультразвуковой генератор с рабочей частотой 36 кГц с постоянным и периодическим режимом работы с частотой 10 Гц. Предоперационная разметка учитывает расположение глубокого и поверхностного жира и является разметкой, выделяющей действительное расположение мышц и других поверхностных анатомических ориентиров. Кожные края в местах разрезов должны быть защищены специальными пластмассовыми портами.

Процесс липоскульптурирования разделен на три фазы. Фаза 1 – инфильтрация стандартным р-ром для липосакции. Фаза 2 – эмульсификация с использованием ультразвуковых колебаний (36 кГц) передающихся посредством зондов. Фаза 3 – липоаспирация с использованием прямых и изогнутых, вентилируемых канюль, а так же вентилируемых вращающихся канюль малого диаметра при работе субдермально.

Для оценки результатов после операции, проводилось добровольное анкетирование пациентов, трехмерное

сканирование поверхности тела от уровня основания шеи до верхней трети бедер в зонах и стандартное фотографирование пациентов в сроки 1,5, 2, 6 месяцев после операции.

Результаты

Отдаленные результаты сроком более 6-ти месяцев изучены у 41(95,3%) пациента. В первой группе у 26(78%) пациентов результаты были отличными, у 5(16%) – хорошими, 2(6%) – удовлетворительными. Во второй группе у 4(50%) пациентов результат оценен как хороший, у 4(50%) как удовлетворительный.

Осложнениями в первой группе были серомы в области крестца 30(91%) пациентов, ожог кожи в области проколов в 3(9%) случаях, мраморность кожи отмечалась в 2(6%) случаях, повторная операция для коррекции неровности контуров произведена в 4(12%) случаях. Все осложнения в первой группе скорректированы и их можно связать с погрешностями выполнения операции.

Осложнения во второй группе – неровности в области живота и талии в 1(2,5%) случае, была произведена повторная операция.

Выводы

Ультразвуковая липосакция высокой точности является усовершенствованной методикой липосакции и позволяет получить непревзойденные эстетические результаты при и высокую удовлетворенность пациентов. При коррекции контуров тела только в глубоком жировом слое (глубокая вакуумно-аспирационная липосакция) невозможно получить художественных результатов коррекции поверхности тела. Липоскульптурирование – это очень точный способ коррекции контуров тела с созданием 3D – внешнего вида. В тоже время технология липоскульптурирования является более долгой и сложной операцией в техническом плане, чем любой другой вид липосакции и требует от хирурга специфических навыков.

О биобезопасности липофилинга и аутотрансплантации прогениторных клеток жировой ткани у больных раком молочной железы с позиции онкобиологов

Сергеева Н.С., Волченко Н.Н., Замулаева И.А., Свиридова И.К., Каралкин П.А., Ахмедова С.А., Селиванова Е.И., Славнова Е.Н., Кирсанова В.А., Шанский Я.Д., Зикиряходжаев А.Д.

Национальный медицинский исследовательский центр радиологии, Российский научный исследовательский медицинский университет, Москва

Актуальность. Регенеративный потенциал стромальной васкулярной фракции (СВФ) жировой ткани (ЖТ) как источника прогениторных клеток (для адипоцитов, фибробластов, миофибробластов, эндотелиоцитов) сегодня не вызывает сомнений. Бесспорна и высокая

синтетическая активность этих клеток, обогащающая микроокружение гормонами, факторами роста, цитокинами и адипокинами, при этом прямые туморогенные эффекты СВФ не доказаны. В экспериментальных исследованиях показано, что клетки СВФ при паратуморальном введении стимулируют пролиферацию соседствующих с ними опухолевых клеток и облегчают их метастазирование, стимулируют неоваскуляризацию и входят в состав новообразованных сосудов опухоли как перициты, а также, обладая иммуносупрессивными и антиапоптотическими свойствами, подавляют противоопухолевый иммунитет. Согласно литературным данным, анализ результатов отсроченной реконструкции молочной железы (после квадрант- или радикальной мастэктомии по поводу РМЖ) с использованием липофилинга, в том числе ассистированного аутологичными СВФ, продемонстрировал, наряду с косметическим эффектом, весомое увеличение частоты местных рецидивов РМЖ. Эти результаты не исключают стимулирующее влияние жировых графтов на dormantные опухолевые клетки. Накопленный экспериментальный и клинический опыт заставил Американское общество пластических хирургов (ASPS) провести критическую ревизию заключений о биобезопасности липофилинга при РМЖ (ASPS Fat Graft Task Force, 2009), и, с учетом полученных за последнее 10-летие данных, сформулировать проблемы и нерешенные вопросы. В аспекте вышесказанного мы исследовали мультипотентные мезенхимальные стромальные клетки (ММСК) из СВФ ЖТ больных РМЖ в сравнении с таковой условно здоровых доноров.

Материалы и методы. В работе использованы образцы ЖТ доноров (липоаспират) и ЖТ больных РМЖ I-II стадий, полученные в процессе оперативного вмешательства из зоны, максимально удаленной от молочной железы (по 5 образцов в группе). Первичные культуры ММСК получали путем ферментативной дезагрегации ЖТ и последующего культивирования СВФ в пассажах. На этапах культивирования (1, 3, 5 пассажи) оценивали морфотип ММСК, их пролиферативную активность (маркер Ki-67), экспрессию поверхностных маркеров CD73, CD90, CD105, CD106, CD13, CD166, CD326, CD45, CD34, CD14, CD11b, CD29 и HLA-DR (проточная цитометрия), способность к колониеобразованию и пластичность – способность к индуцированной адипо- и остеодифференцировке. Для ММСК разных пассажей рассчитывали индекс пролиферации (ИП), число и время удвоения (ВУ) популяции и эффективность колониеобразования (ЭКО). Дополнительно на этапах культивирования клеток иммуноцитохимическими методами оценивали экспрессию общего цитокератина (ОЦК), ЦК7, виментина, гладкомышечного актина, CD31, CD34 и CD68.

Результаты. По составу и функциональным свойствам культуры ММСК из ЖТ доноров и больных РМЖ не различались. Исключение составила одна культура клеток от больной РМЖ, в которой исходно фибробластоподобные CD90+ и CD105+ клетки на 4-ом пассаже практически полностью замещались агрессивным клоном кубоидаль-

ных клеток с крупным плотным центрально расположенным ядром. Эти клетки имели высокий ИП, эпителиальный фенотип (CD168+, CD73+, ОЦК+, ЦК7+, CD68+) и по цитологическому заключению были расценены как раковые. Эту культуру клеток перевивали самкам иммунодефицитных мышей BALB/c Nude (3 млн клеток/жив.) в серии последовательных генераций, используя для каждой последующей перевивки измельченную опухолевую ткань из новообразований животных. Частота опухолеобразования у животных возрастала с номером генерации. Заключение. Среди клеток СВФ ЖТ больных РМЖ, даже начальных стадий, могут быть дормантные туморогенные опухолевые клетки, которые начинают количественно преобладать в первичной культуре ММСК in vitro, начиная с 3-4 пассажа.

Возможности улучшения эстетического результата хирургического лечения гинекомастии

Сидоренков Д.А., Горячих О.А., Калашников А.Н., Лощ С.Г.

Кафедра пластической хирургии Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Клиника лазерных технологий «ЭЛЕН Клиник», «Интеко Клиник», Москва

Введение. Целью хирургической коррекции при гинекомастии является эстетическое улучшение контура передней грудной клетки. Для этого используют следующие хирургические методики: подкожную мастэктомию, липоаспирацию жировой клетчатки и сочетание этих методик.

Материалы и методы. В данной работе выполнен анализ результатов хирургической коррекции передней грудной стенки у 127 пациентов с гинекомастией с эстетической целью. Пациентам выполняли один из видов хирургического лечения: хирургическое удаление железистой ткани через периареолярный доступ (по нижнему полюсу, через разрез кожи по краю ареолы 3,5-4,0 см.) и липоаспирация (классическая (механическая)), ультразвуковую или лазерную (через прокол кожи до 3 мм). Средний возраст мужчин составил 30 лет. Нами было выполнено: 69 (54,4%) – хирургического удаления грудных желез, и 58 (45,6%) – липоаспираций. Отдельно липоаспираций: 18 (14,2%) – лазерной липоаспирации, 16 (12,6%) – ультразвуковой липоаспираций и 24 (18,9%) – классических (механических) липоаспираций.

Результаты. Во всех клинических случаях выполняли наблюдение через 1-3-6 месяцев с момента операции. Все хирургические вмешательства выполнялись нами по показаниям, при подтвержденном диагнозе с ультразвуковым заключением. При тотальном удалении грудных желез, рецидивов не выявлено. В сочетании хирургической техники удаления грудных желез с липоаспирацией

(классической, лазерной и ультразвуковой), мы достигли максимально гармоничный эстетический результат контуров передней грудной клетки. Благодаря лазерному липолизу время послеоперационного периода сокращается до 1 месяца, в среднем. При ультразвуковой липоаспирации, мы получили, через 3 месяца после операции гармонично ровные контуры передней грудной клетки. Вывод. У каждого метода есть свои преимущества и недостатки. Использование изолированного метода подкожной мастэктомии оставляет послеоперационный рубец разной степени выраженности, без возможности коррекции контура зон, прилегающих к зоне операции. Применение лазерной и ультразвуковой липоаспирации позволяют значительно сократить кожу в зоне операции и соседних зон в послеоперационном периоде, что улучшает окончательный эстетический результат контура передней грудной клетки. Но при отдельном использовании данных методик, мы получили рецидив. Сочетая хирургическое удаление грудной железы с методами липоаспирации, мы получили хорошие гармоничные эстетические результаты внешности грудной клетки и не получили ни одного случая рецидива.

Эстетическая хирургическая коррекция послеродовых изменений контуров тела

Сидоренков Д.А., Тимошенко В.А., Манукьян А.А., Кадырова Ф.З.

Кафедра пластической хирургии Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва

Потеря привлекательности один распространенных страхов беременности. В послеродовом и постлактационном периодах одними из основных жалоб женщин являются эстетические изменения форм передней брюшной стенки и молочных желез. До 85% беременных женщин предъявляют жалобы на постлактационные изменения молочных желез. Птоз является характерным признаком постлактационной инволюции молочных желез. Распространенность диастаза прямых мышц живота (ДПМ) увеличивается со сроком беременности и составляет до 100% беременных в третьем триместре, что является физиологическим процессом приспособления увеличивающегося размера матки и несоответствия ей объема брюшной полости. В послеродовом периоде расстояние между прямыми мышцами живота постепенно уменьшается, но у 45,5% и 32,6% на 6 и 12 месяцев послеродового периода первородящих соответственно ДПМ сохраняется. Основное клиническое проявление ДПМ – неудовлетворительный внешний вид передней брюшной стенки. Зачастую на фоне ослабления тонуса передней брюшной стенки изменяется анатомическая топография органов брюшной полости, что влечет за собой функциональные расстройства органов брюшной полости.

Патогенез. Основными предрасполагающими факторами выделены: системная дисплазия соединительной ткани (ДСТ), недостаток магния, как проявление ДСТ или заболеваний мочевыделительной системы, гормональные, заболевания щитовидной железы, срывы компенсаторных механизмов водного обмена – задержка альбумина и натрия тканями и увеличение их гидрофильности. Под ДСТ подразумевается наследственно обусловленное снижение прочности соединительной ткани вследствие аномалий её строения, а также приобретенные изменения (чаще всего в период беременности и лактации). Дефицит магния может приводить к понижению активности гиалуронансинтеза и в то же время – к повышению активности гиалуронидаз (так как ингибиторы перестают действовать при недостатке магния). Оба эти процесса приведут к ухудшению механических свойств нитей гиалуронана и их частичной деградации. Коллагеновые волокна являются основной структурной поддержкой соединительной ткани. Избыток коллагеновых волокон или слишком малая активность коллагеназ приводит к увеличению плотности волокон и к формированию менее гибкой ткани. Наоборот, чрезмерная активность коллагеназ приведет к неуправляемой фрагментации коллагена, что делает ткань более аморфной. Половые стероиды оказывают прямое воздействие на соединительную ткань.

Материалы и методы. Все попытки женщин решить эти проблемы консервативными методами (занятие спортом, фитнес, диеты и прочие) остаются безуспешными. Часть женщин обращаются к пластическим хирургам для хирургической коррекции контуров тела. Основными и характерными жалобами у этих женщин являются: выраженный диастаз прямых мышц живота и значительное ослабление тонуса мышц живота, гипоплазия иптоз молочных желез. Этим пациенткам выполнены различные методы хирургической коррекции контуров тела: ушивание диастаз прямых мышц живота, абдоминопластика и нижняя абдоминопластика, мастопексии, протезирование молочных желез, липосакции и различные сочетания этих методик с положительными эстетическими результатами.

Результаты. Мы выполнили анализ результатов хирургической коррекции изменения контуров тела в послеродовом периоде у 77 женщин, проделавших длительную, безуспешную консервативную коррекцию контуров тела. Выводы. У женщин с жалобами по поводу эстетических изменений форм передней брюшной стенки и молочных желез в послеродовом периоде и безуспешными попытками решить эти проблемы консервативными методами (занятие спортом, фитнес, диеты и прочие) в течение длительного времени, практически, единственным методом коррекции контура тела является метод хирургической коррекции контуров тела, так как послеродовые изменения контуров тела у данных женщин обусловлены сложными физиологическими изменениями и не поддаются коррекциями другими, консервативными методами их коррекции примененными этими пациентками.

Сочетанный метод коррекции асимметрии лица на фоне одностороннего паралича лицевого нерва

Сковородникова И.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Клиника эстетической лазерной медицины Евростиль, Барнаул

Хронический паралич VII черепного нерва – частая патология, которая является следствием многих заболеваний и травм, включая оперативные вмешательства. Вовлеченная сторона маскообразна, кожа лба и носогубная складка сглажена, глазная щель расширена, бровь опущена, выраженный избыток кожи верхнего века, угол рта опущен. При попытке пациента закрыть глаза на стороне поражения возникает различный по величине лагофтальм (несмыкание век). Изменения способствуют развитию воспалительных и дистрофических изменений переднего сегмента глаза, выворота нижнего века, аномального мигательного рефлекса, утраты роговичного рефлекса и нарушения слезопродукции, которое приводит к ксерозу роговицы и существует риск развития ее язвы с перфорацией, что будет являться органогражающим состоянием. Основными задачами коррекции данного состояния является защита передней поверхности глазного яблока, коррекцияптозированных тканей средней и нижней трети лица, коррекция тонуса мимических мышц на невовлеченной стороне.

Материалы и методы. Нами предложен способ единомоментной хирургической коррекции избытка кожи верхнего века, положения нижнего века в сочетании с укорочением тарзальной пластинки века и нитевой лифтинг щечно-скуловой зоны посредством репозиция всего мягкотканого комплекса средней трети лица в комплексе с инъекциями ботулотоксина типа А. Инъекции ботулотоксина типа А используем за 2 недели до комплексного хирургического лечения для коррекции компенсаторного гипертонуса на невовлеченной стороне проводятся индивидуально в каждом случае, могут быть выполнены в щечную мышцу, большую и малую скуловые мышцы, мышцу опускающую угол рта, мышцу, поднимающую верхнюю губу. При наличии контрактуры введение препаратов ботулинического токсина типа А позволяет расслабить мышцу. При расслаблении напряженной мышцы исчезает чувство болезненности, стягивания. Поэтому пациент более активно использует артикуляцию, мимику, включая пораженные мышцы. Таким образом, ботулинотерапия позволяет добиваться функционального восстановления пораженных мышц. Этапы операции. 1. После обработки операционного поля производим разрез кожи с захватом круговой мышцы глаза в 5 мм кнаружи от нижней слезной точки, отступив 1,5 мм от ресничного края века и параллельно ему, продолжаем кожно-мышечный разрез за наружный угол глаза на 15 мм по ходу одной из

естественных складок кожи. Отсепаровываем кожно-мышечный лоскут до нижнего края орбиты. Далее пинцетом в латеральной части нижнего века захватываем конъюнктивно-хрящевую пластинку в складку до устранения выворота и определяем, что подлежащий иссечению участок века равен 5-7 мм. До переходной складки иссекаем треугольный конъюнктивно-хрящевой лоскут в середине века. Край разреза соединяем одним узловым швом резорбируемой нитью. Затем отсепарованную кожу нижнего века натягиваем поверх усеченной хрящевой пластины, иссекаем ее избыток в наружной части, края раны ушиваем косметическим швом нерезорбируемой нитью.

2. На верхнем веке производим иссечение избытка кожи вдоль пальпебральной складки, рану ушиваем косметическим швом нерезорбируемой нитью. 3. Прокол двумя иглами с напаянной к центру нитью между ними производим в скуловой зоне перпендикулярно поверхности кожи до надкостницы, затем иглы разворачиваем параллельно поверхности кожи. Одну иглу ведем к области носогубной складки, вторую ниже и латеральнее, выход игл осуществляем не полный и возвращаем иглы к скуловой зоне по более широкой траектории, где осуществляем полный выход игл и отсечение нитей, затягиваем проведенные нити до эффекта гиперкоррекции и видимого объема в щечноскуловой области.

Результаты. После операции отмечаем отсутствие выраженного избытка кожи на верхнем веке, край нижнего века адаптирован, внутреннее ребро нижнего века прилежит к главному яблоку, при мигательных движениях веки полностью смыкаются, отмечаем выраженный объем мягких тканей в щечно-скуловой области, подъем угла рта на пораженной стороне, сглаженность носогубной складки на невовлеченной стороне.

Выводы. Сочетание хирургической коррекции положения нижнего века и объемного моделирования щечно-скуловой зоны за счет подъема средней зоны лица кверху и кнаружи нерассасывающейся нитью с фиксацией в скуловой зоне к надкостнице позволяет увеличить объем подглазничной области, тем самым осуществляя статическую коррекцию нижнего века, что способствует уменьшению натяжения нижнего века. Инъекции ботулотоксина типа А способствуют гармонизации мимики и статики лица.

Роль эпителиально-мезенхимальной трансформации в патогенезе генитального склероатрофического лишена у мужчин

Соколова А.А., Катунина О.Р., Самцов А.В.
ФГКУ Поликлиника №2, Москва

Цель: иммуногистохимическим методом проанализировать особенности экспрессии маркеров – панцитокератина, β-катенина, и виментина и пораженной коже у мужчин с генитальным склероатрофическим лихеном (ГСАЛ) и при осложнении лишена рубцовым фимозом для поиска

признаков эпителиально-мезенхимальной трансформации (ЭМТ).

Материалы и методы: исследованию подвергнуты 10 образцов пораженной кожи крайней плоти больных с ГСАЛ и 10 – с ГСАЛ, осложненным рубцовым фимозом, иссеченных при циркумцизии. Группу сравнения составил материал, полученный от 10 здоровых добровольцев, у которых операционный материал был получен после хирургического лечения синехий крайней плоти и пластики уздечки полового члена.

Результаты: у здоровых мужчин панцитокератин и β-катенин равномерно экспрессировались на поверхности кератиноцитов всех слоев эпидермиса. У больных с ГСАЛ и при осложнении лишена рубцовым фимозом наблюдалась утрата экспрессии β-катенина на поверхности кератиноцитов базального и супрабазальных слоев эпидермиса, здесь же выявлялись очаги, в которых экспрессия панцитокератина отсутствовала. В сосочковом слое дермы выявлялись отдельные кератиноциты и их небольшие группы, отделившиеся от эпителиального пласта, экспрессирующие панцитокератин. Виментин в коже здоровых мужчин экспрессировался на отросчатых клетках, локализованных в эпидермисе, на эндотелии сосудов дермы. У больных с ГСАЛ количество отросчатых клеток и мононуклеаров, экспрессирующих виментин было увеличено. У больных с ГСАЛ, осложненным рубцовым фимозом кроме вышеуказанных признаков выявлялась очаговая экспрессия виментина на поверхности кератиноцитов базального и супрабазальных слоев эпидермиса. Выводы: в пораженной коже больных ГСАЛ и при осложнении лишена рубцовым фимозом выявлены изменения, характеризующиеся нарушением процесса дифференцировки кератиноцитов с частичной потерей эпителиального фенотипа и приобретением мезенхимального фенотипа в базальных и супрабазальных слоях эпидермиса. Полученные результаты свидетельствуют об участии механизмов ЭМТ в патогенезе генитального склероатрофического лишена.

Анализ осложнений хирургического лечения пациентов с врожденными аномалиями челюстей

Сорвин В.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Заборовский В.В., Колчин С.А., Салимханов В.Я., Латышев А.В.

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

Введение. Достижение лицевой гармонии, коррекция деформаций лицевого скелета и окклюзии зубных рядов являются основными задачами ортогнатической хирургии. На современном этапе развития ортогнатической хи-

рургии в связи с распространенностью ортогнатических операций увеличивается частота осложнений в интероперационном и/или послеоперационном периодах у пациентов с врожденными аномалиями челюстей, которые являются следствием различных ошибок на этапе хирургического лечения и приводят к ухудшению результатов операций.

Цель исследования. Анализ ошибок и осложнений на хирургическом этапе комбинированного лечения пациентов с врожденными аномалиями челюстей.

Материалы и методы. Проведен анализ пациентов с врожденными аномалиями челюстей, обратившихся в КЦ ЧЛРВ и ПХ с 2010 по 2016 год. У 146 пациентов (31 прооперированных в КЦ ЧЛРВ и ПХ; 115 прооперированных в других клинических центрах) выявлены интероперационные и послеоперационные осложнения на хирургическом этапе комбинированного лечения, которые были распределены по группам. В группе интероперационных осложнений были выявлены травмы нижнеальвеолярного нерва, неконтролируемые переломы челюстей, перфорация слизистой оболочки носа и твердого неба, травмы зубов. В группе послеоперационных осложнений были выявлены послеоперационные деформации челюстей, парестезия в различных областях лица, патология височно-нижнечелюстного сустава, рецидив.

