

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРИОРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ УКУСА СОБАКИ

Абдуллаев К.Ф., Васильев Е.А., Орлова Е.В., Сафарян Д.Л., Большаков М.Н.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челюстно-лицевой госпиталь для ветеранов войн», Москва

Последствия укусов домашних животных варьируют от безобидных до крайне тяжелых проявлений, таких как обширный дефект лица вследствие авульсии комплекса тканей. При дефектах периоральной области реконструктивные вмешательства представляют особую сложность из-за функциональной и эстетической значимости тканей данной локализации. Известно, что наиболее высокий уровень результатов может быть достигнут при реплантации утраченных тканей. При этом случаи успешных реплантаций единичны даже в мировой литературе. При отсутствии возможности для реплантации тканей, может быть избрана как выжидательная тактика, предполагающая реконструктивное лечение после полного очищения и рубцевания раны, так и «проактивная» тактика, предполагающая ранее выполнение реконструктивного вмешательства, что позволяет получить укоротить сроки реабилитации и получить результат более высокого уровня. Мы описываем свой опыт применения проактивной хирургической тактики при лечении молодой девушки с дефектом тканей периоральной области после укуса собаки. В июле 2017 года Пациентка Х. 17 лет пострадала от укуса незнакомой собаки. Укус спровоцирован пациенткой. Собака привита. Сразу после происшествия пациентке выполнена первичная хирургическая обработка (ПХО) ран, назначена антибактериальная, противостолбнячная, антирабическая и симптоматическая терапия. При осмотре в специализированном отделении: имеется дефект правой половины верхней губы, правой щечной области и правого угла рта. Раневая поверхность дефекта укрыта лоскутами слизистой оболочки правой щеки в результате ПХО. Также, имеются ушитые раны в подподбородочной области, в проекции прямых брюшков двубрюшной мышцы. С учетом функциональных, анатомических и эстетических особенностей дефекта запланировано реконструктивное лечение, состоящее из двух этапов – 1) пластика дефектов свободными и местными лоскутами с восстановлением сфинктерной функции губ; 2) эстетическая коррекция. На 4 сутки после поступления в стационар, в объеме первого этапа реконструктивного лечения пациентке выполнена операция: пластика верхней губы по методу Аббэ-Истландера, статическая коррекция правой неокониссуры графтом из височной фасции, пластика правой щечной области свободным кожно-жировым лоскутом с предплечья на лучевых сосудах. В ходе оперативного вмешательства сформирован

истинный дефект и подготовлено воспринимающее ложе для лоскута путем дебридмента краев раны и послойной расщепаровки слизистой, кожи и круговой мышцы рта. При выкраивании лоскута по Аббэ-Истландеру в области будущей неокониссуры сформирован треугольный кожный островковый лоскут, служащий площадкой для выполнения надежной фиксации при статическом подвешивании угла рта. Лоскут Аббэ сформирован без включения слизистой оболочки нижней губы в связи с особенностями дефекта верхней губы. Для профилактики птоза сформированной неокониссуры осуществлено ее статическое подвешивание к скуловой кости при помощи глубокой височной фасции, шовного материала и титанового винта. Для устранения дефекта щеки использован лучевой лоскут предплечья. Лоскут сформирован в надфасциальном пространстве с сохранением собственной фасции предплечья. Реваскуляризация лоскута осуществлена посредством анастомозов с лицевыми сосудами через отдельный доступ в подчелюстной области, сосуды проведены в тоннеле. Донорский дефект предплечья устранен полнослойным кожным аутодермографтом с бедра. Послеоперационный период без особенностей. В результате первого этапа вмешательства: осуществлена реконструкция щеки и угла рта, восстановлена функция речи, приема пищи, восстановлена сфинктерная функция губ, открывание рта в полном объеме. Воспалительных и других осложнений после операции мы не наблюдали. Остаточный эстетический дефект, вызванный цветовым и текстурным несоответствием кожи лоскута и окружающих тканей, устранен через 6 месяцев на втором этапе лечения, в ходе чего выполнена деэпителизация кожи лоскута и пластика местными тканями. Ранее выполнение полноценного комплекса реконструктивных процедур в одной операции позволило снизить сроки реабилитации и существенно повысить ее качество, поскольку пациентке не пришлось длительное время пребывать в состоянии инвалидизации и страдать от существенных функциональных и эстетических нарушений в ожидании очищения и рубцевания раны. Мы считаем, этот подход имеет серьезный потенциал. Перспективы его применения в челюстно-лицевой и пластической хирургии следует подвергнуть изучению и сравнительной оценке с традиционными, поэтапными подходами.