Результаты. Из 146 пациентов сформированы группы интероперационных осложнений – 11 пациентов (8%), прооперированных в КЦ ЧЛРВ и ПХ, и 38 пациентов (26%) прооперированных в других клинических центрах; и группы послеоперационных осложнений – 20 пациентов (13%), прооперированных в КЦ ЧЛРВ и ПХ, и 77 пациентов (53%), прооперированных в других клинических центрах. Увеличение количества осложнений в интероперационном и/или послеоперационном периодах является следствием ошибок на этапе хирургического лечения и приводят к ухудшению эстетических и функциональных результатов операций. Комплексное обследование, правильное предоперационное планирование пациентов с врожденными аномалиями челюстей позволяют получить стабильный и предсказуемый результат лечения, минимизировать риск развития интероперационных и послеоперационных осложнений на хирургическом этапе комбинированного лечения.

Оптимальный рубец. от золтана до наших дней.

Суламанидзе М.А., Суламанидзе К.М., Суламанидзе Г.М., Адамян Р.Т., Гуляев И.В., Воздвиженский И.С.

Клиника Total Charm, Москва-Тбилиси

Введение. Основой пластической, реконструктивной и эстетической хирургии является кожная хирургия. Разрез кожи и подкожной клетчатки, мобилизация, иссечение, пересадка лоскутов, бережное отношение к краям ран и

ушивание или хирургическое закрытие ран – важные составляющие любой хирургической операции. Азы и тонкости этой важной составляющей любой хирургии были даны в атласе Я. Золтана, который был опубликован на русском языке в конце 80-ых годов прошлого столетия и с тех пор с успехом применяется в нашей хирургической практике. Цель. Следуя советам Я. Золтана разработать и усовершенствовать методики и приемы для более эффективного и удобного выполнения кожно-пластических операций и получения эстетически более выгодных кожных рубцов. Материал и методы. В сообщении представлены оригинальные приемы мобилизации кожно-жировых лоскутов при которых соблюдаются правила бережного отношения к краям ран. Показаны новые способы ушивания ран обычным гладким атравматичным шовным материалом, но с обоюдоострыми иглами, также хирургическое закрытие ран такими же обоюдоострыми иглами но с шовными нитями с выступами. Предлагается новая техника ушивания больших кожных ран с чрезмерно напряженными краями методом равномерного натяжения лоскутов на протяжении. Результаты. Применение способа ушивания кожных ран атравматичными обоюдоострыми иглами с гладкими нитями и особенно с «колючими» нитями занимает меньше времени, меньше травмируются края ран, рубцы более стабильны, а техника более удобна в применении. Оригинальный прием мобилизации краев раны исключает возможность травмирования самих краев раны, что сказывается на процессе заживления раны и формирования качественного рубца. Сшивание больших ран с чрезмерно напряженными краями предлагаемым нами способом дает возможность равномерно перераспределить напряжение сшивания на отдаленные от краев ран участки. Напряжение тканей в непосредственной близости к краям ран существенно уменьшается, края ран стабильно сводятся, что является эффективным профилактическим приемом, исключающим прорезывание швов и расхождение краев ран. Заключение. По нашему опыту представленные методы и приемы хирургических техник соответствуют классическим основополагающим постулатам, которые считаются важными в кожной пластической хирургии и могут оказаться полезными в повседневной практической деятельности коллег.

Микролипографтинг при эстетической реабилитации пациентов с вторичной деформацией скуло-носо-орбитальной области

Султанова Н.Н.

Кафедра хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии Азербайджанского медицинского университета, Баку

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с вторичной деформацией скуло-носо-орбитальной области. Материал и методы. С 2014 по 2017 г. в клинике челюст-

но-лицевой хирургии АМУ находились на лечении 12 пациентов (5 женщин и 7 мужчин, в возрасте от 18 до 50 лет) с вторичной деформацией скуло-носо-орбитальной области. Всем пациентам были проведены следующие виды обследования: ЗД-КТ, фотографическое, антропометрическое с определением индексов пропорций, компьютерное моделирование. Микролипографтинг проводился по методике Coleman с модификацией. Аспирацию жира проводили тупой канюлей диаметром 2 мм и шприцом 10 мл, без введения анестетика. Центрифугирование проводилось в аппарате Medisplite при режиме 3000 об. 3 мин. До проведения микролипографтинга фибротические тяжи между кожей и подлежащими тканями рессекались при помощи острой иглы и V-образной канюли. Полученная адипозная масса, после добавления лекарственных средств, вводилась при помощи микроканюль подкожно и субпериостально в область верхнего и нижнего века, носа, скуловой кости. Количество процедур и объем вводимого жира определялись степенью деформации скуло-носо-орбитальной области. Интервал между этапами определялся в каждом случае индивидуально.

Результаты. Послеоперационное наблюдение проводилось после 2 и 4 недель, 3, 6, и 12 месяцев. В 9 случаях, при невыраженной вторичной деформации скуло-носо-орбитальной области, был получен хороший эстетический результат. У 3 пациентов с выраженной вторичной деформацией скуло-носо-орбитальной области был получен удовлетворительный эстетический результат.

Заключение. Микролипографтинг при эстетической реабилитации пациентов с вторичной деформацией скуло-носо-орбитальной области является малоинвазивной и эффективной процедурой.

Лазерный термолиз в протоколах неоперативной коррекции пролапса тазовых органов

Угрюмова Л.Ю.

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Пролапс тазовых органов является наиболее часто встречающейся патологией у женщин с естественными родами в анамнезе. Пациентки предъявляют массу жалоб, имея небольшую степень опущения. При этом хирурги идут на оперативное вмешательство, не имея на это достаточных оснований, пытаясь улучшить качество жизни пациенток. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности лазерного термолиза, как не оперативной методики коррекции пролапса тазовых органов.

В нашем институте было проведено 79 циклов лечения с использованием аблятивного СО₂ лазер (40/60/80 Вт, 10600 нм). Цикл состоял из 3 процедур с интервалом в 1 месяц. Возраст пациенток составил от 28 до 63 лет. Основные жалобы, предъявляемые пациентами: перерастяжение стенок влагалища, снижение чувствительно-

сти при половой жизни, неудовлетворенность партнера. Попадание воздуха во влагалище, вагинальные звуки. Снижение эластичности слизистой, атрофия, растрескивание. Боль при половом акте. Недержание мочи. Состав групп: 1 группа – 28 женщин с синдромом растянутого влагалища, из них у 14 отмечались эпизоды стрессового недержания мочи при выраженных физических нагрузках, сильном и продолжительном кашле, генитоуренарный синдром наблюдался у 6 из них. 2 группа – 43 женщины с 1 степенью пролапса из них у 22 стрессовое недержание легкой степени и у 3 гиперактивность мочевого пузыря в виде ноктурии 1-2 раза за ночь, генитоуренарный синдром – у 25 человек в данной группе. 3 группа – 8 женщин со 2 степенью пролапса, все они с симптомами легкой степени недержания и генитоуренарным синдромом. Использовались следующие методы диагностики: осмотр, оценка степени опущения по POP-Q, функциональные пробы (Ваальсальва и кашлевая), дневник мочеиспускания, опросник PFIQ-7 для оценки степени тазовой дисфункции, опросник PISQ-12 для оценки качества сексуальной жизни. При оценке результатов после 3 процедур лазерного термолиза выяснилось, что интенсивность жалоб значительно снизилась. Данные оценочной шкалы PFIQ-7 до процедуры – 38 баллов, после – 26. Шкала ICIQ-UI SF: до процедуры 7 баллов, после – 4. PISQ-12 до процедуры – 12, балов после – 37. Степень опущения по POP-Q осталась без изменения. Значительно снизилась симптоматика недержания мочи и проявлений генитоуренарного синдрома, функциональные пробы оказались отрицательными у всех пациенток, прошедших курс терапии.

Проведя данное исследование, мы пришли к выводам. Лазерный термолиз является эффективной не оперативной методикой коррекции симптомов опущения влагалища у пациенток, имеющих 1-2 степень пролапса. Методика позволяет отложить оперативное вмешательство и рекомендована женщинам, планирующим самостоятельные роды в будущем. Лазерный термолиз не устраняет пролапс, лишь купирует симптомы и не может быть альтернативой оперативному лечению при степени опущения более 2 по POP-Q.

Операции в челюстно-лицевой области, предупреждающие возникновение дефектов лица и нарушения функций

Фаизов Т.Т.

Казанский федеральный университет, Казань

Ошибки в диагностике и лечении онкологических процессов приводят к нарушению функций жевания и речи, к деформациям лица и психики, а для реабилитации требуется ВМП. В работе представлены 3 случая с анализом грубых ошибок в диагностике заболеваний и выборе методов хирургических операций, которые могли бы дове-

сти пациентов до инвалидности. 1. Пациентка 28 лет в течение года обращалась с жалобами на постоянную боль в правом ВНЧС с «прострелами» во время приёма пищи. Ей диагностировали «Синдром Костена», назначенное лечение не помогало. Сделали КТ ВНЧС, обнаружили круглое образования до 6 мм на наружной поверхности суставного отростка с разрежением внутри. У основания образования был костный шип, который травмировал суставную капсулу изнутри и являлся источником боли. В РКБ был поставлен диагноз: «Бластома» и была предложена резекция суставной головки с экзартикуляцией. Московские специалисты рекомендовали операцию реплантации головки с экстирпацией опухоли. Удаление опухоли было проведено через 3-сантиметровый разрез мягких тканей под скуловой дугой с открытым ртом, острые края и шип были сглажены. Морфологическое исследование показало, что это был эпидермоид. Боли впоследствии прошли. 2. Пациент 26 лет, обратился с жалобами на ноющие боли в нижней челюсти справа, её припухлость. На ОПГ, в теле обнаружено разрежение костной ткани с четкими краями от подбородка до ветви. В полость образования входили все зубы. Был поставлен диагноз «Амелобластома» и решено о половинной резекции нижней челюсти. На клиническом обходе выяснилось – не проведена биопсия опухоли и операция была отложена до её результатов, оказалось что это «Одонтогенная киста». Выполнена цистэктомия с сохранением всех входящих в неё зубов, т.к. дефицит костной ткани составлял до 80%, а удаление зубов привело бы к ещё большему ослаблению челюсти. Перед операцией на зубы были запломбированы и зашпунтированы по Тигерштедту. Так же челюсть была укреплена титановой минипластиной по нижнему краю челюсти. В послеоперационном периоде лечение костной полости проводилось регулярной санацией и тампонадой гелем Солкосерил. Контрольные ОПГ и КТ нижней челюсти свидетельствовали о заполнении полости новообразованной костной тканью от краёв к центру. Через год, костная полость полностью исчезла. 3. Женщина 56 лет была доставлена в «Центр экстренной медицины» с сильным кровотечением из огромной опухоли в правой височной области 14.03.2016 г., которая появилась ещё в 2002 г. При обращении к хирургу по месту жительства, тот успокоил, что сама пройдёт. К 2009 г. её размеры достигли 7 см, поверхность становилась бугристой, плотной, с сосудистым рисунком. Онколог в РОД, направил к сосудистому хирургу. В начале 2010 г. опухоль достигла 10x12 см, пациентка обратилась в 18-ю ГБ, откуда после консилиума направили в МКДЦ, где в лечении так же было отказано. Отчаявшись, она больше никуда не обращалась. 14 марта 2016 г. состояние больной резко ухудшилось из-за сильного артериального кровотечения из опухоли, вызванная скорая отвезла её в РКБ, откуда была перенаправлена в 7 городскую больницу. На следующий день была осмотрена мной. Общее состояние удовлетворительное. В правой височной области имелось образование овальной формы, 18x20 см, серо-фиолетового цвета, покрытое сосудистым рисунком,

неоднородной консистенции, безболезненное. Сбоку имелась рана в 4 см, покрытая коркой. Опухоль прикреплена кожно-сосудистой ножкой 6 x 4 см. Для ясности картины были сделаны МРТ и КТ с 3D-реконструкцией и контрастированием сосудов. Биопсию решили сделать в экспресс- или постоперационной форме. Предполагалось, что это гемангиома или сосудистая мальформация или ангиофиброма. Операцию выполнили с предварительной перевязкой правой наружной сонной артерии. Опухоль была удалена с последовательной перевязкой питающих сосудов. Вес её был 490 гр. В результате иссечения образовался дефект площадью в 60 см², который был уменьшен приёмами пластики местными тканями до размеров в 25 см². Оставшийся дефект был закрыт свободным кожным лоскутом с живота. Гистохимическое исследование показало, что это была «Спираденома» (киста потовой железы волосяного фолликула). Таким образом, ошибки врачей в первом случае привели бы пациентку к лишению правой суставной головки челюсти, во втором – потери половины челюсти, а в третьем обрели бы больную на 14-летние страдания.

Варианты контурной пластики лица

Фаизов Т.Т.

Казанский федеральный университет, Казань

В настоящее время значительные успехи достигнуты в реконструктивной хирургии лица и шеи, позволяющие устранять врождённые или приобретённые дефекты и деформации, а так же восстанавливать функции органов. При этом её можно назвать «психохирургией», т.к. положительные результаты операций улучшают качество жизни больных. В работе проанализированы случаи применения ауто-, ксено- или аллотрансплантатов, преимуществ и недостатки имплантов из металла и полимеров в контурной пластике перед натуральным материалом. Показаны достоинства контурной пластики лица местными тканями, включая удаление части тканей со здоровой стороны при асимметрии. Прооперированы пациенты с дефектами всех образований лица. Диагноз ставился на основании данных клинического обследования, ТРГ, ОПГ и КТ с 3D и выбирался метод операции. Выполнены ауто-трансплантации фрагментов гребня подвздошной кости и рёбер, аллотрансплантации консервированных рёберных хрящей или ксенотрансплантации имплантов Permasol. Имплантация конструкций из титана и полимерных материалов Porex и Силикона. Всего прооперировано 157 пациентов с 2011-2017 гг. Сложные реконструкции носа проводились как открытым, так и закрытым доступом. Удалялись, горбинки, экзостозы, фрагментировались носовые кости и хрящи с последующей репозицией. Для спинки и кончика носа создавались каркасы из леофилизированного рёберного хряща, из двух элементов: ладьевидный для спинки и стропилка для опоры кончика, связанные между со-

бой под углом в 85°. Но на сроках до 5 лет у всех происходило частичное рассасывание имплантов с деформацией спинки носа. Трём пациентам для устранения седловидного западения установлены титановые пластины, которые создавали идеальную форму, но давали температурную реакцию на морозе. Хороший результат был получен у 12-летнего мальчика со скрытой расщелиной, заниженным размером и седловидным западением носа, реконструкцию провели, используя имплантаты из полимерного материала Porex компании Medpor. Этот материал использовался еще у 34 пациентов при реконструкции не только носа, но и формы нижней челюсти, подбородка и скуловых костей. Вполне приемлемыми оказались импланты из силикона, компании Implantsch, 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 отдалённых сроках. Для формирования спинки носа или закрытия вдавленных дефектов лба применялся биологический ксенотрансплантат из очищенного свиного коллагена Permacol. Пациенты с деформациями ушных раковин оперировались по Кручинскому и Tanzer. Мальчику со значительным дефектом ушной раковины после укушенной раны, реконструкция проведена путём пересадки фрагмента со здоровой ушной раковины. Восстановление правильного контура при оттопыренности ушей, особенно в случаях одной ушной раковины, достигался за счет формирования противозавитка и уменьшения размеров скафы по Субириану. Пациентам с прогенией и прогнатией реконструкция челюстей проводилась методами Dal Pont, Лимберга, Рудько. Лечение больных с синдромом Робена, при котором выражены микрогенция 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 ягодич. Невыраженная асимметрия устранялась удалением части тканей со здоровой стороны. При восстановлении контура шеирезультат достигался за счет субментальной пластики по Burke и Peterson или лифтинга нижней трети лица и шеи. Контурсы глаз улучшались за счёт верхней и нижней блефаропластики с удалением жировых грыж. При жировой гипертрофии щёк, уменьшение объема жира проводилось внутри ротовым доступом через разрез по линии смыкания зубов, а сглаживание 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.

Реконструкция молочной железы методом «объем-слинг». Как увеличить реципиентную ёмкость, не используя наружную экстензию, или BRAVA«прощай»

Федосов С.И.

Многопрофильная клиника «РАМИ», Санкт-Петербург

Введение. Впервые результаты отсроченной реконструкции молочной железы методом «объем-слинг» были представлены нами на IV Национальном конгрессе по пластической хирургии в 2015 году. На протяжении последующих двух лет методика совершенствовалась. Однако этап подготовки реципиентной зоны с использованием системы BRAVA был далек от идеального, т.к. в полной мере не отвечал основным принципам реконструктивной хирургии: простота эксплуатации, комфорт для пациента, высокая эффективность в условиях постлучевого фиброза тканей в зоне интереса, адекватная цена применяемых расходных материалов. На наш взгляд все выше перечисленное являлось ограничением популяризации метода «объем-слинг».

Цель работы: повысить эффективность и упростить подготовку реципиентной зоны на этапе «объем».

Материалы и методы. С сентября 2015 года по ноябрь 2017 года на базе отделения реконструктивно-пластической хирургии многопрофильной клиники «РАМИ» было выполнено 27 реконструктивных операций «объем-слинг». Все пациенты проходили тщательный отбор, и у всех были определены четкие показания к выполнению данного оперативного пособия. Критериями отбора пациентов для выполнения отсроченной реконструкции методом «объем-слинг» являлись: 1. Состояние после оперативного лечения в объеме мастэктомии. 2. Неудовлетворительный результат первичной реконструкции. 3. Лучевая терапия в анамнезе; 4. Выраженная ригидность тканей в зоне интереса. 5. Размер здоровой молочной железы В-С. 6. Достаточная донорская емкость жировой ткани. 7. Некурящие женщины. 8. Желание пациентки выполнить реконструкцию без применения имплантов и полнослойных комплексных аутоотрансплантатов. Всем пациентам на этапе «объем» производилась субмускулярная имплантация экспандера. Семи пациентам на данном этапе симультанно 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. Забор и обработка жировой ткани производилась по методу S. Coleman, трансплантация трехплоскостной техникой в процессе которой основной «матрицей» для жировой ткани выступала капсула экспандера. На этапе «слинг» осуществлялась реконструкция контуров и топографических ориентиров молочной железы одномо-

ментно с полным замещением объема экспандера аутогенной жировой тканью. Шести пациенткам понадобился дополнительный этап реконструкции объема, который выполнялся под местной анестезией.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях использования модифицированного метода «объем-слинг» для реконструкции молочной железы был достигнут отличный эстетический результат. Имплантация экспандера на этапе «объем» позволила сократить сроки подготовки реципиентной зоны, увеличить реципиентную емкость за счет появления дополнительной плоскости трансплантации аутогенной жировой ткани.

Заключение. Использование модифицированного метода «объем-слинг» позволило полностью отказаться от применения системы BRAVA и Nooglebergg на этапе подготовки реципиентной зоны. На наш взгляд в настоящее время метод «объем-слинг» отвечает всем принципам современной реконструктивно-пластической хирургии и является операцией первого выбора при отсроченном восстановлении молочных желез в условиях частной клиники.

Опыт использования аутоотрансплантатов из хряща ушной раковины в реконструктивной хирургии носа

Фетисов И.С., Наседкин А.Н., Грачев Н.С.
Международный медицинский центр ОН КЛИНИК, Москва

При проведении реконструктивных вмешательств на носу используют различные виды трансплантатов. Наиболее предпочтительным источником для формирования трансплантата является четырехугольный хрящ. Но в ряде случаев перегородочного хряща может быть недостаточно. Другим источником аутохряща могут быть ушные раковины и ребра.

Цель исследования. Изучить возможности использования хряща ушной раковины при проведении ринопластики.

Материалы и методы исследования. Была проведена операция по пластике носа 8 пациентам (7 женщин и 2 мужчины), возраст 26-44 лет. У всех пациентов в анамнезе операция на перегородке носа. У 7 пациентов была проведена ранее ринопластика. Мы выполнили 7 пациентам ринопластику с трансколумеллярным и подхрящевым доступом, 1 пациенту операция проводилась через подхрящевой доступ. При ревизии носа у 8 пациентов отсутствовали или были значительно деформированы в результате предыдущей операции нижние латеральные хрящи. У всех пациентов отсутствовала значительная часть четырехугольного хряща и была нарушена его опорная функция. Для восстановления структур носа требовалось использование аутоотрансплантатов. Для источника хрящевой ткани мы выбрали чашу ушной ра-

ковины. У 4 пациентов забор хряща проведен с двух сторон, у 5 пациентов с одной. Из полученного хряща были созданы различные виды трансплантатов (расширяющие трансплантаты, трансплантаты замещающие латеральные ножки нижних латеральных хрящей, трансплантаты для заполнения дефектов спинки и кончика носа и трансплантаты укрепляющие медиальные ножки). Результаты исследования. Пациенты наблюдались в течение 1 года. В раннем послеоперационном периоде у 2 пациенток было выявлено образование гематомы в области ушной раковины. Других осложнений не было выявлено. У 1 пациента отмечалось избыточное уменьшения носогубного угла в послеоперационном периоде, в результате недостаточной опоры поддерживающего трансплантата. Результаты оперативных вмешательств у всех пациентов соответствовали эстетическим и функциональным нормам.

Выводы. Трансплантаты из хряща ушной раковины могут быть использованы для восстановления хрящевых структур носа при проведении ревизионной ринопластики. Оптимально использование ушного хряща для восстановления латеральных ножек нижних латеральных хрящей и заполнения дефектов спинки и кончика носа. Использование трансплантата в качестве укрепления медиальных ножек может привести к нежелательному результату.

Радиоволновая технология в хирургии век и удалении глаза

Филатова И.А., Мохаммад И.М., Шеметов С.А., Братов Б.М.
Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, отдел пластической хирургии и глазного протезирования, Москва

Актуальность. Совершенствование подходов к хирургическому лечению пациентов неразрывно связано с развитием современных технологий, применяемых в диагностике и хирургическом лечении, что способствует повышению эффективности в реабилитации пациентов. В ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца» МЗ РФ современная радиоволновая технология внедрена в особом разделе офтальмологии – пластической офтальмохирургии. С помощью радиоволновой технологии разработаны модифицированные методы хирургического лечения и реабилитации пациентов с патологией век и при удалении глаза.

Цель работы. Оценить эффективность радиоволновой технологии в хирургии век и удалении глаза.

Материалы и методы. Клиническую группу составили 483 пациента с патологией глаза и его придаточного аппарата. Всех пациентов разделили на 2 группы: I гр. – 230 пациентов, которым выполняли реконструктивные операции на веках: устранение блефарохалазиса, коррекция

эпикантуса, устранение заворота и выворота век, резекция ксантелазм, устранение лагофталма, реконструкция век. Дополнительно 13 пациентам из этой группы за 7-14 дней до операции провели обработку век и периорбитальных тканей радиоволновой технологией (Pelleve); II группа – 253 пациента, которым выполнили операцию по удалению глаза модифицированным методом эвисцерации. Все хирургические вмешательства выполнены с применением радиоволновой технологии. Оценка воздействия на ткани методикой Pelleve оценивали путем контроля микрогемодикуляции.

Результаты. Во всех случаях после пластики век и эвисцерации заживление происходило в обычные сроки, отеки разрешились через 1-3 недели. Кожные швы снимали на 7-9 день. Результаты применения радиоволновой хирургии при реконструктивных операциях на веках по критериям: отек, геморрагии, формирование косметического рубца (средние баллы) были меньше на 9,5-17,4% по сравнению с традиционными методами операций. Выполнение эвисцерации с применением радиоволновой хирургии позволило тщательно провести удаление пигментной ткани и сократило время операции в среднем на 10-15 мин. Обработка век и периорбитальных тканей радиоволновой технологией (Pelleve) способствовала стимуляции микроциркуляции в тканях.

Заключение. Радиоволновая хирургия способствуют повышению эффективности хирургического лечения пациентов с врожденной, сенильной и посттравматической патологией глаза и его придаточного аппарата. За счет преимуществ радиоволновой хирургии повышено качество проведения операций, сокращено время операции и послеоперационного лечения, уменьшено количество осложнений и достигнут лучший косметический эффект.

Использование имплантатов из политетрафторэтилена для рецессии и реконструкции леватора

Филатова И.А., Шеметов С.А.

Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Актуальность. Реконструкция леватора после травм, посттравматический птоз. Необходимость рецессии леватора.

Цель. Оценка эффективности имплантатов из ПТФЭ при рецессии и реконструкции леватора.

Материал и методы. В клиническую группу вошли 13 пациентов, которым требовалось выполнение рецессии леватора; 4 пациента с посттравматическим птозом у которых птоз был обусловлен нарушением связи леватора с веком и дефектом леватора и/или апоневроза «минус ткань». Ретракция верхнего века имела врожденную природу в 4 случаях; в 3 случаях явилась следствием эндокринной офтальмопатии; в 6 следствием паралича и лицевого нерва. Жалобами пациентов при ретракции

в основном являлись увеличение глазной щели, лагофталм, чувство сухости, дискомфорт глаза. Пациентов с птозом беспокоило опущение верхнего века и связанный с этим зрительный и косметический дискомфорт. В трех случаях травма, вызвавшая птоз, имела механическую природу – удар тупым предметом и ножевое ранение, в одном случае химический ожог. Пациентом проводилось хирургическое лечение с использованием в качестве имплантата полотно из ПТФЭ, толщиной 200 мкр, без перфораций. При рецессии имплантат использовался в качестве «вставки» между апоневрозом леватора и тарзальной пластинки. Имплантата использовался в 2 раза длиннее, чем было необходимо опустить край верхнего века. Для устранения посттравматического птоза с помощью имплантата восполнялась потерянная ткань и восстанавливалась связь между структурами леватора и тарзальной пластинки.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях удалось получить желаемый результат, что при рецессии леватора проявилось уменьшением лагофталма и субъективных жалоб пациента. При устранении птоза верхнее веко поднялось до полного открытия зрачка, глазная щель приобрела форму симметричную с парной стороной. Осложнений в послеоперационном и в более поздних периодах не выявлено.

Заключение. Для рецессии леватора и устранения посттравматического птоза может быть успешно использован имплантат, сформированный из пластины ПТФЭ толщиной 200мкр. Механические свойства имплантата позволяют моделировать его до нужных форм интраоперационно, что расширяет возможности его использования.

Применение концепции избирательного ремоделирования в комплексном нехирургическом инъекционном омоложении средней трети лица

Хрущ Г.В.

Компания «Мелис», Москва

Вступление. Лицо современного социально активного человека по-прежнему остается областью наибольшего интереса, поскольку является триггерной зоной, отражающей наиболее ранние естественные внешние признаки старения. Повсеместно растущая потребность к улучшению качества жизни определяет востребованность и актуальность процедур по омоложению лица, ключевой точкой приложения которых, несомненно, является область средней трети.

Основная часть. Вопрос инъекционной коррекции средней трети лица, включающей в себя периорбитальную зону, несмотря на большое количество предложенных инъекционных методик омоложения, остается по-прежнему открытым. В большей степени это обусловлено

протеворечивыми гипотезами развития возрастных изменений этой области в различный временной промежуток. Мягкотканная модель лицевого старения, согласно которой ведущим фактором возрастных изменений является действие гравитации на кожные покровы, в результате чего происходит их растяжение, на сегодняшний день потеряла главенствующее значение. Так как при этом не учитывается роль остальных подлежащих анатомических уровней. Существенное значение имеет детальное описание и изучение возрастных изменений анатомических структур средней трети. Однако вследствие накопления клинического опыта возникает закономерный вопрос: всем ли пациентам одной и той же возрастной категории, отмечающим возрастные изменения в средней трети мы можем предлагать один и тот же алгоритм коррекции?

Цель и задачи: -систематизация и классификация изменений средней трети; -разработка и внедрение комплексных алгоритмов коррекции, учитывающих преобладающий фактор возникновения данного проявления; -изучение оптимального сочетания процедур с целью их взаимопотенцирующего воздействия; -инъекционная ринопластика как часть комплексной программы бьютификации средней трети; -применение избирательной концепции ремоделирования средней трети в зависимости от степени проявления возрастных изменений и принадлежности к морфотипу; -соблюдение принципа «послойности» воздействия на все уровни анатомических изменений средней трети (кожа, малярная и глубокая жировая клетчатка, SMAS (круговая мышца глаза, большая и малая скуловые мышцы, мышца, поднимающая верхнюю губу и крыло носа, мышца, поднимающая верхнюю губу), удерживающие связки (глазничная, скуловая); -клиническая апробация новых методик применения, хорошо зарекомендовавших себя гарантированно качественных и безопасных препаратов: инъекционная коррекция грыжевых и малярных «мешков» липолитиком глубокая внутримышечная стимуляция мышц леваторов средней трети при помощи мезотерапии у пациентов после блефаропластики с целью быстрого восстановления круговой мышцы глаза; использование мезонитей с целью укрепления глазничной перегородки. Применение концепции избирательного ремоделирования в комплексном нехирургическом омоложении средней трети базируется на: -оценке и дифференциации пациентов согласно морфотипу старения и степени выраженности возрастного изменения; -таргетное воздействие на причину проявления согласно преобладающему механизму возникновения изменения; -составление комплексной, послойной, этапной герантолечебной и герантопротекторной программы коррекции; -применение нестандартных технологий использования, хорошо зарекомендовавших себя качественных препаратов с целью коррекции возрастных изменений средней трети; -использование в практике взаимопотенцирующих схем алгоритмов коррекции базирующихся на действии препаратов с доказанной эффективностью и безопасностью.

Применение лоскутов с осевым кровотоком в лечении глубоких раневых дефектов (обзор клинических случаев)

Цветков Е.А.

Плесецкая центральная районная больница, р.п. Плесецк, Архангельская область

Закрытие посттравматических раневых дефектов с обнажёнными глубокими анатомическими структурами (кость, сухожилие, сустав) сопряжено с определёнными трудностями. Аутодермопластика часто даёт отрицательные результаты из-за плохого кровоснабжения подлежащих закрытию тканей, итальянская пластика и пластика филатовским стеблем сопряжена с необходимостью иммобилизации пациента и длительным пребыванием в стационаре. В данных клинических случаях наилучший функциональный и косметический результат приносит пластика лоскутами с осевым типом кровоснабжения. Проанализировано семь клинических случаев. Первому пациенту с термическим контактным ожогом IV степени 7% головы, спины и правого плеча, с обнажённой в ране костью лопатки, произведена пластика раны торакодорсальным лоскутом. Второму пациенту с термическим ожогом IV степени тыльной поверхности кисти некрозом и разрывом разгибателя 2-го пальца произведена пластика лучевым лоскутом на периферической сосудистой ножке с одномоментной тендопластикой сухожилия разгибателя. Третьему пациенту с термическим ожогом высоковольтным электрическим током IV ст. 4% левой кисти и нижней трети левого предплечья произведена пластика паховым лоскутом на поверхностной артерии, огибающей переднюю верхнюю подвздошную артерию. Четвёртому пациенту с глубоким пролежнем области крестца выполнена пластика верхним ягодичным лоскутом. Пятому пациенту с глубоким гнойно-некротическим пролежнем седалищной области выполнена пластика лоскутом нежной мышцы бедра. Шестому пациенту с термическим ожогом III-IV ст. 7% правого бедра и правой голени произведено закрытие раны с обнажённой большеберцовой костью лоскутом медиальной головки икроножной мышцы. Седьмому пациенту с трофической язвой пяточной области с остеомиелитом пяточной кости произведена пластика раневого дефекта медиальным подошвенным лоскутом. Во всех случаях получены хорошие косметические и функциональные результаты.

Выводы. Применение лоскутов с осевым типом кровоснабжения даёт хорошие косметические и функциональные результаты при закрытии ран с обнажёнными глубокими анатомическими структурами, кроме этого позволяет снизить койко-день и в некоторых случаях избежать инвалидизации пациентов, что имеет экономический эффект. Торакодорсальный лоскут позволяет закрыть глубокие раневые дефекты лопаточной и подмышечной области, области плеча и плечевого сустава.

Лучевой лоскут с одномоментной тендопластикой разгибателя 2-го пальца кисти в нашем клиническом наблюдении позволил добиться не только полного закрытия глубокого раневого дефекта с обнажёнными сухожилиями разгибателей пальцев, но и полного восстановления функции разгибания 2-го пальца кисти. Паховый лоскут на поверхностной артерии, огибающей переднюю верхнюю подвздошную ость хорошо подходит для закрытия обширных раневых дефектов кисти и предплечья. Недостатком пахового лоскута является необходимость иммобилизации и длительное пребывание пациента в стационаре. При закрытии глубоких пролежней крестцовой области предпочтительно использование верхнего ягодичного лоскута, который обеспечивает не только адекватный кровоток в закрываемой ране, но и создаёт хорошую прослойку мягких тканей над крестцовой костью, что немало важно для профилактики рецидивов пролежней. При глубоком пролежне седалищной области предпочтительно использование лоскута нежной мышцы бедра, которая позволяет хорошо тампонировать глубокий раневой дефект, создаёт хорошую прослойку мягких тканей над седалищным бугром полностью, снимая натяжение в ране. Икроножный лоскут позволяет хорошо закрывать глубокие раневые дефекты области верхней трети большеберцовой кости и коленного сустава, создаёт хороший кровоток в закрываемой ране. При трофических язвах подошвенной поверхности стопы применяется срединный подошвенный лоскут, когда лоскут берётся с не опорной части стопы, где кожа по своим свойствам идентична коже пяточной области (это определяет устойчивость лоскута к опорным нагрузкам. После аутодермопластики, пластики суральным лоскутом, итальянской пластики часто, когда пациент начинает ходить лоскуты «протаптываются» и наступает рецидив язвы. Срединный подошвенный лоскут устойчив к опорным нагрузкам и не даёт рецидивов.

К вопросу об оказании высокотехнологичной медицинской помощи в рамках специальности «пластическая хирургия»

Цуканов А.И., Казанцев И.Б., Серяков В.И., Чикинёв К.Э., Галашов В.Н., Ли В.М., Трунов Л.А.

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

Введение. Отделение реконструктивной и пластической хирургии ОГАУЗ «Томской областной клинической больницы» открыто в соответствии с распоряжением Департамента здравоохранения Томской области от 01.08.2014г. №570. Это одно из немногих в России отделений данного профиля, которое функционирует на базе многопрофильного государственного учреждения здравоохранения, реализуя порядок медицинской помо-

щи по специальности «Пластическая хирургия» (приказ Минздрава РФ № 555н от 30 октября 2012 года). Согласно обозначенного порядка, хирурги отделения обеспечивают высококвалифицированной медицинской помощью население не только г. Томска, Томской области, но и всего Сибирского федерального округа. Проводится коррекция функциональных дефектов покровных и подлежащих тканей любой локализации, как посттравматической, так и врожденной этиологии. Значительный процент, проводимых операций, соответствует реализации методик высокотехнологичной медицинской помощи. Исходя из выше упомянутого приказа №555н, в состав отделения пластической хирургии должны входить специалист челюстно-лицевой хирург, косметолог, а учитывая современные реалии и работу с кистью, расщелинами губы и нёба, также необходимы травматолог-ортопед и детский хирург. Это обуславливает некоторые проблемы реализации ВМП непрофильных групп (травматология-ортопедия, челюстно-лицевая хирургия и т.д.). В частности, это касается кадрового врачебного состава отделения.

Цель. Провести анализ работы отделения реконструктивной и пластической хирургии ОГАУЗ «Томской ОКБ» в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи и рассмотреть возможность усовершенствования порядка оказания ВМП по профилю «Пластическая хирургия».

Материалы и методы. Проводили анализ клинических случаев (объём оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной хирургической помощи) выполненных врачом пластическим хирургом в условиях отделения реконструктивной и пластической хирургии ТОКБ с января 2016 по октябрь 2017 годов.

Результаты. ОГАУЗ «ТОКБ» – многопрофильное учреждение 1-го уровня, в структуре которого осуществляется высокотехнологичная хирургическая помощь. Отделение реконструктивной и пластической хирургии рассчитано на 20 коек. В составе отделения работают 7 пластических хирургов. За период с января 2016 по октябрь 2017 года в ОГАУЗ «ТОКБ» было реализовано 1456 квот на оказание федерального и регионального ВМП в отделениях торакальной хирургии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии, челюстно-лицевой хирургии, гинекологии, офтальмологии, кардиологии, общей хирургии и реконструктивной и пластической хирургии. Пластическими хирургами отделения было реализовано 77 случаев, что составляет 5,3% от общего числа высокотехнологичных операций. Стоит отметить, что за указанный период хирургами отделения было выполнено 2447 оперативных вмешательств в рамках ОМС, из которых 396 случаев по всем параметрам соответствовало стандартам и клиническим группам ВМП. Однако строгие нормативы по количеству выделенных случаев ВМП, не позволили нам их соответствующим образом оформить. Мы вынуждены были выполнять эти оперативные пособия, из различных разделов (групп ВМП) непрофильных специальностей, а именно, нейрохирургия, онкология, травматология и ортопедия, челюстно-лицевая хирургия – нашими специ-

алистами, не имеющие сертификата по вышеуказанным хирургическим специальностям. Реализация всего порядка оказания медицинской помощи, в том числе ВМП, обуславливает наличие множества непрофильных специалистов, что не может быть реализовано в рамках одного отделения из-за несоответствия коечного фонда к ставочному.

Выводы. С целью усовершенствования и модернизации существующей модели распределения ВМП, назрела насущная необходимость выделения чётких клинических групп ВМП по пластической хирургии в Перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемых за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Ринопластика у взрослых пациентов с деформацией носа после устранения врожденной односторонней расщелины губы и нёба. Эстетические и функциональные аспекты

Чкадуа Т.З., Иванова М.Д., Брусова Л.А., Агеева Л.В.

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

Цель. Повышение эффективности хирургического лечения взрослых пациентов с деформациями носа после устранения односторонней расщелины губы и неба.

Задачи. Изучить характерные клинко-анатомические особенности деформации носа у пациентов с односторонней расщелиной губы и неба в зависимости от методики первичной операции. Изучить факторы, влияющие на развитие вторичной деформации носа. Изучить изменения функции внешнего дыхания у взрослых пациентов с односторонней расщелиной губы и нёба. Разработать методику хирургического лечения и послеоперационной реабилитации, позволяющую устранить эстетическую деформацию носа, восстановить функцию носового дыхания и предотвратить рецидив деформации.

Материалы и методы. В ЦНИИС и ЧЛХ за последние 3 года прошли комплексное обследование и лечение 48 пациентов с вторичными деформациями носа. Пациенты были поделены на 2 группы в зависимости от методики первичной операции: 1-ю группу составили пациенты, оперированные по методике Миллард, 2-ю – по методике Обуховой-Теннисон. Эстетическую составляющую деформации исследовали при помощи фотометрии и мультиспиральной компьютерной томографии, а функциональную – при помощи электромиографии, акустической и передней активной риноманометрии.

Результаты. Эстетическая составляющая деформации носа включала в себя асимметрию костной пирамиды носа, искривление спинки носа с девиацией кончика в здоровую сторону, уменьшение размера крыла на по-

раженной стороне, смещение основания колумеллы в здоровую сторону, асимметрию арок крыльев носа, нависание кожной складки в области арки и гребневидной складки в просвете носового хода, асимметрию оснований крыльев носа, деформацию наружного носового отверстия на пораженной стороне. При помощи электромиографии выявлено снижение биоэлектрической активности (БЭА) круговой мышцы рта на стороне расщелины у пациентов обеих групп. У пациентов 1 группы выявлено повышение БЭА мышц, формирующих носогубную складку на стороне расщелины, а у пациентов 2 группы напротив было выявлено резкое ее снижение. Полученные данные свидетельствуют о выраженном влиянии мышечной дистонии на асимметричную деформацию носа и всего назолабиального комплекса. При помощи риноманометрии выявлено повышение суммарного сопротивления при вдохе в 3 раза, при выдохе – в 2 раза у пациентов 1 группы. У пациентов 2 группы тот же показатель повышен при вдохе и выдохе в 2 раза. Согласно полученным данным, пациентам было проведено хирургическое вмешательство, включающее в себя устранение деформации носа, укрепление наружного клапана носа, расширение внутреннего клапана, устранение нависающей кожной складки и формирование симметричной здоровой стороне арки крыла носа. В послеоперационном периоде с целью достижения симметрии мышечного тонуса, предотвращения растяжения послеоперационного рубца и стеноза наружного клапана носа, была разработана индивидуальная схема ботулинотерапии.

Выводы. При помощи фотометрии выявлено, что степень асимметрии структур назолабиального комплекса у пациентов 1 группы выражена в меньшей степени (углы отклонения $6,4 \pm 1,30$) чем у пациентов 2 группы (углы отклонения $9,6 \pm 2,20$). Нарушение носового дыхания характерно для всех пациентов с деформацией носа после односторонней хейлопластики, однако первичная хейлопластика по Миллард сопровождается более выраженным нарушением носового дыхания за счет эффекта клапана при вдохе. Характерной функциональной особенностью является асимметричная дистония мышц назолабиального комплекса, выражающаяся в повышении БЭА мышц, формирующих носогубную складку на стороне расщелины у пациентов 1 группы (КАС = $0,66 \pm 0,19$) и ее снижении у пациентов 2 группы (КАС = $2,64 \pm 0,53$). Разработанный метод хирургического лечения позволяет одновременно устранить деформацию костного и хрящевого отделов носа и восстановить проходимость носового хода на всех уровнях, тем самым обеспечивая достижение хорошего эстетического и функционального результатов. Применение ботулотоксина в послеоперационном периоде нивелирует асимметричную мышечную дистонию, обеспечивает формирование нормотрофических рубцов и позволяет предотвратить рецидив деформации. Необходим комплексный подход в реабилитации пациентов с деформациями носа после односторонней хейлопластики, включающий в себя не только усовершенствованную хирургическую методику, но и комплекс-

ную функциональную реабилитацию, основанную на изучении мышечного тонуса и анализе параметров внешнего дыхания.

Сравнительный анализ способов реконструктивной отоластики

**Чкадуа Т.З., Абрамян С.В., Чолокава Т.Д.,
Асирова Г.В., Арсенидзе А.Р.**

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

Актуальность. Дефекты и деформации ушных раковин встречаются, по данным разных авторов, в 1:8000-10000 случаев новорожденных, также являясь значительной составляющей частью от общего количества пациентов с челюстно-лицевой травмой. Основной целью любой реконструкции является точное воссоздание отсутствующих анатомических частей. Это касается также и реконструкции ушной раковины. Особенностью операции по формированию ушной раковины является тот факт, что результат зависит не только от применяемой методики операции, но и от используемого аутоотрансплантата или полимерного имплантата.

Цель исследования: провести сравнительный анализ способов устранения тотальных и субтотальных дефектов ушных раковин.

Материалы и методы. Различают 3 принципиально разных способа реконструкции ушной раковины. Суть операции «двухэтапная отоластика или двухэтапная реконструкция» заключается в формировании ушной раковины при помощи аутореберного хрящевого каркаса, который первым этапом переламинируется под кожу сосцевидной области, а вторым этапом, через 6 месяцев, отводится с формированием ушно-головного угла и заушной складки. Данным способом было прооперировано 45 пациентов. Одноэтапная отоластика заключается в установке в зоне дефекта ушной раковины заранее изготовленного силиконового эндопротеза или имплантата ушной раковины, который окутывается височно-теменным фасциальным лоскутом, поверх которого фиксируется расщепленный аутодермотрансплантат с ягодичной области. Данный вид операции был применен у 65 пациентов. Метод эктопротезирования ушной раковины с опорой на внутрикостные имплантаты заключается в том, что первым этапом в сосцевидный отросток височной кости устанавливаем внутрикостные имплантаты с формирователями, а затем через 2-4 недели устанавливаем абатменты, магнитную или балочную конструкцию для фиксации протеза и изготавливаем эктопротез ушной раковины. Данный способ лечения был применен у 21 пациента.