ПРОФИЛАКТИКА ЛИГАТУРНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ ПЛАСТИКЕ УШНЫХ РАКОВИН

Аганина Е.Н., Губайдуллин К.С.
ООО «Пластика», Йошкар-Ола

Введение: Надежная фиксация сформированного противозавитка, равно как и иссечение участка хряща из углубления при коррекции отстоящей ушной раковины, требует, как правило, наложения нерассасывающихся швов. Однако тонкие покровные ткани на ушах и прилегание узлов внутренних нитей непосредственно к послеопера-

ционному рубцу создают угрозу образования лигатурных свищей. При этом удаление даже одного узла нити может привести к частичному рецидиву, возникновению асимметричного положения ушных раковин.

Цель исследования: Снижение частоты возникновения лигатурных свищей у пациентов с отстоящей ушной раковиной.

Материалы и методы: С 1998 года по 2011 год нами было выполнено 412 отопластик, из них 13 (3,2%) пациентов к нам обратились с жалобами на обнажение единичного внутреннего узла. Сроки формирования лигатурного свища колебались от 6 мес. до 3 г. 1 мес. после первоначальной коррекции. С целью оптимизации результатов отопластики нами было решено по возможности увеличить прослойку тканей между линией внутренних швов и послеоперационным рубцом. Так как в большинстве случаев по окончании операции в заушной области по ходу разреза образуется небольшой излишек кожи, который обычно удаляется, мы в нашей практике его не иссекаем, а в самом начале дезэпидермируем. Получается веретенообразный участок, длиной 5–6 см и шириной 3–5 мм. По стороне, обращенной к завитку, мы углубляем разрез до надхрящницы, выполняем коррекцию противозавитка и, если необходимо, области углубления. Затем нитью Полипропилен 4-0 свободный край дезэпидермизированного участка подшиваем непрерывным швом к надхрящнице противозавитка, надежно укрывая линию швов. Концы нитей, не завязывая, выводим сверху и снизу через кожу, оставляя свободные концы приблизительно по 1,5 см длиной. Поверх сшиваются края раны. Швы снимаем через 1 неделю. Сначала один конец внутренней нити отрезается у места выхода его через кожу, а нить вынимается при подтягивании за другой конец. Во вторую очередь убирается шов с кожи. Еще не менее важной компонентой профилактики формирования лигатурных свищей, на наш взгляд, является тщательный уход за послеоперационным рубцом. Мы настоятельно рекомендуем нашим пациентам, принимая душ, не забывать хорошо промывать заушную область.

Результаты: С 2012 года по настоящее время с применением данной техники нами было выполнено 237 отопластик, из которых мы наблюдали лигатурный свищ только в 1 (0,4%) случае. Заключение. Дополнительное укрытие линии внутренних швов при строгом соблюдении послеоперационных рекомендаций существенно уменьшает риск возникновения лигатурных свищей при коррекции отстоящих ушных раковин.

ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ УЗЛОВОЙ РИНОФИМЕ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Аптиева Э.Д., Колесова Н.П.

ООО Медицинский центр «Косметология №1», Оренбург

Цель и задачи: Описать собственный опыт применения четырехэтапного удаления узловых ринофимы путем СО₂-лазер «Kosmo-pulse II» у пациента с сахарным диабетом 2 типа. Материалы и метод. Мужчина, 78 лет, с 20-летним анамнезом медленно растущей ринофимы. Предъявлял жалобы на грубый косметический дефект на коже носа,

затруднение носового дыхания, невозможность бриться в области около носа. Методом стандартного дерматологического осмотра визуально злокачественных образований не обнаружено. Хотя ринофимы достаточно хорошо лечатся хирургическим путем, мы описываем свой первый опыт лечения пациента лазерной хирургией, вследствие получения отказа у хирурга, ссылаясь на сахарный диабет. Под контролем уровня глюкозы в крови проведено четырехэтапное, с перерывом две недели удаление узлов ринофимы аппаратом «Kosmo-pulse II» в непрерывном режиме с частотой 100 Гц, мощностью 8–15 Вт. Диаметр светового пятна 0,15 мм, фокусное расстояние конденсорной линзы f:50 мм. Взят биоматериал для гистологического исследования.

Результаты и выводы: Общая площадь распространения узлов ринофимы составила 6x10 см, закрывая наружный носовой проход до 0,2 см в диаметре. Проводилось удаление гипертрофических узлов частями, на первых двух этапах – удаление верхней ½ площади кожи носа, затем – остальных ½. Несмотря на коморбидное состояние (сахарный диабет 2 типа), период заживления продолжался 14 дней, без осложнений. Уровень глюкозы соответствовал прежним показателям (6,7 – 6,8 – 5,7 – 6,7 ммоль/л) при соблюдении режима и диеты. Наш первый опыт применения лазерной хирургии в отношении пациента с ринофимой на фоне сахарного диабета 2 типа показал, что использование СО₂-лазера «Kosmo-pulse II» в непрерывном режиме с частотой 100 Гц, мощностью 8–15 Вт, диаметром светового пятна 0,15 мм, фокусным расстоянием конденсорной линзы f:50 мм время заживления составляет две недели, не требует анестезии, не изменяет уровень глюкозы в крови. Помимо этого, мы имели возможность внутри оперативного гистологического исследования, которое не выявило злокачественности. Непосредственными побочными эффектами были кратковременная боль, эритема, отек.