Полученные результаты. Показанием для этих способов лечения является субтотальный или тотальный дефект ушной раковины, независимо от его этиологии. Противопоказанием же для двухэтапной отоластики

является рубцовая деформация и, как следствие, нарушение микроциркуляции в коже ушной раковины или сосцевидной области, а для одноэтапной основным противопоказанием является нарушение кровоснабжения в височно-теменной области, отсутствие поверхностной височной артерии и ее ветвей. Противопоказанием к эктопротезированию с опорой на внутрикостные имплантаты является недостаточный объем костной ткани сосцевидного отростка височной кости. Оптимальным возрастом, когда можно начинать лечение и когда уже лучше не применять метод двухэтапной отоластики, является возраст с 8-9 лет до 45-50 лет. Для одноэтапной отоластики такими возрастными рамками являются возраст с 6-7 лет до 35-40 лет. Эктопротезирование ушной раковины можно начинать с 6-7 лет и определяющим в данном случае является только достаточный объем костной ткани в зоне установки имплантатов. Также у каждого из способов есть свои преимущества и недостатки. Основным преимуществом двухэтапной отоластики является использование аутологичных тканей, что позволяет не бояться их инфицирования в случае прорезывания каркаса. С другой стороны, аутологичные ткани могут рассасываться в послеоперационном периоде и ушная раковина может потерять форму. При одноэтапной отопластике с использованием силиконового имплантата главным преимуществом является то, что это всего 1 операция, довольно быстрая реабилитация. За счет эластичности имплантата пациент без дискомфорта может спать на сформированной ушной раковине. Но зато в случае ее травмы и инфицирования ложа имплантата почти невозможно спасти ушную раковину. Главным достоинством эктопротезирования ушной раковины является, конечно, полная идентичность протеза здоровому уху. Но при этом ушная раковина является съемной конструкцией и требует тщательного гигиенического ухода, а также замены протеза каждые 1,5-2 года в связи с выцветанием красок. Таким образом, можно сказать, что все способы имеют свои плюсы и минусы.

Выводы. Таким образом, можно сказать, что каждый из представленных способов устранения дефектов ушных раковин имеет свои преимущества и недостатки, в то же время, каждый метод имеет право на существование и может быть использован в конкретном клиническом случае.

Диагностика психоэмоциональных расстройств у пациентов с дефектами и деформациями носа

**Чкадуа Т.З., Качмазова М.В., Лящнина Ю.А.,
Сафарян Д.Л.**

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

Самой выступающей частью лица является пирамида носа, играющая наряду с другими главными опознава-

тельными органами лица важнейшую косметическую роль в благообразии образа человека. При этом частота отклонений формы носа от общепринятых «классических» канонов достаточно велика, составляет 90%. Во многих случаях стресс связан не с какими либо функциональными нарушениями, а с психологическим дискомфортом или отсутствием принятия собственного отражения в зеркале, что приводит к социальной дезадаптации пациента. Эта проблема берет свое начало из детского возраста и может достигать уровня невротического расстройства у взрослых.

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики и лечения пациентов с деформациями носа различной этиологии.

Материалы и методы. В период с сентября 2015 по сентябрь 2017 г. в отделении реконструктивной челюстно-лицевой хирургии, микрохирургии и экзопротезирования клиники ЦНИИС и ЧЛХ прошли комплексное обследование и лечение 115 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет.

Методы обследования, которые мы использовали для подготовки пациента к операции, включали: фотометрию лица (выявление степени асимметрии отдельных субъединиц носа), МСКТ (в том числе построение 3D-изображения), переднюю активную и акустическую риноманометрии и трехуровневую систему диагностики степени выраженной психоэмоциональных расстройств с последующей коррекцией состояния. Первый уровень диагностики в качестве скрининг-метода включал в себя две стандартные тестовые методики: САН (тест для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения), и КОДВиОНС (Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний). При отсутствии отклонений на данном этапе мы планировали оперативное лечение. При наличии отклонений пациент переходил на второй уровень, который включал в себя стандартную тестовую методику СМЛЛ (Стандартизированный многофакторный метод исследования личности). При отсутствии отклонений на данном этапе мы так же планировали оперативное лечение. При наличии выраженных изменений личностного профиля СМЛЛ за границы «нормальных значений» пациент переходил на третий уровень, который осуществлялся с привлечением специалистов (психотерапевтов, психиатров) для дополнительных консультаций во время пребывания пациента в стационаре, после чего решался вопрос о целесообразности оперативного лечения. Выбор оптимального метода устранения деформации костно-хрящевого отдела носа проводился в зависимости от вида и объема деформации, который включал в себя как открытую, так и закрытую ринопластику или же в случае наличия дефекта носа – применение различных лоскутов и аутоотрансплантатов.

Полученные результаты. На основании полученных данных был составлен план комплексного лечения и реабилитации, сочетающий хирургический этап и коррекцию психоэмоционального состояния на основании проведенных ранее методов его диагностики. Хирургическое лечение было направлено на устранение деформации костно-хрящевого отдела носа, укрепление внутреннего

и наружного клапана носа при помощи хрящевых аутоотрансплантатов, устранение деформации перегородки носа, уменьшение нижних носовых раковин. Для устранения дефектов носа использовались различные мягкотканые лоскуты и аутоотрансплантаты. Так же учитывалась эстетическая составляющая хирургического этапа в зависимости от пожеланий пациента. В результате комплексного хирургического лечения у всех пациентов был получен хороший эстетический результат, а также восстановлено физиологичное носовое дыхание. Подтверждением этому служили контрольные данные ринометрии, МСКТ и фотометрии через 6 месяцев. Так же через 6 месяцев все пациенты вновь проходили диагностику самооценки и психоэмоциональных расстройств, в результате которой мы выявили, что уровень невротизации снизился на 78%, что составило 90,9% пациентов с более адаптированным состоянием.

Выводы. Разработанная схема предоперационной подготовки позволяет своевременно определить и скорректировать текущее психоэмоциональное состояние пациента в условиях стационара, позволяет выбрать оптимальные методы хирургического лечения и решить вопрос о целесообразности операции в целом. Это дает нам возможность избежать проблем, связанных с неадекватно завышенным уровнем притязаний пациента и его неудовлетворенностью результатами успешно проведенной операции, а так же составлять рекомендации при выписке, направленные не только на улучшение функционального и эстетического, но и психологического состояния пациента.

Совершенствование методов лечения пациентов с деформацией назалабиального комплекса после устранения врожденной двусторонней расщелины верхней губы и нёба

Чкадуа Т.З., Якубов В.М., Агеева Л.В.

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

Актуальность темы. Расщелины губы и нёба являются одним из распространенных врожденных пороков развития лица. Помимо эстетических изменений, данный порок приводит к значительным нарушениям функции дыхания, глотания, жевания, речи, снижая тем самым качество жизни. Все это влечет за собой множество психологических проблем у пациентов, вызывает нарушение социальной адаптации, неуверенности в себе и т.п. Поэтому вне зависимости от того, насколько успешны различные этапы лечения, способствующие устранению функциональных недостатков, не менее важен и благоприятный эстетический результат. Определение тактики и техники вторичной хейлоринопластики требует изучения и совершенствования. Для улучшения функциональных и

Для закрытия нижней трети дефекта использован повреждённый длинный разгибатель пальцев стопы на дистальной сосудистой ножке, идентифицированной на 4 см выше уровня лодыжек. Дефект кожи устранён пересадкой перфорированного свободного расщеплённого аутодермотрансплантата уложенного на мышечные лоскуты. С целью фиксации и дренирования на лоскуты и трансплантат установлена система лечения ран управляемым отрицательным давлением Vivano. В послеоперационном периоде наблюдались нарушения кровообращения в области мышечного лоскута из разгибателя пальцев стопы, приведшие к его парциальному некрозу, несмотря на проводимую консервативную терапию. При этом лоскут из икроножной мышцы и уложенный на него аутодермотрансплантат прижили полностью. Наличие дефекта мягких тканей в нижней трети голени с обнажением кости потребовало очередного оперативного вмешательства. Учитывая степень выраженности посттравматических изменений местных тканей, единственным вариантом являлось использование тканей с отдалённых участков тела. Для уточнения плана операции выполнялась ангиография сосудов правой нижней конечности. 17.02.2014: Выполнена пластика дефекта свободным кожно-мышечным торакодорзальным лоскутом с наложением микрососудистых анастомозов. Размеры лоскута 18x7 см, длина сосудистой ножки 7 см. В качестве реципиентных сосудов использованы задне-берцовые артерия и вена. Послеоперационный период протекал благоприятно. Лоскут прижил полностью, что позволило приступить к активным реабилитационным мероприятиям. Пациент в удовлетворительном состоянии выписан 21.03.2014 после прохождения курса реабилитации.

Результаты. При контрольном осмотре в декабре 2014 г. пациент передвигается без костылей и трости с незначительной хромотой на правую ногу при быстром темпе. Ось голени правильная. Имеются обширные нормотрофические рубцы по передне-наружной поверхности правой голени смещаемые, безболезненные. Гипотрофия мышц правой голени. Тильное разгибание/подошвенное сгибание 85/120 градусов, без ощущения постороннего шума и боли. Нарушено активное разгибание II-V пальцев правой стопы.

Выводы. Клинический случай показывает успешное применение различных методов пластики и современных технических средств в целях реконструкции мягких тканей дистального сегмента нижней конечности. С точки зрения пластической хирургии, имеет значение демонстрация клинической значимости классификации мышечных лоскутов по Mathes и Nahai (Mathes SJ, Nahai F. Classification of the vascular anatomy of muscles: experimental and clinical correlation. *Plast Reconstr Surg*. 1981; 67:177). Так, мышечный лоскут с доминантным осевым сосудом (тип I) из икроножной мышцы показал прекрасную выживаемость, тогда как для лоскута с сегментарным типом кровоснабжения (тип IV) из длинного разгибателя пальцев стопы одного источника оказалось недостаточно. Данный клинический пример подчёркивает слож-

ность задачи замещения мягкотканых дефектов голени, единственным методом решения которой, зачастую, может быть только свободная пересадка лоскутов с применением микрохирургической техники.

Первый опыт в Российской Федерации применения бесклеточного матрикса в хирургическом лечении послеожоговой деформации кисти

Шаповалов С.Г., Панов А.В., Плешков А.С., Сухопарова Е.П., Юнусова Ю.Р.

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

Введение. Актуальной задачей реконструктивной хирургии является закрытие кожных дефектов зон «особой локализации» (лицо, кисти, крупные суставы), где «классические» и доступные приемы реконструктивно-пластического закрытия часто приводят к неудовлетворительным функциональным и эстетическим результатам. Такой категории больных в дальнейшем требуется проведение дополнительных реконструктивных оперативных вмешательств. Возникновение подобных осложнений обусловлено рубцовыми патологическими изменениями в области оперативного восстановления кожного покрова. Подобный кожный покров далек от характеристик здоровой кожи и склонен к формированию рубцовых контрактур. Дермальные матриксы (скаффолды) различного происхождения, а также биотехнологические продукты на их основе в настоящее время находят все более широкое применение в реконструктивной хирургии мягкотканых дефектов. Являясь временным «каркасом» для клеток, они протезируют дермальный слой кожи и позволяют сформироваться полноценному кожному покрову. По происхождению используемые материалы условно можно разделить на биологические, синтетические и генно-инженерные.

Цель. Оценить качество оперативно восстановленного кожного покрова с помощью дермального бесклеточного матрикса у пациента с послеожоговой рубцовой деформацией кисти.

Материалы и методы. Пациент С., мужчина, 21 года поступил в клинику со сгибательной контрактурой III степени V пальца правой кисти после глубокого ожога пламенем, полученным 1,5 года назад. Жалобы: на полное отсутствие разгибания пальца, «обезображивающий» внешний вид кисти, зуд. Анамнез: оперативное восстановление кожного покрова на кисти выполнялось с помощью расщепленного аутодермотрансплантата. С целью устранения сгибательной контрактуры пальца, а также гипертрофического рубца в области гипотенора и тыльной поверхности кисти был использован метод комбинированной кожной пластики. Для восстановления дермального слоя кожи использован хирургический имплантат зарубежного производства на основе свиной

кожи, лишенный клеток и антигенных свойств, толщиной 0,5 мм. Для восстановления эпидермального слоя использован расщепленный аутодермотрансплантат толщиной 0,2 мм, донорская область – передняя поверхность бедра. Операция выполнялась под общей анестезией. Рубцовый массив, после предварительной гидропрепаровки, иссечен единым блоком до собственной фасции. На дно раны уложен имплантат, затем аутодермотрансплантат, который фиксировался к краям дефекта медицинскими металлическими скобами. Сверху наложено сетчатое атрауматичное покрытие и давящая повязка. Кисть и V палец иммобилизованы в функционально выгодном положении с помощью лонгеты из термопластичного бинта. На первой перевязке, по истечению 5-ти суток от момента операции, аутодермотрансплантат жизнеспособный. Пациент выписан на 11-е сутки после операции с прижившим трансплантатом на 100%.

Результаты. На контрольном осмотре через 3 месяца обращает на себя внимание устранение рубцовой деформации V пальца. Сохранялась сгибательная контрактура I степени лишь в проксимальном межфаланговом суставе из-за изменений в костных структурах. Оперативно восстановленный кожный покров розового цвета, мягкий, подвижный, эластичный, сравним по характеристикам с интактным окружающим кожным покровом. Движения в пястно-фаланговом суставе в полном объеме.

Выводы. Оперативно восстановленный кожный покров с помощью ацеллюлярного дермального матрикса превосходит по своим функциональным и эстетическим свойствам оперативно-восстановленный кожный покров восстановленный только аутодермотрансплантатом. Ацеллюлярный дермальный матрикс целесообразно использовать при оперативном восстановлении кожного покрова дефектов «особой» локализации. Внедрение в широкую медицинскую практику бесклеточных биологических матрикс позволяет радикально улучшить качество оперативно восстанавливаемого кожного покрова, уменьшить потребность в повторных корректирующих хирургических вмешательствах.

Концепция реконструктивно-пластических операций при деформации контуров и дефектах передней грудной стенки у женщин

Шаповалов С.Г., Сухопарова Е.П., Древецкий А.П., Юнусова Ю.Р., Кчеусо А.В.

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никитина, МЧС России, Первый Санкт-Петербургский государственный университет им. акад. И.П. Павлова, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. Восстановление контуров груди у женщин – актуальное направление реконструктивной хирургии в

России. Материалы и методы. На отделении ожоговой травмы и пластической хирургии ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никитина МЧС России с 2011 года выполнено оперативное восстановление груди у 83 пациентов в возрасте 27-68 лет после мастэктомии.

Использованы методы экспандерной дермотензии с последующим эндопротезированием, сложно-составные осевые комплексы тканей: торакодorzальный лоскут (ТДЛ), в т.ч. в сочетании с эндопротезированием, TRAM-лоскут. Выбор метода реконструкции определялся анатомическими условиями, что являлось основанием для разработки структурно-функциональной модели для подбора хирургического метода восстановления груди.

Результаты. Дермотензию с последующим эндопротезированием считаем выполнимой при сочетании следующих условий: отсутствие натяжения кожи, достаточная толщина клетчатки на грудной стенке, подвижность рубца, сохранность большой грудной мышцы. Метод применён у 41 пациентки после мастэктомии по Madden. Использовали силиконовые экспандеры и текстурированные гелевые эндопротезы. У 36 пациенток потребовалась мастопексия противоположной молочной железы, а у 5 – эндопротезирование противоположной груди в связи с профилактической подкожной мастэктомией. У всех выполнено восстановление сосково-ареолярного комплекса. В 14 случаях осуществлено перемещение островкового ТДЛ: в 11 случаях с эндопротезированием, в 2-х – для закрытия дефекта после мастэктомии, в 1-м – для формирования нижнего склона и субмаммарной борозды у пациентки с рубцовой деформацией молочной железы после ожоговой травмы. Планирование кожного островка проводилось с учётом ушивания донорской раны в горизонтальную линию и расположением её под бюстгалтером. У 28 пациентов после мастэктомии по Madden выполнена реконструкция груди подпупочным несвободным TRAM лоскутом. Во всех случаях использована одна ипсилатеральная мышечно-сосудистая ножка. Во всех случаях приживление лоскута полное и достигнута адекватная объёмная симметрия с противоположной грудью. Известно что, в результате недостаточной перфузии может наступить некроз тканей в IV зоне TRAM-лоскута. Для решения этой проблемы применяли профилактическое иссечение IV зоны. Однако при этом уменьшается объём лоскута, что может быть нежелательным. У одной пациентки при одномоментном восстановлении груди дополнительно осуществлена реваскуляризация нижних надчревных сосудов этой же мышечной ножки с сосудами системы подлопаточных сосудов («подкачка»). При применении TRAM-лоскута во всех случаях потребовались корректирующие операции: формирование субмаммарной борозды, реконструкция сосково-ареолярного комплекса, мастопексия противоположной груди. Для имитации ареолы использованы: пересадка кожи бедренно-промежностной складки, сосок формировался из местных тканей.

Выводы. На основе структурно-функциональной модели разработана концепция хирургической реабилитации

литации женщин с деформациями контуров передней грудной стенки. Специальное экспериментально-психологическое исследование показало позитивную роль реконструктивных операций, как средства психологической реабилитации женщин после мастэктомии.

Хирургическая коррекция контуров тела при ожирении 2-3 степени

Шарбаро В.И., Авдеев А.Е., Гречишников М.И., Романец О.П., Баева А.А., Гоглов М.О.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова, Федеральный научно-клинический центр, Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Центральная клиника Литфонда, Медико-хирургический центр «Основа», Москва

Введение. Оперативная коррекция тела у пациентов со значительными избытками кожи и подкожной клетчатки (2-3 степень 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 последующей 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 2003 по 2017 гг. (15 лет) нами было выполнено 162 абдоминопластики и 234 липосакции областей передней брюшной стенки, фланков и поясничных областей. Причем 36 больных с выраженным кожно-жировым фартуком имели 2-3 степень ожирения с индексом массы тела более 35. Пациентов женского пола было 21, мужского – 15. Возраст варьировал от 23 до 64 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 (n=21). Первым этапом выполняли абдоминопластику или дермолипэктомию, 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 36 пациентов 28 пришли на контрольный осмотр в сроки от 6 месяцев до 2 лет после операции, четверо прислали свои фотографии, контакт с четырьмя пациентами был потерян.

Результаты. Угрожавших жизни (life-threatening) осложнений (сердечно-сосудистых, легочных, включая тромбоэмболию легочной артерии, инфекционных) 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 32 пациентов 28 были полностью удовлетворены результатами двухэтапной коррекции, оценив их как хорошие (87,5%). Четверо пациентов выставили оценку удовлетворительно (12,5%), причем все четверо 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 тела у пациентов с ожирением 2-3 степени позволяет достигнуть хороших эстетических результатов более чем у 87% пациентов с минимальным риском осложнений.

Хирургическая коррекция нижней трети лица и шеи «без следов»

Шарбаро В.И., Авдеев А.Е., Пенаев А.А., Баева А.А., Гречишников М.И., Романец О.П., Пенаева С.А., Гоглов М.О.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова, Федеральный научно-клинический центр, Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Центральная клиника Литфонда, Клиника доктора А.А. Пенаева, Медико-хирургический центр «Основа», Москва

Введение. Коррекция нижней трети лица и шеи продолжает оставаться одной из самых востребованных проблем пластической хирургии и косметологии. Косметологические методики бесследны, но зачастую нерадикальны и недолговременны. Открытые хирургические методики более радикальны и долговременны, но оставляют следы. Ведь самая лучшая пластическая операция – та, после которой никто не может сказать, что была произведена «пластика». В настоящее время нет единого стандартизированного подхода к данной проблеме.

Цель. Представление и анализ нашего опыта и данных литературы об малоинвазивной оперативной коррекции шеи и нижней трети лица «без следов». **Пациенты и методы.** Проведен проспективный анализ с последую-

щей оценкой результатов лечения 1204 пациентов с избытками и птозом тканей нижней трети лица, подбородочной области и шеи, оперированных в 6 клиниках г.Москвы в период с 2008 по 2017 г. (10 лет). Из них 987 пациентам (82%) одновременно была выполнена оперативная коррекция других анатомических областей. Пациентов женского пола было 1035, мужского – 169. Возраст варьировал от 24 до 79 лет. Большинство пациентов до операции пробовали косметические методики коррекции указанных анатомических областей без выраженного эффекта. Сроки наблюдения после операции варьировали от 6 месяцев до 9 лет. Отдаленные результаты лечения оценивались как самими пациентами, так и тремя хирургами.

Результаты. Важнейшую роль в достижении долгосрочных результатов лечения и удовлетворенности пациентов играли выяснение жалоб пациента и диагностика причин контурной деформации. В абсолютном большинстве наблюдений причины можно свести к птозу и(или) избыткам кожи, жировой клетчатки и мышц или различным их комбинациям, что было подробно описано в работах академика А.А.Адамяна. Избыточное отложение подкожной жировой клетчатки подбородочной, щечных областей и шеи, как самостоятельная проблема или как причина птоза тканей, достаточно эффективно корригировалось липосакцией указанных областей. При этом умеренные избытки птозированной кожи сокращались. При необходимости 1-2 сеанса шлифовки CO₂ фракселирующим лазером помогали решению кожных проблем. Мышечный птоз корригировали закрытой миотомией. У ряда пациентов с микрогензией операцию дополняли увеличением подбородка с помощью имплантов. Сроки пребывания в клинике не превышали 1 дня. У 4 пациентов (0,3%) отмечался преходящий парез мелких ветвей нижнечелюстной ветви лицевого нерва, самостоятельно разрешившийся в течение 2-х месяцев. У 3 пациентов (0,2%) отмечалась контурная деформация вследствие липосакции, устраненная консервативно в течение 3 месяцев. Других клинически значимых осложнений отмечено не было. В отдаленном периоде практически все пациенты оказались полностью удовлетворены результатами хирургической коррекции, оценив их как хорошие (n=1165, 96,8%). Тридцать девять пациентов (3,2%) выставили оценку удовлетворительно, 35 из которых от какой-либо дополнительной коррекции отказались, объяснив, что результат их устраивает (2,9%); у 4 пациентов (0,3%) сохранялись явления птоза тканей, потребовавшие оперативной коррекции. Оценки «неудовлетворительно» выставлено не было. Достоверных различий в оценке эстетических результатов пациентами и независимыми хирургами выявлено не было.

Заключение. Систематизированный подход к хирургической коррекции нижней трети лица и шеи позволяет достигнуть хороших и долгосрочных эстетических результатов практически у 97% пациентов «без следов от операции» и с минимальным риском осложнений.

Методика «3L» – наш алгоритм решения задач по коррекции возрастных изменений лица

Шелег М.Ю., Короткова Е.А.

«Центр пластической хирургии», Ярославль

Современный пациент пластического хирурга и косметолога – это занятой, ведущий активный образ жизни человек, который предъявляет достаточно высокие требования к своей внешности и при обращении в специализированный центр желает получить максимально эффективную услугу с минимальными рисками и мягкой реабилитацией.

Цель исследования: показать возможности комплексного подхода к решению поставленных задач (малая инвазивность процедуры, возможность проведения операции в амбулаторных условиях, не длительная реабилитация, достоверная эффективность методики) при начальных и средних проявлениях возрастных изменений мягких тканей лица и кистей.

Задачи: оптимизировать алгоритм совместных действий хирурга и косметолога при таких возрастных изменениях, как диспропорциональных отложениях жировой ткани лица и век, атрофических и гравитационных изменениях мягких тканей лица, век и кистей.

Материалы и методы: в период с 2015 по 2017 г. с помощью данной методики нами было прооперировано 70 пациентов. Все они разделены на 3 группы: 1. Пациенты с наличием грыж нижних век и атрофическими изменениями кожи нижних век (37 человек, средний возраст 37–38 лет). 2. Пациенты с диспропорциональным отложением жировой ткани нижней трети лица и атрофическими изменениями кожи лица (27 человек, средний возраст 41 год). 3. Пациенты с атрофическими изменениями кистей (6 человек, средний возраст 46 лет). Для устранения выше указанных изменений нами была разработана методика «3L», которая включает в себя: 1. Liposaction (в том числе трансконъюнктивальное удаление грыж нижних век) 2. Lipofiling (и/или инъекции волкюмизирующих филлеров на основе гиалуроновой кислоты) 3. Laser. Пациентам первой группы выполнялось трансконъюнктивальное удаление жировых грыж в области нижних век с одномоментной лазерной Er: Yag шлифовкой кожи нижних век, через 3 месяца после операции им выполнялось введение плотных волкюмизирующих филлеров в медиальную часть скуловой области для укрепления нижней стенки орбиты и поддержки нижнего века. Пациентам второй группы выполнялась липосакция по контуру нижней челюсти (область брыль) и подбородочной области, липофиллинг носо-губных и рото-щёчных складок одномоментным фракционным фототермолизом кожи лица и шеи, через 3 месяца после операции им проводился курс ботулинотерапии для расслабления m. Platysma, m. Mentalis, DAO. Пациентам третьей группы выполнялся липофиллинг тыла кистей с одномоментным фракционным фототермолизом кожи данной области.

Выводы: для решения задач у пациентов с начальными и средними возрастными изменениями лица, век и кистей только совместная работа пластического хирурга и косметолога позволяет добиваться максимальных положительных результатов с минимальными рисками и коротким реабилитационным периодом.

Хирургический алгоритм статической коррекции парализованного лица

Шургая Ц.М., Неробеев А.И., Саида А.С., Кекелия З.Н., Таланова О.И.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Целью работы явилось разработать хирургический алгоритм статической коррекции парализованного лица в зависимости от вида, возраста и давности паралича.

Материал основан на клиническом лечении 74 пациентов с 2012 по 2017 г. на базе ФГБУ ЦНИИС и ЧЛХ Минздрава России.

Задачи: 1. Определить необходимость в проведении методов статической коррекции при нейропластических операциях, когда теоретически ожидается восстановление функции нерва. 2. Определить показания в проведении статической коррекции как изолированного метода. 3. Выявить все симптомы и синдромы лагофтальма. 4. Разработать новые оптимальные методы в устранении паралитического лагофтальма. 5. Разработать новые методы в статической коррекции средней и нижней зон лица. 6. Разработать алгоритм для максимальной коррекции парализованного лица в 3D. 7. Разработать новые методы статической коррекции, позволяющие получить эффект приближенный к результатам методов динамической коррекции.

Материал и методы. Лечение было проведено следующими авторскими методами: 1. Имитация мышцы: круговой мышцы рта; мышц, поднимающих верхнюю губу и угол рта; мышц, опускающих угол рта и нижнюю губу; большой и малой скуловых мышц; подбородочной мышцы. 2. Субкраниальный cheek lift. 3. Трансплантация комка Биша. 4. Транскутанная пликация мышц Риолана. Так же использованы методы: Хунт-Шимановского, bull-horn, neck lift, face lift. Разные комбинации вышеупомянутых методов позволяли в каждом конкретном случае достичь оптимальных результатов лечения примерно в 90% случаев. Используемые нами методы и разработанный алгоритм позволили получить эффект статической коррекции лица в 3D, а в некоторых случаях восстановление динамики отдельных частей лица. В случаях, когда статические методы сочетались с динамическими методами, такие как восстановление целостности нерва, восстановленная симметрия лица играла роль плацебо, и у пациентов отмечался более короткий срок восстановления функции нерва. У большинства пациентов был отмечен

удовлетворительный результат и с точки зрения функциональных и эстетических эффектов.

Тактика при нестандартных ситуациях после бандажирования желудка

Юдин В.А., Мельников А.А.

ГБУ Рязанской области «ОКБ», Рязань

В настоящее время лапароскопическое бандажирование желудка сохраняет свои позиции в бариатрической хирургии, но с более строгими показаниями. Причинами столь сдержанного отношения к этой методике явилась проблема регулирования и миграционность бандажа.

Материал и методы. Анализ результатов лечения 61 пациента с морбидным ожирением, оперированных в отделении хирургии №2 ГБУ РО «ОКБ» за период с 2013г., с использованием лапароскопического метода бандажирования желудка. В 6 (9,8%) случаях, в период от 1 года до 3 лет у 3 (4,9%) пациентов потребовалась повторная операция, выполненная лапароскопическим доступом.

Результаты и их обсуждение. Смещение манжеты произошло в срок от 8 месяцев до 3 лет. При этом во всех случаях, пациентами отмечено нарушение режима питания с эпизодами переедания вплоть до развития тошноты и рвоты. Нарушение транзита пищевых масс характеризовалось затруднением прохождения пищи и воды через желудок с многократной рвотой. Все больные обратились за медицинской помощью в течение суток. Удаление жидкости из системы бандажа не приводило к восстановлению эвакуации. При обследовании, на рентгеноскопии брюшной полости, выявлено отсутствие прохождения водорастворимого контраста через область стояния кольца бандажа с формированием «каскада» в кардиофундальном отделе желудка. Во всех случаях экстренно выполнено ФГДС с санацией желудка. После этой процедуры, в трех случаях, эвакуация содержимого привела к расправлению «каскада» и восстановлению проходимости желудка. В остальных трех случаях больные оперированы в срок до 6 часов с момента поступления. Всем выполнено лапароскопическое удаление системы бандажа. Исход – выздоровление. Спустя 3 месяца после операции этим трем пациентам выполнены другие варианты бариатрических операций (2 гастрощунтирования и 1 продольная резекция желудка), так как удаление системы бандажа приводило к рецидиву набора веса.

Выводы. Смещение манжеты бандажа одно из опасных осложнений при бандажировании желудка, которое развивается в отдаленном послеоперационном периоде. Необходимой диагностической процедурой является рентгенография водорастворимым контрастным веществом. Выполнение ФГДС должно выполняться с осторожностью из-за угрозы повреждение зоны стенозирования. В то же время инфляция воздуха может привести к устранению каскадности и обеспечить временный период благополу-

чия. В остальных случаях оптимальной помощью считается лапароскопическое удаление системы бандажа.

Краниосиностоз сагиттального шва черепа: особенности хирургической тактики в зависимости от варианта деформации и возраста пациента

Ясонов С.А., Лопатин А.В., Васильев И.Г., Резчиков Д.А.

Российская детская клиническая больница, Москва

Самым частым вариантом преждевременного смыкания швов черепа является синостоз сагиттального (стреловидного) шва, составляя по данным литературы до 60% от всех форм изолированных краниосиностозов. Этот вариант синостоза традиционно называют скафоцефалия, понимая под этим термином вполне определенную деформацию, характерными чертами которой являются увеличение продольного размера черепа и уменьшение его поперечных размеров. Хирургическое устранение сагиттального краниосиностоза проводят уже более 100 лет и за прошедшее время многими клиниками накоплен огромный клинический опыт, который в свою очередь заставляет пересмотреть или уточнить некоторые вопросы, связанные с лечением этого заболевания. Одним из основных вопросов, требующих уточнения, является вопрос классификации, так как уже давно замечено, что при смыкании сагиттального шва могут формироваться несколько отличающихся по внешнему виду деформаций. Второе, это вопрос выбора оптимального для оперативного лечения возраста пациента. И, наконец, необходимо определить оптимальную хирургическую тактику в зависимости от возраста пациента и типа имеющейся деформации.

Мы наблюдали 150 пациентов с изолированным синостозированием сагиттального шва черепа в возрасте от 2 мес. до 16 лет. Анализ группы наблюдения позволил нам вполне отчетливо выделить два типа деформации: наиболее распространенной была деформация с обра-

зованием костного гребня по конвексу, напоминающая киль лодки. Эта деформация как раз и является истинной скафоцефалией, то есть в переводе с древнегреческого, ладьевидным черепом. Второй вариант сопровождается образованием костного вдавления позади большого родничка, с формированием седловиной деформации черепа, или как ее называли старые авторы, клиноцефалией. В нашей группе наблюдения оперировано 150 пациентов, у которых мы использовали все современные варианты оперативных вмешательств: от малоинвазивной стрипкраниоэктомии до тотального ремоделирования костей свода черепа. Анализ собственного материала показал, что наиболее эффективным следует считать тотальное ремоделирование черепа выполняемое в возрасте 6-9 мес. Такие методики, как простая стрипэктомия или Пипластика, могут быть эффективными, если выполняются до 6-месячного возраста. Наиболее эффективным среди малоинвазивных вмешательств следует считать стрипкраниоэктомию с добавлением barrel-stave остеотомий, выполненную до 4 месяцев жизни. Особенно эффективной эта процедура может стать при клиноцефалии. К сожалению, нами было отмечено, что чем раньше выполнялось оперативное вмешательство, тем чаще наблюдался рецидив внутричерепной гипертензии, что, по-видимому, связано со значительной ятрогенной травмой зон роста в период наиболее активного увеличения объема черепа. Таким образом, мы считаем целесообразным проводить тотальную реконструкцию черепа у детей с истинной скафоцефалией в возрасте 6-9 мес. У детей с клиноцефалией может быть рассмотрена стрипкраниоэктомия с barrel-stave остеотомиями в возрасте до 4 мес., так как у этой группы травматичность подобного вмешательства может быть намного ниже. Если же, по каким то причинам, раннее оперативное лечение не было выполнено, то в этом случае может быть показана тотальная реконструкция черепа в возрасте от 9 до 12 мес. Такой временной интервал объясняется тем, что деформация при клиноцефалии всегда менее выражена, а признаки внутричерепной гипертензии практически всегда отсутствуют.

Конкурс молодых ученых

Роль оценки состояния тонуса нижнего века в выборе метода оперативного лечения мальпозиций нижних век

Агеева Е.В., Потемкин В.В., Николаенко В.П.

*Городская многопрофильная больница №2,
Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П.
Павлова, Санкт-Петербург*

Введение. Общеизвестна роль придаточного аппарата глазного яблока в защите тканей глазной поверхности и обеспечении функций органа зрения. Более того, мальпозиции нижних век являются противопоказанием к проведению рефракционных и любых полостных глазных операций.

Идея. Четкие рекомендации к выбору метода хирургической коррекции мальпозиций нижнего века инволюционного характера отсутствуют. Выбор хирургического лечения зависит от патогенетических механизмов развития мальпозиции, для выявления которых необходима предварительная оценка состояния нижнего века.

Цель. Разработать алгоритм оценки состояния тонуса нижнего века и оценить его возможности в выборе метода хирургической коррекции мальпозиций нижнего века. **Материалы и методы.** В рамках исследования было обследовано 60 пациентов с мальпозициями нижнего века атонического характера на базе отделения офтальмологии № V ГМПБ № 2.

Результаты. В ходе обследования пациентов с мальпозициями нижнего века атонического характера нами был разработан алгоритм оценки тонуса нижнего века. Мы не предлагаем каких-либо новых сложных тестов, а лишь алгоритм использования уже известных. Основными параметрами оценки состояния нижнего века являются: 1. Тест возвращения нижнего века в прежнее положение (snapback test) для оценки тонуса круговой мышцы глаза и слабости нижнего века: исследователь оттягивает нижнее веко вниз и наблюдает за скоростью его возвращения в исходное положение. Пациент не должен моргать во время исследования. 2. Тест «оттягивания» века для оценки горизонтальной слабости века: при взгляде прямо нижнее веко оттягивается от глазного яблока на максимально возможную величину, которая не доставляет дискомфорт. 3. Оценка слабости сухожилий связок век: -сдвиг нижней слезной точки латерально, в направ-

лении носовой части лимба, подтверждает наличие слабости внутренней спайки век. Данный тест имитирует также положение нижнего века при выполнении латерального подвешивания тарзальной пластинки. -сдвиг нижнего века медиально более чем на 2 мм указывает на слабость наружной спайки. 4. Оценка функции ретракторов нижнего века: О функции ретракторов нижнего века можно судить по величине его вертикальной экскурсии, которую оценивают по сдвигу нижнего века при изменении положения взгляда сверху вниз. Отсутствие экскурсии нижнего века указывает либо на слабость, либо на зияние, либо на отрыв сухожилий ретракторов. 5. Оценка расхождения ретракторов нижнего века: при оттягивании нижнего века книзу виден V-образный профиль соединения ретракторов нижнего века и хряща. 6. Оценка признаков несостоятельности сухожилий ретракторов нижнего века: субконъюнктивально расположенная «белая полоса» в нижнем своде, глубокий нижний свод, отсутствие складки нижнего века, высокое положение нижнего века. 7. Тест с зажмуриванием: пациента просят зажмуриться, после чего оценивают положение нижнего века. Для заворотов нижнего века атонического характера со спастическим компонентом характерно изменение положения века после зажмуривания при нормальном его положении в спокойном состоянии. 8. Оценка количества кожи, необходимой для резекции при коррекции заворота нижнего века. Количество избыточной кожи при коррекции заворота нижнего века следует оценивать при взгляде пациента вверх ввиду опасности развития выворота нижнего века в послеоперационном периоде в случае оценки данного показателя при взгляде прямо. 9. Оценка наличия грыж орбитальной клетчатки, которая указывает на слабость тарзоорбитальной фасции.

Обсуждение. Слабость тканей лежит в основе разобщения передней и задней пластинок век. При энтропионе передняя пластинка и пресептальная часть орбикулярной мышцы сдвигается вверх. При эктропине происходит значимое движение вверх задней пластинки. В обоих случаях имеется слабость ретракторов нижнего века, изменение тонуса круговой мышцы глаза и сухожилий спаек век, что приводит к нарастающей горизонтальной слабости век. Роль приведенного выше алгоритма в выборе метода хирургической коррекции велика, так как он позволяет выявить патогенетические механизмы развития мальпозиций. Алгоритм кажется на первый взгляд достаточно сложным, но в клинической практике он занимает не более минуты.

Методика устранения ограниченных дефектов боковой поверхности языка и мягких тканей дна полости рта с пластикой FAMM – лоскутом в сочетании с ксеномембраной Permacol

Гилёва К.С., Миронова Е.А.

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

Введение. Полость рта постоянно подвергается воздействию вдыхаемых и съедаемых канцерогенов, поэтому наиболее часто является местом локализации злокачественных эпителиальных образований в области головы и шеи. Более 90% злокачественных опухолей полости рта представлены плоскоклеточным раком. В Западных странах язык и дно полости рта представляют наиболее частую локализацию первичного плоскоклеточного рака полости рта. Лечение рака полости рта – мультифункциональная задача, включающая также – восстановление функций речи, глотания, жевания, функциональную и эстетическую реабилитацию. Радикальные резекции по поводу новообразований дна полости рта, без одномоментной пластики приводят к фиброзу и контрактуре, нарушается подвижность языка, страдает функция речи, жевания. Расширение арсенала реконструктивных методик, направленных на решение функциональных и эстетических проблем – одна из основных задач развития реконструктивной и эстетической хирургии. Оптимизация подхода заключается в выборе метода реконструкции, позволяющего устранить дефект без донорского ущерба, сократить время оперативного вмешательства, минимизировать донорский ущерб, сократить время послеоперационной реабилитации, добиться максимальной эстетики и функциональности.

Цель: разработка и внедрение методики устранения ограниченных дефектов боковой поверхности языка и мягких тканей дна полости рта с пластикой FAMM – лоскутом в сочетании с ксеномембраной Permacol. В ряду редко применяемых и заслуживающих внимания способов реконструкции дна полости рта пластикой FAMM – лоскутом в сочетании с ксеномембраной Permacol.

Материалы и методы. С октября 2016 по апрель 2017г. прооперировано 3 пациента, в анамнезе перенесших расширенную комбинированную резекцию дна полости рта и языка по поводу злокачественных новообразований. В приведённых случаях выполнено иссечение рубцовых тканей дна полости рта и языка, с пластикой образовавшегося дефекта FAMM – лоскутом в сочетании с ксеномембраной Permacol.

Результаты. Реконструкция дефектов дна полости рта и языка с применением FAMM – лоскута в сочетании с ксеномембраной Permacol имеет ряд неоспоримых преимуществ, а именно: отсутствие донорского ущерба, минимизация времени оперативного вмешательства и

восстановительного послеоперационного периода, оптимальная толщина и гомогенная поверхность лоскута. FAMM – лоскут надежен и прост в своем применении. Возможно формирование нескольких модификаций: верхний, поперечный и нижний FAMM. Выбор подхода определяется каждой конкретной клинической ситуацией (размером дефекта, объемом ранее выполненной операции и т.д.). FAMM – лоскут выкраивается и ротируется в область дефекта мягких тканей дна полости рта. Распрепарованный дефект боковой поверхности языка закрывается единым пластом мембраны Permacol размерами 30x30x0,5 мм. На 14-е сутки происходит полная эпителизация раневой поверхности, покрытой мембраной Permacol. Устранение контрактуры дна полости рта позволяет создать площадку для последующего протезирования или дентальной имплантации. В результате операции устраняется рубцовая контрактура языка, что крайне важно не только в восстановлении функции глотания, но и для улучшения речевой функции.

Выводы. Повышение качества жизни пациента и стремление к минимизации оперативного вмешательства – являются одними из ключевых моментов хирургического вмешательства. Согласно тому, метод реконструктивной пластики с применением FAMM – лоскута в сочетании с ксеномембраной Permacol может по праву занять своё место в ряду реконструктивных методик пластики ограниченных дефектов дна полости рта и языка.

Анализ эффективности проведения липофилинга в челюстно-лицевой области

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

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

Введение. Впервые аутоотрансплантация жировой ткани была проведена Neuber G.A. в 1893г. открытым доступом. В дальнейшем Hollander E. (1912), Neuhoof H. (1923) и Joseph (1923) продолжили заниматься вопросами применения липофилинга в челюстно-лицевой хирургии. Данная методика активно применялась для лечения врожденных аномалий, сочетанных травм, а также после опухолевых резекций и абляционной хирургии. В начале 1980-х гг., Illouz Y.G. и Fournier P.F. представили закрытую липосакцию и методику вакуумного насоса, а саму аутоотрансплантацию назвали «липофилинг». В 1990-е гг., Coleman S.R. систематизировал хирургические методы и опубликовал новый метод атравматичной аутоотрансплантации жировой ткани. На сегодняшний день липофилинг является наиболее часто используемой процедурой в пластической хирургии с целью аугментации различных областей человеческого тела. Однако вопрос стабильности и долгосрочности результатов остается от-

крытым. В челюстно-лицевой области с учетом ее анатомии и физиологии, особенно в случаях наличия дистрофических процессов, анализ эффективности применения данной методики является наиболее актуальным.

Цель исследования: оценка эффективности применения липофилинга с целью коррекции врожденных и приобретенных деформаций челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 27 пациентов с различными врожденными и приобретенными деформациями мягких тканей челюстно-лицевой области. Всем пациентам был проведен липофилинг одновременно с реконструктивно-восстановительной операцией на костных структурах челюстно-лицевой области или отдельным этапом комплексного лечения. Оценка результатов проведенного лечения проводилась в срок 12 месяцев после операции на основании данных клинического обследования и мультиспиральной компьютерной томографии. При этом оценивались данные объективного анализа состояния мягких тканей, объем жировой ткани реципиентной области в до- и послеоперационном периодах, объем прироста мягких тканей.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного лечения клинически отмечено улучшение конфигурации лица, а также восстановление формы, объемов и контуров мягких тканей челюстно-лицевой области. По данным лучевой диагностики сохранность жировой ткани в среднем составила 64,8%, а прирост не менее 5,19 см³. При этом объем прироста мягких тканей в среднем составил 14,15 см³. Отмечена линейная корреляция между объемом введения жирового аутоотрансплантата и его сохранностью. Также в областях многоуровневой инфильтрации отмечен более высокий объем прироста мягких тканей в сравнении с объемом сохранившейся жировой ткани.

Заключение. Проведение липофилинга в челюстно-лицевой области позволяет достичь необходимого прироста объема мягких тканей. Таким образом, данная процедура способствует повышению эффективности и улучшению эстетических результатов комплексного лечения пациентов с врожденными и приобретенными деформациями челюстно-лицевой области.