РАДИОЧАСТОТНАЯ ЛИПОСАКЦИЯ И ПОДТЯЖКА ГРУДИ ПРИ ПОМОЩИ АППАРАТА BODY TITE

Аршакян В.А.

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Радиочастотная липосакция – один из самых современных и безопасных методов, позволяющих быстро и эффективно проводить эвакуацию жира, коагуляцию сосудов, улучшать текстуру и подтягивать большие площади кожных лоскутов. В России аппарат применяется уже чуть более 6 лет. Эти годы позволили понять – аналогов у такого метода нет. Период реабилитации сокращен до минимума. Результат операции виден сразу, но спустя время он становится еще более заметным, так как процесс сокращения кожных структур продолжается в течение полугода. Липосакция и одновременная подтяжка живота, боков, спины, внутренней и наружной поверхности бедер, рук, подбородка – все эти операции были выполнены уже большому количеству пациентов. Плюсы, которые отметили все без исключения – отсутствие гематом, так как при эвакуации происходит одновременная коагуляция сосудов, и быстрое восстановление – потому что происходит минимальная травматизация мягких тканей. Сегодня мы ведем ак-

тивную работу в новом направлении – подтяжка молочных желез при помощи аппарата Body Tite. Многих пациентов, которые хотят прибегнуть к мастопексии, пугают горизонтальные и вертикальные линейные рубцы, несмотря на то, что спустя время они становятся практически незаметными. Подтяжка груди радиочастотным методом позволяет избежать рубцов, так как весь процесс проводится через микропроколы. Для коррекции асимметрии молочных желез достаточно прооперировать лишь одну железу. Операции традиционным способом оставляют асимметричные видимые рубцы на поверхности кожи. Радиочастотный способ позволяет скорректировать асимметрию, не оставляя при этом внешних видимых различий на кожных покровах молочных желез. Немаловажен также психологический аспект. Пациентам легче идти на операцию, когда они знают, что в последствие никто даже не догадается, что было хирургическое вмешательство. Кроме того, у пациентов будет меньше страхов и волнений при использовании такого метода, так как противопоказаний на порядок меньше, а побочные эффекты, по сравнению с классической подтяжкой, минимальны. На наш взгляд, новый способ применения Body Tite способен перевернуть представление о подтяжке груди, сделав ее малотравматичной, быстрой и безопасной.

СИСТЕМА ПЛАНИРОВАНИЯ УВЕЛИЧИВАЮЩЕЙ МАММОПЛАСТИКИ «NATURAL BEAUTY»

Аршакян В.А.

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Этап современной увеличивающей маммопластики начался в 1963 году. Два американских хирурга T.D. Crouin и F.J. Gogow совместно с фирмой «Dow Corning Corp.» создали первый в мире силиконовый маммоэндопротез. С тех пор, в цивилизованных странах накопился огромный опыт протезирования молочных. Однако частота возникновения неудовлетворительных эстетических последствий остается на высоком уровне. Важным этапом является вопрос о планировании операции, от которой во многом зависит выбор протеза и исход операции. При изучении всех предложений по планированию увеличивающей маммопластики силиконовыми протезами было выявлено, что одни слишком неточно планируют операцию, а другие настолько громоздки, что практически применять их невозможно. Было принято решение разработать собственную систему планирования увеличивающей маммопластики, которая бы значительно улучшала результаты операций и упростила сам процесс выбора маммоэндопротеза. Данная технология была протестирована на 469 пациентах в течение последних 6 лет. Система планирования увеличивающей маммопластики «Natural Beauty» помогает пластическому хирургу выбрать правильный и оптимальный маммоэндопротез, который в последующем гармонизирует контуры женского тела. Технология в руках специалиста на дооперационном этапе определяет размер, объем и форму протеза, учитывает антропометрические данные каждого индивидуального пациента и, в конечном счете, улучшает качество протезирования молочных желез.

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ЛИМФЕДЕМА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (PRAESOX И TARDA) – ЛИМФОСЦИНТИГРАФИЧЕСКИЕ НАХОДКИ

Байтингер В.Ф., Курочкина О.С., Карпов Е.Н.

Автономная некоммерческая организация «Научно-исследовательский институт микрохирургии», Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Томский областной онкологический диспансер», Томск

Под термином «идиопатическая лимфедема нижних конечностей (н/к)» понимают отек неустановленной причины. К развитию лимфедемы н/к может приводить гипоплазия лимфатических коллекторов и лимфоузлов (л/у), воспаление в лимфатической системе и возрастные изменения (инволюция лимфоидной ткани). Согласно большинству классификаций, в которых нет учета патологического состояния, первичная лимфедема н/к подразделяется на лимфедему праесох (до 35 лет) и tarda (старше 35 лет).