Применение ксеногенного костнопластического материала на основе коллагена 1 типа при хирургическом лечении пациентов с хроническим перфоративным верхнечелюстным синуситом

Дьячкова Е.Ю., Тарасенко С.В.

Первый московский государственный медицинский университет им.И.М.Сеченова (Сеченовский университет), Москва

Целью нашего исследования являлось повышение эффективности лечения пациентов с хроническим перфо-

ративным верхнечелюстным синуситом на основе применения ксеногенного костнопластического коллагенового материала «Коллост».

Материал и методы. В период с 2010 по 2016 г. для хирургического лечения 20 пациентов с хроническим перфоративным верхнечелюстным синуситом мы применяли материал «Коллост» в виде мембран – 15x15 мм, 60x50 мм и пломб-жгутов. Этот материал содержит в своем составе нативный коллаген I типа из кожи крупного рогатого скота, обладает стеокондуктивным свойством, обеспечивая образование и рост фибробластов, с последующей модификацией фиброзной ткани в костную. Всем пациентам была проведена операция в объеме: Гайморотомия. Устранения ороантрального соустья с применением материала «Коллост». При размещении дефекта альвеолярного отростка в зоне удаленного зуба, «окна», формируемого в ходе гайморотомии, были использованы следующие формы препарата «Коллост»: мембраны (малые и большие), жгут-пломбы и шарики. Операцию выполняли по собственной методике (положительное решение о выдаче патента на полезную модель в Украине заявка № u 2013 00646/I от 18.01.2013г.) В до- и послеоперационном периоде на сроках 1, 3, 6 месяцев проводилось лучевое исследование (ортопантомография) и контрольные клинические осмотры.

Результаты. Послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко. Швы сняты на 7-9-е сутки. В течение всего срока наблюдения (1 год) клинических и рентгенологических признаков рецидива верхнечелюстного синусита не выявлено. На контрольных ортопантомограммах и при КТ-исследовании через 6 месяцев видны признаки образования костной ткани в зоне имплантации материала «Коллост».

Обсуждение. В последние годы проблема лечения пациентов с хроническим перфоративным верхнечелюстным синуситом все чаще требует междисциплинарного подхода для оказания квалифицированной медицинской помощи. Основной задачей хирургического вмешательства при комплексном лечении данного заболевания является ликвидация воспалительного очага в пазухе, устранение ороантрального сообщения и формирование условий для восстановления альвеолярной кости для последующей дентальной имплантации и рационального зубопротезирования.

Заключение. При хирургическом лечении пациентов с хроническим гайморитом, ороантральным соустьем проведение операции гайморотомии, устранение ороантрального соустья пластикой местными тканями с использованием мембран, пломб-жгутов и шариков материала «Коллост» является методом выбора, позволяя улучшить течение послеоперационного периода, сократить сроки реабилитации, исключить развитие рецидивов верхнечелюстного синусита и, в общем, улучшить качество жизни пациентов.

Гландулярные ротационные лоскуты в онкопластической хирургии рака молочной железы

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

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, ГБОУ ВПО Сеченовский университет, Москва

Введение. Современная стратегия хирургического лечения рака молочной железы (РМЖ) направлена на решение онкологической задачи – излечения от рака и создание условий для реконструкции молочной железы. В основе новейших подходов к органосохраняющему лечению РМЖ – методики пластической хирургии, используемые при редукционной маммопластике (РМ). Существуют различные варианты РМ при помощи вертикальной резекции кожи (Lassus, 1970, Marchac D., 1982, M.Lejour, 1996, Hammond DC, 1999). В 1999 г. Elizabeth J. Hall-Findlay [2-10] предложила упрощенный, по сравнению с методиками Lejour и Hammond, метод вертикальной маммопластики. Модификация включала в себя использование медиальной (или латеральной) дермогландулярной ножки. Мы разработали новые методики резекций молочной железы по поводу рака – онкопластические резекции (ОПР) – на основе методов редукционной маммопластики, предложенных E. Hall-Findlay.

Материалы и методы. С 2013 по 2017 гг. в МНИОИ им. П.А. Герцена выполнено 60 ОПР в модификации E. H-Findlay пациенткам средним возрастом 53,6 лет. 0 стадия РМЖ установлена у 1 больной (1,7%), I ст. T1N0M0 – 32 (53,3%), IIA ст. T1N1M0 – 4 (6,7%), T2N0M0 – 14 (23,3%), IIB ст. T2N1M0 – 4 (6,7%), IIIA ст. T1N2M0 – 2 (3,3%), IIIC ст. T1N3M0 – 1 (1,7%), T2N3M0 – 2 (3,3%). Неoadьювантное лекарственное лечение было проведено 7 больным с частичной регрессией опухоли у 6, полной регрессией – 1,65% больных находились в состоянии менопаузы. РМЖ справа был выявлен у 58% больных, РМЖ слева – 42%. Опухоль локализовалась в верхне-наружном квадранте у 24 больных, нижне-наружном – 11, нижне-внутреннем – 4, верхне-внутреннем – 7, центральном – 1, границе верхних квадрантов – 7, границе нижних квадрантов – 4, границе наружных квадрантов – 1, границе внутренних квадрантов – 1. С целью маммопластики при резекции молочной железы по поводу рака использовали верхне-медиальную ротированную glandулярную ножку в 25 случаев (41,7%), ротированную верхне-латеральную glandулярную ножку – 5 (8,3%), комбинированный ротированный glandулярный лоскут – 10 (16,7%), комбинированный ротированный кожно-gландулярный лоскут – 11 (18,3%), комбинированный ротированный раздельный glandулярный лоскут – 9 (15%). При гистологическом исследовании инвазивный рак без признаков специфичности был обнаружен в 78,4%, инвазивный дольковый – 13,3%, комбинированная форма – 8,3%. Люминальный тип А встречался у 40% больных, Люминальный тип В, Her2/neu-негативный подтип – 25%, Люминальный тип В, Her2/neu- позитивный

подтип – 18,3%, Her2/neu-позитивный тип – 10%, тройной негативный тип – 6,7%. Мультифокальный рост был выявлен в 16,7% случаев. С целью симметризации редукционная маммопластика с контралатеральной стороны была выполнена 65% больным.

Результаты. У всех пациенток при срочном и плановом морфологических исследованиях были получены данные о негативных краях резекции. У 65% больных установлены отличные косметические результаты, 31,7% – хорошие, 3,3% – удовлетворительные. В течение 4 лет наблюдений в данной группе локорегионарные рецидивы отмечены не были.

Выводы. ОПР с использованием ротационных glandулярных лоскутов в модификации E-H. Findlay применимы при всех локализациях опухолей при условии размера молочной железы от 3 и выше по размеру бюстгалтера. Данная методика ОПР сопряжена с абластичностью, удалением не менее 1/3 молочной железы, приводит к отличным и хорошим косметическим результатам при правильном отборе пациенток, приводит к более быстрому психологическому восстановлению больных в связи с сохранением ощущения целостности органа.

Виртуальное планирование ортогнатической операции

Колчин С.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Сорвин В.А., Салимханов В.Я., Латышев А.В.

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

Актуальность. Успех ортогнатической операции зависит от точности планирования. Виртуальное планирование лечения в ортогнатической хирургии предоставляет хирургам возможность выполнять виртуальные остеотомии до операции, для установления функциональной окклюзии, оценки будущих перемещений, изменения эстетических параметров, изменения пространства дыхательных путей, положения височно-нижнечелюстных суставов. В последующем виртуальное планирование позволяет изготовить сплент, для переноса запрограммированных перемещений челюстей пациенту в операционной.

Цель исследования. Сравнить послеоперационные результаты двучелюстной ортогнатической операции с результатами виртуального хирургического планирования. Методы исследования. В исследуемую группу вошли 20 пациентов (11 женщин, 9 мужчин) от 18 до 35 лет, которым проведено комплексное обследование и предоперационное виртуальное планирование с помощью программного обеспечения Dolphin Imiging 11.9. Послеоперационные результаты сравнивали с результатами планирования через 6 месяцев после проведенной ортогнатической двучелюстной операции по данным конусно-лучевой компьютерной томографии.

Результаты. При оценке точности воспроизведения виртуального планирования было выявлено расхождение в отношении вертикального позиционирования верхней челюсти в пределах 1 мм от запланированного положения, так как вертикальные перемещения сегмента верхней челюсти на спленте не отображаются, а интраоперационный мануальный контроль довольно сложен.

Заключение. Виртуальное хирургическое планирование довольно точно воспроизводит планируемое лечение в операционной, а также даёт возможность оценить будущие изменения эстетических параметров, пространство дыхательных путей, положение мышечного отростка.

Комплексные методы лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями класса II по классификации Энгля, сопровождающимися синдромом обструктивного апноэ во сне

**Котов И.И., Набиев Ф.Х., Либин П.В.,
Овсянников А.Г., Добродеев А.С.**

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

Среди различных видов аномалий особняком стоят пациенты с зубочелюстными аномалиями класса II по классификации Энгля, так как у этих пациентов имеется множество симптомокомплексов, свидетельствующих о нарушениях функций организма. Одним из сопутствующих синдромов зубочелюстных аномалий класса II по классификации Энгля является синдром обструктивного апноэ во сне (СОАС). Пациенты с СОАС имеют анатомическую предрасположенность к спадению верхних дыхательных путей (ВДП), которое может произойти по целому ряду причин – искривление носовой перегородки, черепно-лицевые аномалии, приводящие к сужению пространства ВДП, уменьшению расстояния от задней стенки глотки до корня языка.

Цель. Повысить эффективность диагностики функции дыхательной системы на основе проведения сравнительной оценки показателей функциональных и рентгенологических методов исследования у пациентов с зубочелюстными аномалиями класса II по Энгля, сопровождающимися синдромом обструктивного апноэ сна путём разработки алгоритма диагностики и лечения.

Материалы и методы. Обследовано 54 и прооперировано 48 пациентов с недоразвитием нижней зоны лица, которая выражалась в аномалиях зубочелюстной системы класса II по классификации Энгля различной степени или же проявлялась эстетической дисгармонией, дефицитом нижней трети лица и синдромом «птичьего лица». У всех пациентов диагностирован синдром обструктивного апноэ во сне. Пациентам проводились двучелюстные ортогнатические операции, аугментационная geniопластика, риносептопластика.

В осложнённых случаях проводилась двухэтапная операция с применением на первом этапе компрессионно-дистракционного остеогенеза. В работе проводилась сравнительная оценка показателей CO₂ по данным капнографии и степени насыщения крови кислородом по данным полисомнографии, а также проводилась корреляция между значениями передне-заднего размера ротоглотки 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. В послеоперационном периоде по данным конусно-лучевой томографии, проведенной через 6 месяцев, было выявлено значительное увеличение передне-заднего размера ВДП (с 3,3 до 9,75 мм). Эти параметры положительно коррелировали с увеличением объёма дыхательных путей, за счет чего наблюдалось улучшение функции дыхания и устранение синдрома обструктивного апноэ во сне. Изменение средней степени насыщения крови кислородом коррелировало с изменением среднего уровня углекислого газа в выдыхаемом воздухе. Изменение передне-заднего размера верхних дыхательных путей влечет за собой изменение средней степени насыщения крови кислородом, значимость (0,029<0,05) и уменьшает балльную оценку дневной сонливости (значимость 0,027<0,05).

Данные сравнительных оценок различных методов обследования показывают объективность выбранных методов исследования. Проведенные лечебные мероприятия полностью устраняют симптомы обструктивного апноэ во сне у пациентов с зубочелюстными аномалиями класса II по классификации Энгля, сопровождающимися синдромом обструктивного апноэ во сне, снижая риск развития различных осложнений.

Актуальность оценки эстетических параметров лица у пациентов до и после ортогнатической хирургии

**Латышев А.В., Дробышев А.Ю., Куракин К.А.,
Колчин С.А., Салимханов В.Я.**

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

Введение. Оценка мягкотканых и костных структур лицевого скелета является одним из фундаментальных этапов планирования ортодонтических и ортогнатических пациентов. Помимо цефалометрического анализа и сопоставления полученных данных с нормативными значениями, краеугольным камнем на сегодняшний день является определение эстетических параметров пациентов. Но учитывая изменчивость канонов красоты, мы не в состоянии получить высокий эстетический результат, если планирование

лечения основано на референтных значениях полученных более 50 лет назад. Принимая во внимание стремительное развитие массовой культуры, эволюцию социальных сетей, а также создание определенных образов красоты, возникает вопрос – можем ли мы объективно оценить эстетику лица с помощью существующих нормативных значений?

Цель. Определить психологический статус пациентов, их мотивацию, удовлетворенность лечением, оценить корреляцию между существующими нормативными параметрами цефалометрического анализа и привлекательностью лиц пациентов до и после ортогнатической хирургии.

Материалы и методы. Было отобрано 20 пациентов с гнатическими формами аномалии окклюзии, 16 женщин, 4 мужчин. Факторами исключения являлись любые соматические заболевания. Проведено клиническое и рентгенологическое обследование пациентов, психологическое тестирование анкетой HADS и методикой Q-сортировки, цефалометрический анализ до и после ортогнатической хирургии, а также оценка эстетики лица по фотографиям в анфас и профиль. Данные статистически обработаны методами вариационной статистики.

Результаты. В 98% случаев пациенты были удовлетворены эстетическими результатами ортогнатической хирургии, но только в 38% цефалометрические параметры находились в пределах нормативных значений. При оценке эстетики лица по фотографиям в 100% случаев после операции были привлекательными. Согласно данным HADS пациенты с выраженными формами аномалии в большей степени проявляли тревожность перед операцией, нежели пациенты с легкой формой аномалии, при анализе показателей Q- сортировки выявлено, что 70% имеют низкий уровень социальной адаптации, после операции данный показатель был на уровне 35%.

Выводы. При оценке цефалометрических параметров после операции лишь 62% из них находились в пределах нормативных значений, не смотря на высокий эстетический результат, который наблюдался у 100% пациентов. Ввиду возможной неактуальности нормативных значений для оценки эстетики лица существует необходимость выработки нормативных значений цефалометрического анализа для привлекательных лиц, которые соответствуют современным стандартам.

Экспериментальное обоснование использования полимерного сетчатого имплантата «Реперен» для реконструктивно-восстановительных операций на склере и тарзальной пластинке

Мальков С.А., Гущина М.Б., Терещенко А.В.
ФГАУ МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Москва

Введение. Различные патологические состояния склеры и тарзальной пластинки, сопровождающиеся нарушением

их анатомо-функциональной состоятельности, как правило, требуют безотлагательных хирургических вмешательств. Однако вопрос о выборе наиболее подходящего с точки зрения биостабильности и биосовместимости материала для замещения соединительнотканной структур органа зрения и его придаточного аппарата остается открытым.

Цель. Изучить в эксперименте на животных клинико-морфологические особенности реакции орбитальных тканей после имплантации на поверхность склеры синтетического сетчатого Эндопротеза полимерного для восстановительной и реконструктивной хирургии (ЭПВРХ) «Реперен-6».

Материалы и методы. Экспериментальные исследования проводились на 6 кроликах породы Шиншилла, которым были проведены операции по имплантации ЭПВРХ «Реперен-6» (Патент РФ № 2458663 от 20.08.2012, РУ № ФСР 2011/10474 от 22.11.2016) на поверхность склеры в верхне-наружном квадранте. Операции проводились под ингаляционным наркозом. Изъятие материала (глаз и окружающие ткани) проводилось под внутривенным наркозом через 16, 34 и 68 дней. Материал подвергался макроскопическому исследованию, далее фиксировался в 10% растворе формалина. Затем проводилась вырезка зоны имплантации с окружающими тканями и заливка в парафиновые блоки, из которых изготавливались срезы. Окраска микропрепаратов проводилась гематоксилином и эозином по стандартной методике.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде (16 дней) при клиническом осмотре отмечалась легкая гиперемия и незначительный отек конъюнктивы. При гистологическом исследовании в эти сроки в эписклере отмечалось формирование полости прямоугольной формы, соответствующей размеру имплантата, окруженной соединительнотканной капсулой, в просвет которой отмечалось упорядоченное вращение соединительной ткани в виде сосочков с васкуляризацией стромы. Перифокальная тканевая реакция была незначительной – в виде небольшой рассеянной инфильтрации из лимфоцитов и плазматических клеток. На сроке 34 дня клинических признаков воспаления не выявлено, гистологически в эписклере визуализировалась аналогичная оптически пустая полость, окруженная более толстой (по сравнению с предыдущим сроком) соединительнотканной капсулой, в просвет которой отмечалось упорядоченное вращение соединительной ткани в виде трабекул (соответственно сетчатой структуре имплантата), соединяющих противоположные стороны полости с васкуляризацией стромы со слабовыраженной рассеянной лимфо-плазматической инфильтрацией или практически отсутствующей перифокальной тканевой реакцией. Через 68 дней у экспериментальных животных глаза были абсолютно спокойны, гистологически в эписклере визуализировалась аналогичная оптически пустая полость, окруженная соединительнотканной капсулой с упорядоченным вращением в просвет соединительной ткани в виде трабекул, соединяющих противоположные стороны

полости (соответственно структуре имплантата) с васкуляризацией стромы и умеренной инфильтрацией из лимфоцитов и плазматических клеток. Сформировавшиеся полости залегания имплантата были выстланы макрофагами и гистиоцитами с их скоплением по ходу трабекул и сливанием с формированием гигантских многоядерных клеток рассасывания, преимущественно вокруг шовного материала. Перифокальная тканевая реакция за пределами капсулы варьировала от незначительной рассеянной и периваскулярной лимфо-плазматочной инфильтрации до полного ее отсутствия.

Выводы. Проведенные экспериментальные исследования показали, что ЭПВРХ «Реперен-6» за счет формирования васкуляризованных трабекул плотно фиксируется к соединительнотканной оболочке глаза и окружающим структурам, создавая прочный комплекс «соединительная ткань-имплантат», практически не вызывая при этом воспалительных и аллергических реакций в окружающих тканях. На основании чего можно сделать вывод, что данный сетчатый имплантат является биологически совместимым и может быть использован для реконструктивно-восстановительных операций с целью армирования соединительнотканых структур при патологических состояниях склеры и тарзальной пластинки, связанных с нарушением их целостности и ослаблением каркасных свойств.

Этапы формирования волокнистой основы репаративного регенерата при спонтанном заживлении кожной раны

Мишина Е.С., Омеляненко Н.П., Волков А.В., Ковалев А.В., Сморгчов М.М.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова, Москва

Кожная рана является самым распространенным повреждением, в том числе травматическим. Следует отметить, что любое оперативное вмешательство тоже начинается с повреждения кожи. На месте повреждения, кожный покров лишается всех структурных элементов. При этом нарушается его целостность и утрачиваются локально все функции, выполняемые кожей. В связи с этим, полноценность восстановления поврежденной кожи будет определяться не только восстановлением ее структурных элементов и построенной из них конструкции регенерата, но и возможностью выполнять в полном объеме утраченные функции. Лечение кожных ран и изучение механизмов безрубцового заживления имеет многолетнюю историю и не потеряло своей актуальности до настоящего времени. Однако все полученные данные не привели к получению органотипичных регенератов в клинической практике.

Учитывая, что в основе регенерации кожи лежит формирование волокнистого регенерата на месте повреждения, целью исследования явилось изучение формирования волокнистой основы репаративного регенерата при спонтанном заживлении.

Экспериментальное исследование было выполнено на белых крысах-самцах линии Wistar. Материалом исследования служили участки кожи, включающие зону раневого дефекта, формирующийся на его месте регенерат, и окружающую его ткань. Образцы были взяты спустя 3, 7, 14, 21 и 30 дней. Полученный материал изучали с использованием светооптической и электронной микроскопии. К 3 суткам раневая поверхность покрыта струпом. Он неоднороден по своему строению. Верхняя часть струпа представлена в основном нитями фибрина. Нижняя часть – детритом, состоящим из разрушенных клеточных элементов, окруженных фибрином. В околораневой зоне, и находящейся там дерме наблюдается фибриноидное набухание коллагеновых волокон, проявляющееся пропитыванием их плазмой и выпадением фибрина. В большей степени дезинтеграция и дезориентация коллагеновых волокон происходит непосредственно под струпом. В более глубоких слоях коллагеновые волокна сохраняют свою структурность. К 7 суткам отмечается постепенная резорбция фибринового сгустка и заполнение раневого дефекта грануляционной тканью. В зоне перехода между регенератом и оставшейся дермой значительная часть коллагеновых фибрилл не объединены в волокна. Со стороны регенерата это связано с не завершением фиброгенеза. Со стороны оставшейся дермы – с воздействием повреждающих факторов приводящих разобщению коллагеновых волокон на отдельные фибриллы наблюдается разобщение коллагеновых волокон на отдельные фибриллы. Фибриллы с той и другой стороны взаимодействуют между собой, образуя в последующем коллагеновые волокна переходной зоны. К 14 дню раневой дефект частично покрыт эпидермисом. В регенерате происходит накопление новообразованных волокнистых коллагеновых структур. Зона перехода менее выражена. Продолжается интеграция новообразованных коллагеновых волокон регенерата с сохраненными волокнами краев раны по тем же механизмам переплетения фибрилл с одной и другой стороны. В регенерате образовавшиеся плоские или уплощенные коллагеновые волокна имеют волнисто-спиральную форму с большим количеством разветвлений, они расслаиваются или сливаются на протяжении всего регенерата, т.е. имеет место перераспределение его волокнистого состава. Наблюдается утолщение коллагеновых волокон. Межволоконные пространства уменьшены по сравнению с предыдущим сроком. К 21 суткам коллагеновые волокна регенерата в основном ориентированы параллельно или тангенциально к поверхности. Переплетаясь между собой, они имеют вид тонких пластинок. Зона перехода заметно отличается как от остального регенерата так и сохранившейся дермы. Коллагеновые волокна здесь разного диаметра,

с большим количеством разветвлений, но отсутствуют их преимущественная ориентации. К 30 суткам целостность эпидермиса восстановлена. Его производные отсутствуют в регенерате. Размер регенерата уменьшается. Коллагеновые волокна сохраняют вид пластинок, межволоконные промежутки уменьшены. Зона перехода становится более узкой. Коллагеновые пластинки сформированы, но отличаются от таковых в регенерате и сохранившейся дерме. Продолжается перестройка грануляционной ткани и формирования плотного соединительнотканного рубца.

Показанные механизмы образования волокнистых структур в регенерате, и их интеграция между собой и сохранившейся волокнистой основой кожи являются базовыми знаниями для дальнейших исследований фиброгенеза в репаративном процессе и для получения тканеорганоспецифичного регенерата при заживлении ран.

Актуальные аспекты липофилинга в периорбитальной области

Сенчихина О.А., Грищенко С.В.

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

В настоящее время липофилинг является востребованным методом коррекции разных по этиологии контурных деформаций лица, в том числе периорбитальной области, однако остается недостаточно изученным с точки зрения объема вводимого жирового аутоотрансплантата в зависимости от зоны коррекции, планирования количества этапов.

Цель работы – оценка эффективности липофилинга с помощью объективных методов исследования для прогнозирования послеоперационного результата.

Материалы и методы: обследованы 78 пациентов (женщины от 16 до 75 лет) с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) и ультразвукового исследования (УЗИ) усовершенствованной методикой. Проведена оценка показателей толщины и плотности мягких тканей лица в динамике: до и через 7-10 дней, 1, 3, 6 месяцев и 1 год после липофилинга (мед.техн. ФС №2011/252 от 22.08.201г.). Проведены морфологические исследования жировой ткани через 1-3 года после липофилинга при повторных корригирующих операциях у 16 пациентов с контурными деформациями периорбитальной области. Разделение пациентов по группам наблюдения проводили с точки зрения послойной смещаемости и растяжимости тканей, то есть наличия и выраженности в них рубцов. В 1 группу вошли 35 пациентов (45%) в возрасте от 21 года до 45 лет с интактными мягкими тканями, во 2 группу – 43 (55%) пациента в возрасте от 16 до 75 лет с посттравматической деформацией мягких тканей лица различного генеза: 2А – с сохраненной послойной архитектоникой мягких тканей, 2Б – с нарушением их физиологических слоев. Согласно результатам

УЗИ, в норме толщина мягких тканей в скуловой области составила $1,30 + 0,10$ см (точка 2). Для интактных тканей (группа 1) и тканей с минимально выраженными рубцовыми изменениями (группа 2А) установлена прямая зависимость прироста объема мягких тканей после липофилинга от исходной толщины реципиентной области, схожая с определением арифметической прогрессии. Так, на каждые $0,3-0,4$ см исходной толщины реципиентной области можно ожидать до $3-3,5\%$ «добавленной толщины» (если за 100% принимать исходную толщину мягких тканей). Таким образом, через 1 год после липофилинга толщина реципиентной области в точке 2 составила $1,45+0,12$ см ($111,5\%$). Этот подход оказался неприемлем при наличии рубцовых контрактур или в зонах прикрепления связок, например, в точке 1 (проекция носослезной борозды), где дооперационная толщина составила $1,69+0,10$ см, а через 1 год после липофилинга – $1,72+0,12$ см ($101,8\%$). У пациентов 2Б группы также не удалось выявить четкой зависимости «добавленной толщины» от исходной, однако было определено уменьшение плотности реципиентной области. Установлено, что в группах 1 и 2А в первые 7-10 суток после липофилинга в мягких тканях реципиентной области показатель общей плотности увеличивается с $47,72+5,7\%$ и $49\%+6,2\%$ соответственно, до $61,43+0,47\%$, что, вероятнее всего, связано с отеком и лимфостазом. В группе 2Б этот показатель снизился с $73,5\%+6,9\%$ (исходно) до $62,1\%+3,8\%$, что, скорее всего, вызвано введением в рубец жировой ткани, как компонента низкой плотности. Значимые колебания показателей плотности мягких тканей (как и толщины) отмечались до 3-4 месяцев и с 10 суток были одинаковыми для всех групп наблюдения. К 1 году после липофилинга общая плотность реципиентной области составила $49,17+0,54\%$, что из-за послеоперационной фибротизации несколько выше плотности интактных тканей ($47,72+5,7\%$). Проведенный корреляционный анализ морфологической структуры тканей по плотности и результатов эластометрии, позволил выявить, что тканям низкой плотности соответствует жировая ткань, средней плотности – жировая ткань с признаками фибротизации, мышечная ткань, а тканям высокой плотности – рубцовая ткань и кисты. Наличие фиброзно-рубцовых изменений является причиной вторичных контурных деформаций в реципиентных зонах, и при своевременном выявлении с помощью эластометрии, является показанием к включению противорубцовой терапии в реабилитационные мероприятия.

Таким образом, предложенный алгоритм обследования пациента с использованием усовершенствованного УЗ метода, эластометрии и, при необходимости, КЛКТ позволяет проводить планирование количества этапов липофилинга для каждого клинического случая, отслеживать резорбцию пересаженного аспирата после операции, устанавливать тканевую составляющую при вторичных контурных деформациях на этапах реабилитации.

Анализ осложнений хирургического лечения пациентов с врожденными аномалиями челюстей

Сорвин В.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Заборовский В.В., Колчин С.А., Салимханов В.Я., Латышев А.В.

Клинический центр «Челюстно-лицевой, реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии» Клиники МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение. Достижение лицевой гармонии, коррекция деформаций лицевого скелета и окклюзии зубных рядов являются основными задачами ортогнатической хирургии. На современном этапе развития ортогнатической хирургии в связи с распространенностью ортогнатических операций увеличивается частота осложнений в интраоперационном и/или послеоперационном периодах у пациентов с врожденными аномалиями челюстей, которые являются следствием различных ошибок на этапе хирургического лечения и приводят к ухудшению результатов операций. Цель исследования: Анализ ошибок и осложнений на хирургическом этапе комбинированного лечения пациентов с врожденными аномалиями челюстей.

Материалы и методы. Проведен анализ пациентов с врожденными аномалиями челюстей, обратившихся в КЦ ЧЛРВ и ПХ с 2010 по 2016 год. У 146 пациентов (31 прооперированных в КЦ ЧЛРВ и ПХ; 115 прооперированных в других клинических центрах) выявлены интраоперационные и послеоперационные осложнения на хирургическом этапе комбинированного лечения, которые были распределены по группам. В группе интраоперационных осложнений были выявлены травмы нижнечелюстного нерва, неконтролируемые переломы челюстей, перфорация слизистой оболочки носа и твердого неба, травмы зубов. В группе послеоперационных осложнений были выявлены послеоперационные деформации челюстей, парестезия в различных областях лица, патология височно-нижнечелюстного сустава, рецидив.

Результаты. Из 146 пациентов сформированы группы интраоперационных осложнений – 11 пациентов (8%), прооперированных в КЦ ЧЛРВ и ПХ, и 38 пациентов (26%) прооперированных в других клинических центрах; и группы послеоперационных осложнений – 20 пациентов (13%), прооперированных в КЦ ЧЛРВ и ПХ, и 77 пациентов (53%), прооперированных в других клинических центрах. Увеличение количества осложнений в интраоперационном и/или послеоперационном периодах является следствием ошибок на этапе хирургического лечения и приводят к ухудшению эстетических и функциональных результатов операций. Комплексное обследование, правильное предоперационное планирование пациентов с врожденными аномалиями челюстей позволяют получить стабильный и предсказуемый результат лечения, минимизировать риск развития интраоперационных и послеоперационных осложнений на хирургическом этапе комбинированного лечения.

Функциональная ринопластика как метод выбора у пациентов с деформациями наружного носа

Хоров Г.О.

Городская клиническая больница №2 города Гродно, Республика Беларусь, Гродно

Тенденция повышения спроса на операции, улучшающие форму носа, и в тоже время присутствие у части пациентов, обратившихся за такой услугой, нарушения функционирования носа, объясняет необходимость этой работы. Цель – проанализировать степень влияния нарушения анатомической формы наружного носа на функцию дыхания у лиц, имеющих патологию в полости носа, требующую хирургической коррекции, и имеющих неудовлетворённость формой наружного носа, а также выработать тактику оперативного лечения у данной категории пациентов.

Материалом для исследования послужили 40 пациентов, обратившихся для лечения в оториноларингологическое отделение УЗ ГКБ №2 г. Гродно, с различными деформациями и изменениями наружного носа и жалобами на нарушение носового дыхания. Соотношение по половой принадлежности: мужчины – 26(65%), женщины – 14(35%). Перед оперативным вмешательством выполнялась передняя риноскопия, эндоскопический осмотр носовых ходов. Выяснялся характер приобретения деформации наружного носа. В случае неудовлетворенности пациентом форм наружного носа в виде горбинки спинки носа, «бульбообразности» кончика носа, ротации кончика носа вниз, вбок или вверх, внимательно оценивались пожелания пациента и принималось решение о плане предстоящих изменений формы наружного носа. Всем пациентам в обязательном порядке проводилось фотографирование до и после оперативного вмешательства(на 10-12 сутки, 1 месяц и 3 месяца) минимум в семи проекциях. У всех пациентов из дополнительных методов исследования перед оперативным вмешательством проводилась рентгенография околоносовых пазух носа в лобно-носовой проекции. Изменения наружного носа, выявленные у пациентов: I. Боковое смещение – 32 человека. 1. В костном отделе пирамиды носа – 5 пациентов. 2. В хрящевом отделе – 2 пациента. 3. Комбинированное смещение: а) костный +хрящевой отдел – 14 человек, б) горбинка спинки носа + боковое смещение спинки носа – 4 человека, в) горбинка спинки носа + боковое смещение спинки носа + неправильная форма кончика носа – 5 человек, г) горбинка спинки носа + кончик носа – 2 пациента. II. Горбинка спинки носа – 5 пациентов. III. Западение спинки носа – 1 пациент. IV. Деформация кончика носа(дисфункция носового клапана) – 2 пациента. При эндоскопии носа смещение носовой перегородки выявлено у 37 пациентов, из которых в костном отделе носовой перегородки деформацию имели 7 пациентов, в хрящевом – 2, в костно-хрящевом – 28, в двух случаях была выявлена гипертрофия

нижних носовых раковин, в одном – перфорация носовой перегородки в хрящевом отделе. Все оперативные вмешательства проводились одномоментно в один этап под наркозом. В начале операции выполнялась септопластика, после чего производилась коррекция наружного носа. Выбор доступа осуществлялся индивидуально в каждом конкретном клиническом случае, который зависел от степени деформации спинки носа, степени нарушения носового дыхания, пожелания пациентов. Открытым доступом выполнено – 18 операций, закрытым – 22. С целью коррекции деформаций спинки носа в виде боковых смещений выполнялись латеральная, медиальная, а при значительных деформациях и промежуточная остеотомии. В случаях редукции спинки носа применялись расширяющие графты между верхними латеральными хрящами и носовой перегородкой. Также при наличии дисфункции носовых клапанов применялись поддерживающие графты, которые выполняли укрепляющую и поддерживающую функцию латеральных ножек больших крыльных хрящей. С целью фиксации структур наружного и внутреннего носа применялись носовые пластыри на нетканевой основе с высокой адгезией к влажной поверхности и гипсовая лангета на 7-10 суток. В качестве профилактики послеоперационного отека мягких тканей назначался холод на область носа в первые двое суток и возвышенное положение головы, а также низкочастотная магнитотерапия аппаратом «УниСПОК». Носовое дыхание, как основной функциональный элемент, было восстановлено у всех пациентов, что подтверждалось объективными и субъективными методиками. При эндоскопии носа после операции установлена обычная риноскопическая картина с 1 месяца после операции. Оценка эстетического результата получила положительное заключение у всех пациентов. Повторных операций не потребовалось. Заключение. В случаях эстетических проблем со стороны наружного носа в сочетании с заболеваниями полости носа одномоментная хирургическая коррекция внутриносовых структур и ринопластика являются выбором для лечения с ожидаемым положительным результатом у большинства пациентов.

Морфометрия и оценка выживаемости адипоцитов, полученных при липоаспирации

Храмцова Н.И., Плаксин С.А.

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера, Пермь

Введение. Аутоотрансплантация жировой ткани – одна из самых популярных эстетических процедур. Однако отдаленные результаты липофиллинга часто разочаровывают из-за непредсказуемого объема резорбции до 70%. Идея. Актуально исследование морфометрических характеристик и выживаемости адипоцитов с целью оптимизации техники аутоотрансплантации жировой ткани.

Цель исследования – проведение морфологического анализа липоаспирата, используемого для липофиллинга.

Материалы и методы. Материал составили образцы, полученные при липосакции, у 18 практически здоровых женщин в возрасте $38,7 \pm 11,6$ лет методами механической и водоструйной липосакции. Липоаспират исследовался через 3 часа, 12 часов и 24 часа после операции. Липоаспират в течение суток сохранялся в физиологическом растворе при комнатной температуре. Для анализа производился анализ размера адипоцитов, взятых с различных зон, и выживаемости адипоцитов, нативно окрашенных трипановым синим. Диаметр адипоцитов измерялся при счете 7-15 полей зрения и 5-35 клеток в каждом из них. Погрешность измерения диаметра адипоцитов составила 8,9 мкм.

Результаты. Средний диаметр адипоцита составил $82,9 \pm 17,5$ микрометров (мкм) с размахом от 22 до 187 мкм. Диаметр адипоцитов статистически значимо варьировал у разных пациентов и в различных анатомических зонах. Средний диаметр адипоцита у разных пациентов варьировал от $49,2 \pm 12,4$ до $96,4 \pm 20,4$ мкм. При анализе выживаемости у 10 пациентов количество «мертвых» адипоцитов в каждом из полей зрения составило менее 5%. У одной пациентки на момент исследования материала через 3 часа после его получения «мертвыми» оказались 95% клеток. У 4 пациентов через 12 часов оказались «живыми» до 80% адипоцитов. Через сутки после взятия материала у 5 пациентов в центре жирового конгломерата оказались не прокрашенные адипоциты, что может говорить о недостаточном проникновении красителя в центр жирового конгломерата и может быть интерпретировано как ложноположительный результат теста на выживаемость. Лучшему анализу были доступны небольшие конгломераты жировых клеток среднего размера, лежащие в один слой. Обсуждение. Таким образом, в течение 3 часов после липоаспирации 95% адипоцитов остаются «живыми» и пригодными для аутоотрансплантации. Выживаемость адипоцитов в ряде случаев сохраняется в физиологическом растворе в течение 12 часов после операции при комнатной температуре. В некоторых случаях адипоциты погибают в течение 3 часов после забора материала. В связи с широким размахом колебаний диаметра адипоцитов у разных пациентов нами предложен оригинальный способ прогнозирования возникновения диспропорций фигуры после липосакции. Известно, что у взрослого человека увеличение объемов жировой ткани происходит за счет гипертрофии адипоцитов. В зоне операции после липоаспирации адипоциты будут механически удалены, и гипертрофировать не будут. При наборе жировой массы тела будут гипертрофировать адипоциты на других зонах. При выявлении большого диаметра адипоцитов предел увеличения их объема при наборе веса будет незначительным, и риск возникновения диспропорции фигуры минимальный. В случае похудения, при снижении количества жировой клетчатки, объемы адипоцитов уменьшатся в не оперированных зонах, за счет чего контуры фигуры просто сгладятся. То есть

диспропорции фигуры в случае набора или уменьшения жировой массы тела при большом объеме адипоцитов не прогнозируется. Однако большой диаметр адипоцитов, по данным литературы, говорит об их гипертрофии и служит предиктором возникновения метаболического синдрома. При исходно маленьком диаметре адипоцитов предел увеличения их объема будет значительным, и в случае набора веса и увеличения количества жировой клетчатки объемы оперированных зон останутся прежних объемов, а значимо увеличатся объемы других зон, что приведет к возникновению диспропорции фигуры. В случае снижения массы тела контуры тела останутся практически прежними, так как адипоциты уже имеют маленький диаметр, поэтому для улучшения контуров тела диета данной пациентке не рекомендована. Также предложен оригинальный способ диагностики липодистрофии. После липоаспирации производится измерение диаметра адипоцитов. Опытным путем обнаружено, что при среднем соотношении максимального и минимального диаметров адипоцитов более чем в два раза правомочна постановка диагноза липодистрофии. Таким образом, морфометрия адипоцитов может служить дополнительным инструментом для диагностики липодистрофии и прогнозирования результатов операции.

Возможности предоперационного компьютерного моделирования ринопластики для достижения прогнозируемых эстетических и функциональных результатов операции

Чкадуа Т.З., Ряховский А.Н., Сафарян Д.Л., Качмазова М.В.

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

Актуальность. На сегодняшний день ринопластика занимает лидирующую позицию по количеству пластических операций на лице. Современные методы ринопластики позволяют достигать высоких эстетических результатов, однако ринопластика по-прежнему остается одной из самых сложных дисциплин в пластической и реконструктивной хирургии. Частота обращений пациентов после первичной ринопластики с жалобами эстетического и функционального характера неизменно растет что, возможно, связано с недостаточным предоперационным планированием и с заведомо высокими ожиданиями результатов оперативного вмешательства, что говорит о недостаточном уровне коммуникации между доктором и пациентом. Из вышеизложенного становится очевидным, что использование современных методов диагностики

(конусно-лучевая компьютерная томография, передняя акустическая ринометрия и т.д.), компьютерной визуализации и моделирования (лицевой сканер, цифровая фотометрия и т.д.) позволяют минимизировать послеоперационные осложнения, однако данная проблема является недостаточно изученной и требует дополнительного изучения.

Цель исследования. Повысить эффективность проведения ринопластики за счет предоперационного компьютерного моделирования и минимизировать послеоперационные осложнения эстетического и функционального характера.

Материалы и методы. В период с сентября 2016 г. по сентябрь 2017 г. в отделении реконструктивной челюстно-лицевой хирургии, микрохирургии и эктопротезирования ФГБУ ЦНИИС и ЧЛХ МЗ РФ прошли комплексное обследование и лечение 25 пациентов в возрасте от 18 лет женского (20 пациентов) и мужского пола (5 пациента) с посттравматическими деформациями носа. Предоперационное планирование проводилось с использованием следующих методов: 1. Клинический метод осмотра. 2. Фотометрия лица. 3. 3D-моделирование с использованием программы Avantis и лицевого сканера Artec Eva. 4. МСКТ (в том числе построение 3D-изображения). 5. Передняя активная и акустическая ринометрии. По результатам полученных данных и клинического обследования определялась методика оперативного вмешательства и прогноз возможных интраоперационных осложнений.

Полученные результаты. Предоперационное планирование и моделирование максимально прогнозируемого результата, с использованием лицевого сканера, конусно-лучевой компьютерной томографии и цифровой фотометрии позволило достигнуть прогнозируемых результатов, сократить время оперативного вмешательства и улучшить функциональные показатели внешнего дыхания. Результаты оперативного вмешательства, которые оценивались через 6 месяцев по средствам лицевого сканирования, фотометрии и передней ринометрии, показали стабильный эстетический и функциональный результат проведенного лечения. Данная методика 3D-моделирования позволяет хирургу на этапе предоперационного планирования обсудить с пациентом возможные и невозможные варианты эстетической коррекции.

Выводы. Разработанный алгоритм диагностики, предоперационного планирования с использованием полученных объективных данных позволил получать прогнозируемый функциональный и эстетический результат первичной ринопластики, сократив необходимость повторных оперативных вмешательств. Улучшил качество коммуникации между доктором и пациентом, за счет получения последним объективного представления результатов операции.