Цель: Изучить состояние лимфатического дренажа н/к у пациенток с идиопатической лимфедемой, основываясь на данных лимфосцинтиграфии (ЛСГ).

Задачи: Оценить состояние лимфатической системы н/к у пациенток с идиопатической лимфедемой и перспективы выполнения лимфо-венулярных анастомозов (ЛВА) для улучшения лимфодренажной функции.

Материал и методы: С 2014 по 2018 гг. проведена оценка лимфодренажной функции у 16 пациенток с идиопатической лимфедемой н/к. Пациентки разделены на 3 группы: I – 3 пациентки с отеком обеих н/к (началом заболевания до 20 лет); II – 8 пациенток с отеком одной н/к (заболели до 35 лет); III – 5 пациенток с отеком обеих н/к (заболели с 59 лет). Методом непрямой ЛСГ оценивали лимфодренаж по медиальному и латеральному лимфатическим коллекторам, состояние л/у на уровне подколенной ямки, паховой и подвздошной области, наличие рефлюкса в глубокие лимфатические коллекторы и в лимфатические сосуды кожи.

Результаты: В I группе к 20 мин отмечали умеренную фиксацию Технефита в лимфатических сосудах кожи на уровне нижней трети (н/3) голени, не было визуализации медиальных коллекторов, радиофармпрепарат (РФП) распределялся по латеральным коллекторам до уровня подколенной ямки. К 180 мин. отмечали наличие индикатора в передних большеберцовых, подколенных, глубоких паховых, обтурационных, наружных и внутренних подвздошных л/у; фиксация РФП в н/3 голени была умеренной. Клиническая картина соответствовала легкой и средней степени нарушения. Одна из пациенток была прооперирована. Интраоперационно лимфатические сосуды менее 20 мкм в диаметре, наложение ЛВА технически невозможно. В одном случае пациентка болела 11 лет, в двух других продолжительность заболевания составила 6 лет. Существенной разницы в лимфодренажной функции выявлено не было. Учитывая двухсторонний характер процесса и его медленное развитие можно предположить, что лимфедема является первичной и связана с дисфункцией лимфатической системы. Во II группе к 20 мин. в тканях здоровой н/к РФП визуализировался по медиальному коллектору с фиксацией в поверхностных паховых л/у. В большой н/к в зависимости от сроков и стадии заболевания отмечали разную ЛСГ картину. При начале заболевания до 2 лет и

лимфедеме II стадии (по М. Foldi) отмечали визуализацию латерального и глубокого лимфатического коллектора бедра. При лимфедеме III стадии РФП умеренно фиксировался в н/З голени. К 180 мин РФП в здоровой н/к визуализировался в паховых и подвздошных л/у; в больной н/к при лимфедеме II стадии РФП умеренно фиксировался в н/З голени, в глубоких паховых, обтурационных и внутренних подвздошных л/у. При лимфедеме III стадии РФП высокоинтенсивно накапливался в мягких тканях пораженной голени. Интраоперационно лимфатические сосуды диаметром от 50 до 80 мкм. Наложение ЛВА технически возможно и может быть эффективным. Следует отметить, что заболевание быстро прогрессирует, процесс ассиметричный и, скорее всего, связан с вторичным поражением лимфатической системы, (воздействие инфекционного агента или травма). В III группе к 20 мин. отмечали умеренную фиксацию РФП в глубоких паховых л/у и в н/З голени. К 180 мин отмечали высокоинтенсивную фиксацию в глубоких паховых, подвздошных и обтурационных л/у, умеренную фиксацию РФП в тканях н/З голени. Процесс носил двусторонний характер, соответствовал умеренному нарушению лимфоотока и, скорее всего, был связан с инволюционными изменениями в лимфатической системе. Выводы: По данным ЛСГ, первичная лимфедема характеризуется двухсторонней дисфункцией, медленным прогрессированием и умеренной степенью нарушения лимфодренажной функции, выполнение ЛВА затруднительно. Вторичная лимфедема в подростковом и среднем возрасте носит быстро прогрессирующий характер, характеризуется средней и тяжелой степенью нарушения лимфодренажной функции, технически выполнение ЛВА не представляет сложности. Вторичная лимфедема в пожилом возрасте характеризуется двухсторонним поражением, умеренной степенью нарушения лимфодренажной функции и мало перспективна для хирургической коррекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ И АНИМАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ РЕПЕРFUЗИИ ОСЕВОГО КОЖНО-ФАЦИАЛЬНОГО ЛОСКУТА

Байтингер В.Ф., Селянинов К.В., Корнелик С.Е.

Автономная некоммерческая организация «Научно-исследовательский институт микрохирургии», Томский национальный исследовательский университет, Научно-производственная компания «Интеграл», Томск

Компьютерное моделирование, анимация и визуализации патофизиологических процессов, включая и кровообращение, стало в настоящее время актуальным трендом научных исследований. В доступной нам отечественной и зарубежной литературе мы не смогли найти информации даже о моделировании, анимации и визуализации артериального кровотока в свободном осевом кожно-фасциальном лоскуте при его реперфузии. В норме моторика артериальных сосудов полностью кардиосинхронизирована. Пульсовая волна увеличивает сосудистый просвет так, чтобы снизить его гидростатическое сопротивление в крупных и мелких артериальных сосудах. Для надежного обеспечения ламинарного тока крови в артериальных сосудах су-

ществует механизм подавления базального тонуса клеток мышечной оболочки артериальных сосудов, который на 0,02–0,04 секунды опережает запуск каждой пульсовой волны- кардиоваскулярный депрессорный симпатический рефлекс. Особенность артериального русла реперфузируемого лоскута состоит в том, что мышечная оболочка стенки аксиальной артерии (до зоны микрососудистого анастомоза) имеет сохранную чувствительную и моторную иннервацию, находясь под контролем симпатической нервной системы. Мышечная оболочка аксиального артериального сосуда дистальнее зоны анастомоза, вплоть до капилляров, полностью денервирована, т.е. находится вне сферы влияния кардиоваскулярного депрессорного симпатического рефлекса. В течение 10 лет в Институте микрохирургии был проведен огромный объем фундаментальных исследований по изучению причин осложнений после свободной пересадки аксиальных кожно-фасциальных лоскутов. Цель нашей работы состояла в выполнении компьютерного моделирования, анимации и визуализации артериального кровотока в сосудах реперфузированного аксиального лоскута с денервированными сосудами, включая артериолы – регуляторы капиллярной перфузии. Задачи исследования: 1. Создание геометрической формы аксиальной артерии, артериол и капилляров. 2. Анимация подвижности стенок сосудов: до и после микрососудистого шва. 3. Моделирование потока эритроцитов в артериальных сосудах: до и после микрососудистого шва.

Результаты исследования: Работу по моделированию, анимации и визуализации проводили в программном обеспечении Blender версии 2,79 с открытыми исходными кодами. Геометрическую форму сосуда создавали с помощью упрощенной низкополигональной заготовки, в которой затем были указаны острота граней. Вся заготовка была подвергнута сглаживанию по методу Catmull – Clark (модификатора Subsurf). Артериолы и капилляры создавали на основе упрощенной геометрии из одних лишь ребер (без граней), к которым затем применяли модификатор Skin. Анимация подвижности стенок сосудов (мышечных сокращений) была достигнута с помощью геометрического модификатора Wave с подобранными параметрами частоты, амплитуды волны, направления нормали и несколькими другими. Меньшая вовлеченность внешней стенки сосуда по сравнению с внутренней стенкой была обеспечена применением карты модуляции амплитуды волны для различных участков сосуда. Движения стенки денервированной части сосуда в ответ на пульсовую волну (после микрососудистого шва) анимировали с помощью геометрического модификатора Displace и динамической карты смещения. Дополнительно и синхронно с движением стенки артерии-получали трансформацию (уменьшение – увеличение) эмитера эритроцитов, формирующее волну плотности эритроцитов. Моделирование потока эритроцитов проводили на основе встроенной в Blender системы симуляции тока жидкости ParticleSystem-Fluid. Экспериментальным путем, за несколько десятков попыток, были подобраны параметры моделирования stiffness, viscosity, buoyancy, repulsion, density, damping, brownian forces, solvers и др., дающие максимальную визуальную правдоподобность движения эритроцитов. Для ответвления потока эритроцитов в артериолы были апробированы многочисленные подходы. Наилучшим вариантом оказалось применение трех внешних сил (turbulence, wind, damp), воздействующих на поток

эритроцитов: в зоне шва, разделения потока и прохождения потока через артериолу. В результате выполненной работы была создана анимация гемодинамической картины в свободном осевом кожно-фасциальном лоскуте при его реперфузии.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЙ ШОВ СУХОЖИЛИЯ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМЕ

Баранов Н.А., Салов И.А., Масляков В.В., Коршунова Г.А.

Государственное учреждение здравоохранения «Саратовская городская клиническая больница №1 им. Ю.Я.Гордеева», Саратовский государственный медицинский университет, Саратовский медицинский университет «Реавиз», Научно-исследовательский институт травматологии, ортопедии и нейрохирургии Саратовского государственного медицинского университета, Саратов

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с травмой нервов и сухожилий путем объективизации выбора способа их восстановления.