СОДЕРЖАНИЕ

Сборник тезисов

Эндоскопическая пластика лица с короткими разрезами <i>Авдеев А.Е., Шаробаро В.И., Кузин Д.А.</i>	2
Основы безопасного местного обезболивания в пластической хирургии <i>Аганина Е.Н., Караваев В.А., Ведерникова О.Л.</i>	2
Реконструкция ушных раковин с использованием аутореберного хряща: особенности формирования покровных тканей для каркаса ушной раковины <i>Асирова Г.В., Чкадуа Т.З.</i>	3
Виды пластики век при удалении базальноклеточного рака <i>Алябьева И.О., Гришина Е.Е.</i>	3
Комбинированная реконструкция нейропаралитического лагофтальма, ассоциированного с асимметрией лица <i>Банщиков П.А., Егоров В.В., Смолякова Г.П.</i>	4
Методика 3S(triple S)-лифтинга в омолаживающей хирургии лица <i>Белый И.А., Баранник М.И.</i>	5
Многоцелевая абдоминопластика у больных после массивной потери веса <i>Бордан Н.С., Яшков Ю.И.</i>	5
Тату-ассоциированные осложнения в дерматокосметологии <i>Борлаков И.А., Азам В.В.</i>	6
Результаты дентальной имплантации после реконструктивно-восстановительных операций с использованием ревааскуляризованных аутотрансплантатов по данным мультиспиральной компьютерной томографии и резонансно-частотного анализа <i>Брайловская Т.В., Вербо Е.В., Дениев А.М., Калинин Р.В., Тангиева З.А.</i>	6
Ишемия сосуда скуловой области при инъекционной коррекции рубцов постакне стабилизированной гиалуроновой кислотой <i>Братилова А.В.</i>	7
Противотромботическая профилактика с применением низкомолекулярных гепаринов при эстетических операциях на лице <i>Бузов Д.А., Кузьмин В.В.</i>	7
Анализ результатов коррекции возрастных изменений кожи лица и шеи с использованием новой технологии получения термически обработанных модификаций тромбоцитарной аутоплазмы <i>Быкова Ю.Н., Титова Л.А.</i>	8
Опыт лечения пациентов с атрофическими рубцами постакне <i>Бычкова Н.Ю.</i>	9
Липодислокация – варианты коррекции <i>Бычкова Н.Ю.</i>	10

Реконструктивная хирургия офтальмологических осложнений эндоскопической хирургии ЛОР-органов <i>Горбачев Д.С., Леонгардт Т.А., Харитонова Н.Н., Ковалевская И.С.</i>	20
Эндоскопически ассистированная абдоминопластика <i>Горкуш К.Н., Пшениснов К.П.</i>	21
Эффект Тиндаля как осложнение в эстетической медицине <i>Гресь С.Н.</i>	21
Роль ультразвукового исследования мягких тканей лица после введения филлеров на основе гиалуроновой кислоты <i>Губанова Е.И., Васильев А.Ю., Привалова Е.Г., Шумина Я.А., Закирова Г.Ш.</i>	22
Коррекция вторичных послеоперационных деформаций век, планирование и хирургическая тактика <i>Грищенко С.В.</i>	22
Принципы скульптурирования ягодичной области <i>Гурьянов А.С., Гурьянов Р.А.</i>	23
Способ функциональной трехмерной оценки биомеханических свойств лица <i>Гурьянов Р.А., Старцева О.И., Петров А.Г., Менькин С.А., Менькин А.А.</i>	23
Возможности криохирургии в косметологии <i>Гурин А.В., Мадай Д.Ю., Прохоров Г.Г., Коченов В.И., Никифорова А.Б., Макаренко Е.В.</i>	24
Сравнительный анализ эффективности объемно-контурной коррекции энтофтальма препаратом гиалуроновой кислоты и липоаспиратом <i>Гущина М.Б., Афанасьева Д.С.</i>	24
Эффективность резекции леватора при повторных операциях по поводу врожденного птоза верхнего века <i>Гущина М.Б., Неробеев А.И.</i>	25
Влияние пренатальной терапии гематотропными и сердечно-сосудистыми препаратами на развитие гиперплазии кровеносных сосудов у детей <i>Гущина М.Б., Южакова Н.С., Афанасьева Д.С.</i>	26
Вариантная МСКТ-анатомия носовых костей и грушевидных отверстий в норме и при различных деформациях наружного носа <i>Давыдов Д.В., Лежнев Д.А., Дутова М.О.</i>	27
Обоснованность сочетанного применения препарата Hyalual с лазерными системами Er:Yag и Nd:Yag на примере деформационно-отечного и мелкоморщинистого типов старения <i>Даниленко В.С.</i>	27
Каркасность фасциально-протоковой структуры молочных желёз <i>Дзотцоев А.К., Егоров Ю.С.</i>	28
Особенности анестезиологического сопровождения реконструкции нижней зоны лица ревааскуляризованными малоберцовыми лоскутами <i>Добродеев А.С., Антипушина Е.В.</i>	28
Использование виртуального компьютерного планирования в лечении пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями скулоглазничного комплекса <i>Дробышев А.Ю., Михайлюков В.М., Капустин А.А.</i>	29

Дисфункция ВНЧС у пациентов после ортогнатической хирургии <i>Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Латышев А.В., Колчин С.А., Салимханов В.Я., Сорвин В.А.</i>	29
Изменение эстетики лица после ортогнатической хирургии <i>Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Латышев А.В., Колчин С.А., Сорвин В.А., Салимханов В.Я.</i>	30
Качество и безопасность сестринского дела в косметологии как профилактика юридического конфликта <i>Дубовая Е.Г.</i>	31
Изучение применения интерферона альфа-2b в составе нового комбинированного способа лечения папилломатоза гортани взрослых <i>Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О.</i>	31
Двусторонняя врожденная атрезия хоан: современное состояние проблемы <i>Егоров В.И., Тюкин В.Ю., Кочнева А.О.</i>	32
Выбор метода онкопластической резекции в хирургическом лечении рака молочной железы <i>Егоров Ю.С., Дзотцов А.К., Кузнецова Л.В.</i>	33
Хирургическая коррекция вторичного птоза молочных желез с применением собственной фиброзной капсулы <i>Жуков М.И., Стефкивская О.В.</i>	34
Эстетическая ринопластика: определение проблемы и выбор оперативной техники <i>Жуков М.И., Стефкивская О.В.</i>	34
Применение васкуляризированных хрящевых аутооттрансплантатов при открытой эстетической ринопластике <i>Жуков М.И., Стефкивская О.В.</i>	35
Эстетические операции на кисти и стопе <i>Заварухин В.И.</i>	35
Оценка качества жизни после коррекции имплантами ягодичной области и голеней <i>Зайнутдинов А.М., Малков И.С., Зинченко С.В.</i>	36
Липоабдоминопластика у больных с вентральными грыжами <i>Зайнутдинов А.М., Малков И.С.</i>	36
Реконструктивно-восстановительные операции при синдромах Клиппеля-Фейля и Ханхарта II <i>Заричанский В.А., Притыко А.Г., Маркосян А.Н., Егуазарян А.К.</i>	37
Использование нитей при одномоментной расширенной блефаропластике и липофилинге лица <i>Зеленин В.Н., Зеленин Н.В.</i>	38
Рак молочной железы на фоне имплантатов <i>Зикирходжаев А.Д., Сарибекян Э.К., Аблицова Н.В., Быстрова С.И.</i>	39
Вариант лечения поздней гематомы после выполнения аугментационной маммопластики <i>Зикирходжаев А.Д., Сарибекян Э.К., Рерберг А.Г., Тыщенко Е.В.</i>	39
Новые тенденции в органосохраняющем лечении у больных раком молочной железы <i>Зикирходжаев А.Д., Ермощенкова М.В., Тукмаков А.Ю.</i>	40
Матрикс и сетчатые имплантаты в реконструктивной хирургии рака молочной железы <i>Зикирходжаев А.Д., Ермощенкова М.В., Широких И.М., Тукмаков А.Ю.</i>	41

Рекламный доклад Секция руководителей <i>Шесть лет на рынке эстетической медицины</i>	41
Моделирование формы кожного мешка экспандером со встроенным портом в перевернутом на 180 градусов положении <i>Иванов В.Г., Волох М.А., Сурмач А.А.</i>	42
Создание идеальной субмаммарной складки с помощью нитей <i>Иванов В.Г., Волох М.А., Сурмач А.А.</i>	43
Аутотрансплантация толстой кишки при эзофагопластике в онкологии <i>Ильин И.А., Малькевич В.Т., Подгайский А.В.</i>	43
Алгоритм диагностики и показания к операции сочетанной гинекомастии с варикоцеле <i>Исаева Н.Д., Камалов К.Г., Курбанова З.В., Омарова Х.З.</i>	44
Оценка информационной потребности врачей-дерматовенерологов и косметологов <i>Каверина Е.В.</i>	45
Особенности применения липографтинга в реконструктивной хирургии лица, тела и конечностей <i>Казанцев И.Б., Цуканов А.И., Серяков В.И., Чикинев К.Э.</i>	46
Сравнительный анализ методик оперативного лечения косоглазия <i>Канюков В.Н., Чеснокова Е.Ф.</i>	47
Определение симметрии средней зоны лица как междисциплинарная задача <i>Катинас Е.Б., Соловьев М.М.</i>	47
Первый опыт использования микро/нанолипофиллинга, в том числе для коррекции рубцов <i>Качанова Т.А., Юдин В.А.</i>	48
Пластические операции на азиатских веках <i>Качкинбаев И.К.</i>	48
Аутотрансплантаты в стабильности функционального и эстетического результата ринопластики <i>Кибишева А.А.</i>	49
Клинико-морфологическое обоснование применения сетки титановой для армирующей пластики мягких тканей в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии <i>Кобазев В.Э.</i>	50
Особенности обработки травм век в условиях многопрофильного стационара <i>Коврижкина А.А., Рябцева А.А., Андрюхина О.М.</i>	50
Умбиликальная пластика при деформациях брюшной стенки <i>Кожемяцкий В.М.</i>	51
Оценка степени тревоги и депрессии перед проведением ортогнатической операции <i>Колчин С.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Сорвин В.А., Салимханов В.Я., Латышев А.В.</i>	52
Изучение патогенетических механизмов развития воспаления в операционной ране при абдоминопластике <i>Копасов А.Е., Блохин С.Н., Морозов С.Г.</i>	52
Значение определения уровня хемокина CCL20 в плазме крови и его рецептора ccr6 на клетках для оценки риска развития осложнений после абдоминопластики <i>Копасов А.Е., Блохин С.Н., Морозов С.Г.</i>	53

Общие принципы и особенности ринопластики при лечении больных с последствиями травм и ожогов <i>Короткова Н.Л., Сафьянова Е.В.</i>	54
Хирургические подходы при лечении краниофациальной фиброзной дисплазии у детей <i>Кугушев А.Ю., Лопатин А.В., Ясонов С.А., Болотин М.В., Рогожин Д.В.</i>	54
Методика реконструкции челюстно-лицевой области с использованием индивидуальных имплантатов из биоактивной керамики <i>Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Кульков С.Н., Чернов В.И., Мухамедов М.Р., Буяков А.С.</i>	55
Остеотомия подбородочного отдела у пациентов с уменьшенными параметрами нижней трети лица <i>Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Лонская Е.А., Дробышева Н.С., Салимханов В.Я., Сорвин В.В., Колчин С.А., Латышев А.В.</i>	55
Этнические, возрастные и гендерные особенности при проведении ортогнатических операций <i>Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Лонская Е.А., Дробышева Н.С., Салимханов В.Я., Латышев А.В., Сорвин В.В.</i> .	56
Оптимизация качества жизни после симультанных операций при кожно-жировом фартуке передней брюшной стенки у геронтологических пациентов с сочетанной патологией. <i>Курбанова З.В., Омарова Х.З., Исрапилов М.М., Адухов М.А., Исаева Н.Д.</i>	57
Современные методы хирургического лечения пациентов с эндокринной офтальмопатией <i>Левченко О.В., Каландари А.А., Кутровская Н.Ю., Тимофеева О.Н.</i>	58
Применение липофилинга для улучшения эстетических результатов ортогнатической операции <i>Лонская Е.А., Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Салимханов В.Я., Латышев А.В., Сорвин В.В.</i>	58
Миниинвазивная подтяжка нижней трети лица – комбинация методик для достижения оптимального результата <i>Лонская Е.А., Куракин К.А., Салимханов В.Я., Латышев А.В., Сорвин В.В.</i>	59
Использование полиуретановых имплантов (персональный опыт) <i>Мавроди Т.В., Кокаев К.Т.</i>	59
Одно- и двухэтапная одномоментная реконструкция молочной железы: анализ результатов и перспективы <i>Малыгин С.Е., Малыгин Е.Н., Баисова А.М.</i>	60
Комбинированные инъекционные методы омоложения височной области в общем эстетическом портрете лица <i>Машкина А.С.</i>	61
Применение сверхэластичных материалов из никелида титана для реконструкции нижней стенки глазницы при травмах <i>Медведев Ю.А., Петрук П.С., Шаманаева Л.С., Поляков К.А.</i>	61
Аллогенные материалы в окулопластике <i>Милюдин Е.С., Волова Л.Т., Юдаков А.В.</i>	62
Этапы формирования волокнистой основы репаративного регенерата при спонтанном заживлении кожной раны <i>Мишина Е.С., Омеляненко Н.П., Волков А.В., Ковалев А.В., Сморгачев М.М.</i>	63
Современные подходы к лечению диспропорций лица, сочетающихся с нарушениями других структур черепно-лицевой области <i>Набиев Ф.Х., Либин П.В., Котов И.И.</i>	64

Комплексная реабилитация пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Хирургическое лечение переднего невправляемого вывиха суставного диска <i>Назарян Д.Н., Захаров Г.К., Караян А.С., Ляшев И.Н., Дыбов А.М., Васильев Ю.А.</i>	64
Перестройка костно-мышечных тканей после пересадки трансплантатов на сосудистой ножке <i>Назарян Д.Н., Караян А.С., Потапов М.Б.</i>	65
Лазерные технологии в комплексной коррекции гиперпигментации: «как разорвать порочный круг» <i>Некрасова С.В.</i>	65
Современный подход аутотрансплантации musculus gracilis при параличе мимической мускулатуры <i>Неробеев А.И., Салихов К.С., Висаитова З.Ю.</i>	66
Выбор реконструктивной или эстетической ринопластики при тонких хрящах <i>Омар Х.М., Крамаренко Ю.В.</i>	66
Принципы применения тканевой и клеточной технологий при репаративном остеогенезе <i>Омельяненко Н.П.</i>	67
Применение клеточных технологий для восстановления гиалинового хряща <i>Омельяненко Н.П., Родионов С.А., Курьяков А.П., Миронов В.А., Кудан Е.В., Князева А.Д., Хесуани Ю.Д., Буланова Е.А., Каралкин П.А., Парфенов В.А.</i>	68
Профилактика и лечение посттравматического сужения преддверия носа <i>Павлюк-Павлюченко Л.Л., Валиев Л.Л.</i>	68
Опыт лечения больных с остеомиелитом дистальных фаланг пальцев стопы и кисти с использованием методов реконструктивно-пластической хирургии <i>Павлюченко С.В., Жданов А.И., Ходорковский М.А.</i>	69
Опыт применения скаффолда в хирургическом лечении послеожоговой деформации кисти <i>Панов А.В., Шаповалов С.Г., Плешков А.С.</i>	69
Возможности применения клеточных композиций с фибробластами кожи в лечении ран <i>Панов А.В., Шаповалов С.Г., Плешков А.С., Калмыкова Н.В.</i>	70
Липографтинг – пересадка аутожира: в поисках стандартизации методов <i>Петрисян К.</i>	71
Некоторые аспекты коррекции функциональных осложнений при риносептопластиках <i>Петрисян К.</i>	71
Особенности восприятия собственной внешности у клиенток пластического хирурга <i>Плаксин С.А., Храмцова Н.И.</i>	72
Применение хирургических методов для лечения пролежней покровных тканей <i>Плешков А.С., Шаповалов С.Г., Панов А.В., Сухопарова Е.П.</i>	73
Обоснование и юридические нормы применения кадаверной аллокожи в лечении пострадавших с глубокими ожогами в Российской Федерации <i>Плешков А.С., Шаповалов С.Г., Панов А.В.</i>	73
Варианты реконструкции глотки и пищевода с использованием микрохирургических висцеральных аутотрансплантатов в онкологической практике <i>Поляков А.П., Ратушный М.В., Решетов И.В., Кравцов С.А., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В.</i>	74

Анализ осложнений хирургического лечения пациентов с врожденными аномалиями челюстей <i>Сорвин В.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Заборовский В.В., Колчин С.А., Салимханов В.Я., Латышев А.В.</i>	87
Оптимальный рубец. от золтана до наших дней. <i>Суламанидзе М.А., Суламанидзе К.М., Суламанидзе Г.М., Адамян Р.Т., Гуляев И.В., Воздвиженский И.С.</i>	88
Микролипографтинг при эстетической реабилитации пациентов с вторичной деформацией скуло-носо-орбитальной области <i>Султанова Н.Н.</i>	88
Лазерный термолиз в протоколах неоперативной коррекции пролапса тазовых органов <i>Угрюмова Л.Ю.</i>	89
Операции в челюстно-лицевой области, предупреждающие возникновение дефектов лица и нарушения функций <i>Фаизов Т.Т.</i>	89
Варианты контурной пластики лица <i>Фаизов Т.Т.</i>	90
Реконструкция молочной железы методом «объем-слинг». Как увеличить реципиентную ёмкость, не используя наружную экстензию, или BRAVA«прощай» <i>Федосов С.И.</i>	91
Опыт использования аутотрансплантатов из хряща ушной раковины в реконструктивной хирургии носа <i>Фетисов И.С., Наседкин А.Н., Грачев Н.С.</i>	92
Радиоволновая технология в хирургии век и удалении глаза <i>Филатова И.А., Мохаммад И.М., Шеметов С.А., Братов Б.М.</i>	92
Использование имплантатов из политетрафторэтилена для рецессии и реконструкции леватора <i>Филатова И.А., Шеметов С.А.</i>	93
Применение концепции избирательного ремоделирования в комплексном нехирургическом инъекционном омоложении средней трети лица <i>Хрущ Г.В.</i>	93
Применение лоскутов с осевым кровотоком в лечении глубоких раневых дефектов (обзор клинических случаев) <i>Цветков Е.А.</i>	94
К вопросу об оказании высокотехнологичной медицинской помощи в рамках специальности «пластическая хирургия» <i>Цуканов А.И., Казанцев И.Б., Серяков В.И., Чикинёв К.Э., Галашов В.Н., Ли В.М., Трунов Л.А.</i>	95
Ринопластика у взрослых пациентов с деформацией носа после устранения врожденной односторонней расщелины губы и нёба. Эстетические и функциональные аспекты <i>Чкадуа Т.З., Иванова М.Д., Брусова Л.А., Агеева Л.В.</i>	96
Сравнительный анализ способов реконструктивной отопластики <i>Чкадуа Т.З., Абрамян С.В., Чолокава Т.Д., Асирова Г.В., Арсенидзе А.Р.</i>	97
Диагностика психоэмоциональных расстройств у пациентов с дефектами и деформациями носа <i>Чкадуа Т.З., Качмазова М.В., Лащинина Ю.А., Сафарян Д.Л.</i>	97

Совершенствование методов лечения пациентов с деформацией назолабиального комплекса после устранения врожденной двусторонней расщелины верхней губы и нёба <i>Чкадуа Т.З., Якубов В.М., Агеева Л.В.</i>	98
Кожная пластика обширного дефекта мягких тканей голени при открытом переломе <i>Шаповалов С.Г., Гудзь Ю.В., Локтионов П.В., Вавилов В.Н., Калакуцкий Н.В., Плешков А.С., Панов А.В.</i>	99
Первый опыт в Российской Федерации применения бесклеточного матрикса в хирургическом лечении послеожоговой деформации кисти <i>Шаповалов С.Г., Панов А.В., Плешков А.С., Сухопарова Е.П., Юнусова Ю.Р.</i>	100
Концепция реконструктивно-пластических операций при деформации контуров и дефектах передней грудной стенки у женщин <i>Шаповалов С.Г., Сухопарова Е.П., Древецкий А.П., Юнусова Ю.Р., Кчеусо А.В.</i>	101
Хирургическая коррекция контуров тела при ожирении 2-3 степени <i>Шаробаро В.И., Авдеев А.Е., Гречишников М.И., Романец О.П., Баева А.А., Гоглов М.О.</i>	102
Хирургическая коррекция нижней трети лица и шеи «без следов» <i>Шаробаро В.И., Авдеев А.Е., Пенаев А.А., Баева А.А., Гречишников М.И., Романец О.П., Пенаева С.А., Гоглов М.О.</i>	102
Методика «3L» – наш алгоритм решения задач по коррекции возрастных изменений лица <i>Шелег М.Ю., Короткова Е.А.</i>	103
Хирургический алгоритм статической коррекции парализованного лица <i>Шургая Ц.М., Неробеев А.И., Саида А.С., Кекелия З.Н., Таланова О.И.</i>	104
Тактика при нестандартных ситуациях после бандажирования желудка <i>Юдин В.А., Мельников А.А.</i>	104
Краниосиностоз сагиттального шва черепа: особенности хирургической тактики в зависимости от варианта деформации и возраста пациента <i>Ясонов С.А., Лопатин А.В., Васильев И.Г., Резчиков Д.А.</i>	105

Конкурс молодых ученых

Роль оценки состояния тонуса нижнего века в выборе метода оперативного лечения мальпозиций нижних век <i>Агеева Е.В., Потемкин В.В., Николаенко В.П.</i>	106
Методика устранения ограниченных дефектов боковой поверхности языка и мягких тканей дна полости рта с пластикой FAMM – лоскутом в сочетании с ксеномембраной Pergacol <i>Гилёва К.С., Миронова Е.А.</i>	107
Анализ эффективности проведения липофилинга в челюстно-лицевой области <i>Дзампаева И.Р., Дробышев А.Ю., Глушко А.В., Васильев Ю.А.</i>	107
Применение ксеногенного костнопластического материала на основе коллагена 1 типа при хирургическом лечении пациентов с хроническим перфоративным верхнечелюстным синуситом <i>Дьячкова Е.Ю., Тарасенко С.В.</i>	108

Гландулярные ротационные лоскуты в онкопластической хирургии рака молочной железы <i>Ермощенко М.В., Зикирходжаев А.Д., Тукмаков А.Ю.</i>	109
Виртуальное планирование ортогнатической операции <i>Колчин С.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Сорвин В.А., Салимханов В.Я., Латышев А.В.</i>	109
Комплексные методы лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями класса II по классификации Энгля, сопровождающимися синдромом обструктивного апноэ во сне <i>Котов И.И., Набиев Ф.Х., Либин П.В., Овсянников А.Г., Добродеев А.С.</i>	110
Актуальность оценки эстетических параметров лица у пациентов до и после ортогнатической хирургии <i>Латышев А.В., Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Колчин С.А., Салимханов В.Я.</i>	110
Экспериментальное обоснование использования полимерного сетчатого имплантата «Реперен» для реконструктивно-восстановительных операций на склере и тарзальной пластинке <i>Мальков С.А., Гущина М.Б., Терещенко А.В.</i>	111
Этапы формирования волокнистой основы репаративного регенерата при спонтанном заживлении кожной раны <i>Мишина Е.С., Омеляненко Н.П., Волков А.В., Ковалев А.В., Сморгачев М.М.</i>	112
Актуальные аспекты липофилинга в периорбитальной области <i>Сенчихина О.А., Грищенко С.В.</i>	113
Анализ осложнений хирургического лечения пациентов с врожденными аномалиями челюстей <i>Сорвин В.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Заборовский В.В., Колчин С.А., Салимханов В.Я., Латышев А.В.</i>	114
Функциональная ринопластика как метод выбора у пациентов с деформациями наружного носа <i>Хоров Г.О.</i>	114
Морфометрия и оценка выживаемости адипоцитов, полученных при липоаспирации <i>Храмцова Н.И., Плаксин С.А.</i>	115
Возможности предоперационного компьютерного моделирования ринопластики для достижения прогнозируемых эстетических и функциональных результатов операции <i>Чкадуа Т.З., Ряховский А.Н., Сафарян Д.Л., Качмазова М.В.</i>	116