Материалы и методы: При выполнении операций применялись микрохирургические инструменты отечественного, иностранного производства и операционный микроскоп. В качестве шовного материала использовали монофиломентную полипропиленовую нить от 4/0 до 10/0. Сопоставление двух видов швов при операциях на сухожилиях с применением предлагаемых математических методов исследования показало ряд преимуществ используемого нами шва Kessler-Tajima в сравнении со швом Кюнео. Анализ результатов показывает, что нагрузка на сухожильные структуры в первом случае меньше аналогичной нагрузки во втором. Эффект разволокнения имеет место при применении обоих видов швов. Для уменьшения этого явления нами был применен адаптирующий П-образный шов, накладываемый в месте соединения сухожилий. Это позволило за счет возникающей при этом противодействующей силы первично нивелировать эффект разволокнения и сохранить гладкую, скользкую поверхность сухожилия и с минимальным нарушением кровообращения. На основе проведенного математического моделирования с использованием созданных приборов и компьютерных программ были выполнены восстановительные операции на сухожилиях, нервах предплечья и кисти у 206 больных. Изолированное повреждение сухожилий отмечалось в 59 случаях (28,6%), из них у 28 (13,6%) больных оно сочеталось с повреждением костей. У 81 (39,3%) пациентов – с повреждением нервов, у 16-ти (7,8%) повреждением артерий и нервов. У 22 (10,7%) пациентов имелось повреждение всех перечисленных структур. В зоне фиброзно-синовиальных влагалищ наблюдалось 95 повреждений на кисти, 86 – в карпальном канале, и 25 – на предплечье. Практически все операции начинали с проводникового обезболивания на плече, дающего хорошую релаксацию конечности. Больные разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли пациенты, которым выполнено восстановление сухожилий по традиционной методике швом Кюнео (130 больных); больным 2-й группы была выполнена микрохирургическая операция

с восстановлением гладкой поверхности сухожилия и сухожильного влагалища путем сшивания или аутовенозной пластики (76 больных) с использованием модифицированного нами шва Kessler-Tajima. Результаты были оценены у 91 пациента 1-ой группы и 47 больных 2-ой группы. Пациентам 2-ой группы с острыми повреждениями сухожилий сгибателей пальцев в «критической зоне» было применено комплексное лечение: микрохирургическая операция с восстановлением гладкой поверхности сухожилия и сухожильного влагалища путем сшивания или аутовенозной пластики с использованием модифицированного шва; восстановление сухожилий поверхностного и глубокого сгибателей пальца; восстановление целостности и герметичности сухожильного влагалища и дальнейшая программа реабилитации в послеоперационном периоде. При этом у 51 больного удалось выполнить первичный шов сухожильного влагалища, а у 25 пациентов была применена аутовенозная пластика дефектов фиброзно-синовиальных каналов пальцев. Восстановление температурной чувствительности в полном объеме отмечено в 83,9% случаев, относительно удовлетворительное – у 12,9% больных, в 3,2% случаев температурная чувствительность не восстановилась. По сравнению с данными контрольной группы результат основной был статистически достоверный ($p < 0,05$). В первые два месяца после операции при электромиографическом исследовании в мышцах предплечья и кисти регистрировались «зарождающиеся» потенциалы двигательных единиц, свидетельствующие о начальных реиннервационных процессах регенерировавшими аксонами. В отдаленном периоде (6-12 месяцев) при стимуляции нервов выше зоны нейрорафии с мышц кисти регистрировались мышечные ответы, указывающие на восстановление проводниковой функции нервных стволов. Результаты теста Вебера: число хороших отдаленных результатов операций на нервах значительно увеличилось, а число удовлетворительных и плохих – существенно снизилось. Удовлетворительные результаты (до 10 мм) получены в 83,9% случаев, относительно удовлетворительные результаты (11-25 мм) – в 12,9% случаев, неудовлетворительный (более 25 мм) – в 3,2% случаев. Используя предложенную методику, удалось получить высокий процент хороших результатов реконструктивно-восстановительных вмешательств на нервах и сухожилиях.

АУТОЛОГИЧНЫЕ ФИБРОБЛАСТЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ В КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЛИЦА

Басалай В.М., Подгайский В.Н., Квачева З.Б., Петрова Д.Ю., Часнойть А.Ч., Трацевская Е.Н.

Учреждение здравоохранения «Минская областная клиническая больница», Минск

Введение: Старение является неотъемлемой частью жизни человека. С течением времени кожа человека подвергается естественным дегенеративным процессам. Данные изменения происходят как под воздействием внешних причин, включающих ультрафиолетовое излучение, загрязнение воздуха, курение, стресс, нарушение питания, так и внутренних факторов, в частности, внутриклеточных

процессов, регулируемых генами, что приводит к накоплению побочных продуктов, повреждению митохондрий, снижению функциональной активности кератиноцитов и фибробластов. Внеклеточный дермальный матрикс, богатый коллагеном, синтезируется и поддерживается фибробластами. Таким образом, функция и количество фибробластов оказывает непосредственное влияние на свойства соединительной ткани кожи. Установлено, что дермальные фибробласты и фибробласты слизистой оболочки десны морфологически и функционально схожи. Однако последние обладают более выраженной способностью экспрессировать факторы, стимулирующие миграцию, а также синтезировать внеклеточный матрикс.

Цель: установить влияние аутологичных фибробластов слизистой оболочки десны на кожу лица человека.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 10 пациентов (женщины – 100%) в возрасте 45–60 лет. Все пациенты были обследованы в соответствии со стандартными требованиями лечебного учреждения, что включало, в том числе, исключение следующих инфекций: ВИЧ, гепатитов В и С, сифилиса. Пациентам в доступной форме были разъяснены цели и методы исследования, у всех пациентов получено добровольное информированное согласие. Исследование выполняется в рамках научно-исследовательской работы, № государственной регистрации 20170814. Забор биоптата слизистой оболочки производился под местной анестезией раствором Лидокаина 1% 0,5 мл путем панч-биопсии (диаметр 4 мм) в зоне гингиво-щечной складки. Нарращивание биомассы фибробластов выполнялось в сертифицированной лаборатории по стандартизированной методике. Полученные клетки ресуспендировались в стерильном физиологическом растворе для получения концентрации 1×10^7 клеток/мл. Перед доставкой в лечебное учреждение проводился тщательный контроль стерильности биомассы фибробластов. Транспортировка выполнялась в изотермическом контейнере. Срок годности биоматериала с момента получения составлял 4 часа. За 30 мин до введения фибробластов, в периорбитальной области наносился анестезирующий крем EMLA («АстраЗенека ГмБХ», Ведель, Германия). Введение выполнялось в периорбитальной области путем папульных интрадермальных инъекций иглой 30G 13 мм, вводимый объем составил 1,0 мл, по 0,5 мл с каждой стороны. Введение фибробластов выполнялось трехкратно с интервалом 1 месяц. Дополнительно, с целью определения гистологических изменений в коже, выполнялись инъекции фибробластов в заушную область, с последующим забором образца через 1, 3, 6, 12 месяцев. В качестве контроля выступал биоптат кожи заушной области с контрлатеральной стороны. Исследуемые фрагменты окрашивались гематоксилином и эозином по стандартной методике, определялась толщина эпидермиса и дермы, а также плотность коллагена после импрегнации серебром по Гордону. Для оценки изменений кожных покровов периорбитальной области использовалась фотосистема Antera 3D® («Миравекс Лтд.», Дублин, Ирландия), позволяющая определить линейные размеры, глубину, индекс выраженности морщин, а также степень неравномерности текстуры кожи, распределение меланина и кровеносных сосудов. Дополнительно использовалась модифицированная шкала Фитцпатрика для оценки морщин, а также шкала удовлетворенности пациентов результатом проводимого вмешательства. Результаты: на

момент написания статьи исследование продолжается. Предварительные результаты двухмесячного исследования свидетельствуют об умеренном уменьшении глубины и линейной длины морщин периорбитальной области (на 31–34% и 14–16%, соответственно). Отмечается увеличение плотности кровеносных сосудов, более равномерное распределение меланина. При гистологическом исследовании обнаруживаются новообразованные коллагеновые волокна.

Выводы: Полученные предварительные результаты позволяют предположить, что аутологичные фибробласты слизистой оболочки десны клинически эффективны в устранении возрастных изменений кожи лица. Тем не менее, требуется большее количество данных для подтверждения статистической значимости полученных результатов.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОДОШВЕННОЙ СВЯЗКИ ПРИ 3–4 СТЕПЕНИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ВТОРОГО ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА

Бобров Д.С., Лычагин А.В., Ригин Н.В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова», Москва

Деформация пальцев стопы и боль в области предплюсны – наиболее частая причина при обращении пациентов за ортопедической помощью. Изменения параболы опоры плюсневых костей и другие биомеханические нарушения часто приводят к возникновению метатарзалгии, нестабильности пальцев и косметическому дефекту. В последние годы в связи с повышением требований к качеству жизни увеличивается количество пациентов, обращающихся за медицинской помощью. Одним из направлений при коррекции косметического дефекта и восстановлению нормальной биомеханики стопы является восстановление подошвенной связки плюснефалангового сустава, что является наиболее анатомически и патогенетически обоснованным методом лечения. Разрыв и разволокнение подошвенной связки плюснефалангового сустава приводят к нестабильности, возникновению молоткообразной деформации второго-третьего пальцев стоп, косметическому дефекту. Исследования структурно-функциональных особенностей плюснефаланговых суставов подтверждают важную роль подошвенной связки как основного стабилизатора плюснефалангового сустава. При повреждении подошвенной связки, появлении болевого синдрома, деформации пальцев и косметического дефекта – показано хирургическое лечение с восстановлением поврежденной структуры.

Целью исследования было сравнить результаты хирургического лечения пациентов с выраженной нестабильностью (3–4 степень по Thompson-Hamilton). Проведена случайная выборка из пациентов, пролеченных разными способами. В первую группу вошли 30 пациентов, которым проводилось усовершенствованное лечение: остеотомия Weil в сочетании с реконструкцией подошвенной связки плюснефалангового сустава. Во вторую группу вошли 30 пациентов, которым выполнялась остеотомия Weil в со-

четании с артродезом проксимального межфалангового сустава. Распределение по возрасту в исследовании было следующим: средний возраст пациент в первой группе составил 63,6 лет, а во второй 60,2 лет. Распределение по полу в данном исследовании было следующим: 1 мужчина (3,3%) и 29 женщин (96,6%) в первой группе; 3 мужчины (10,0%) и 27 женщин (90,0%) во второй группе. Средний балл по шкале AOFAS в обеих группах до операции не имел статистически значимой разницы ($p > 0,05$) – $43,3 \pm 13,4$ в основной группе и $46,8 \pm 13,6$ в группе сравнения. В послеоперационном периоде пациенты двух групп использовали послеоперационную обувь и фиксацию пальцев в положении заданной коррекции адгезивными бинтами до шести недель с момента операции.

Результаты: После операций в обеих группах средний балл по шкале AOFAS увеличивался. В основной группе средняя оценка по шкале AOFAS через год после операции изменилась на 45,2 балла, что составило $88,5 \pm 7,7$. Данные показатели являются статистически значимыми ($p < 0,01$). Сроки наблюдения варьировались от 12 до 14 месяцев. В группе сравнения средняя оценка по шкале AOFAS через год после операции изменилась на 27,3 балла и ее среднее значение составило $74,1 \pm 10,4$. Результаты бальной оценки в обеих группах по шкале AOFAS подтвердили различие статистической значимости ($p < 0,01$) в результате статистического анализа, что свидетельствует о существенно лучших функциональных результатах в основной группе. У 25 пациентов первой группы (83,3%) отмечено восстановление опороспособности пальцев о поверхность опоры, в то время как во второй группе только у 13 пациентов (43,3%). У всех пациентов первой группы был выявлен полный контакт с поверхностью опоры во время отрыва пятки и переката стопы с восстановлением биомеханики переката стопы. У 7 пациентов (23,3%) второй группы не было отмечено контакта пальцев о поверхность опоры даже в процессе переката стопы.

Выводы: На основании полученных данных можно сделать следующие выводы: пластика подошвенной связки «малых» плюснефаланговых позволяет получить лучшие функциональные результаты по сравнению с теми случаями, когда применяются ранее используемые способы; реконструкция подошвенной связки плюснефалангового сустава позволяет нормализовать баланс сил мышц сгибателей и разгибателей пальцев и тем самым восстановить нормальную биомеханику ходьбы.

РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОЙ КОНЦЕПЦИИ В ЛЕЧЕНИИ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА

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

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», Казань

Актуальность: Контрактура (болезнь) Дюпюитрена – фибропролиферативное заболевание, характеризующееся поражением ладонного апоневроза, приводящее к прогрессирующей сгибательной контрактуре пальцев кисти. Лечение контрактуры Дюпюитрена сводится к устранению сгибательной контрактуры пальцев и восстановлению функции

кисти. Большинство отечественных и зарубежных авторов для достижения цели отдают предпочтения оперативному методу лечения. Однако на сегодня еще нет единой тактики по методике, технике и диапазону иссечения ладонного апоневроза, а также единого мнения о том, где должны оперироваться больные с контрактурой Дюпюитрена. Существует множество стандартных хирургических методов лечения этого заболевания но они обладают рядом недостатков и возможных осложнений в виде некроза кожных покровов, кожно-рубцовой деформации, стойкой контрактурой, длительностью реабилитации и др. В настоящее время при лечении данной патологии используются инъекции коллагеназы, полученной из *Clostridium Histolyticum* могут рассматриваться как паллиативный, малоинвазивный и эффективный вариант лечения данного заболевания.

Цель исследования: Оценить результаты малоинвазивного метода лечения контрактуры Дюпюитрена инъекциями коллагеназы, полученной из *Clostridium Histolyticum*.

Материалы и методы: В нашей работе, для лечения контрактуры Дюпюитрена мы применяем полный аналог препарата Xiaflex, отечественный препарат Коллалазин, основным действующим веществом которого является коллагеназа, получаемая из *Clostridium Histolyticum*. За период с 2011 по 2018 гг. использовали Коллалазин у 290 пациентов в возрасте от 30 до 86 лет с контрактурой Дюпюитрена 2–5 степени. Из них 80% составили мужчины (232) и 20% женщины (58). Процентный показатель по степени: 2 степень – 27%, 3 степень – 53%, 4–5 степени – 20%. С поражением и возникновением тяжей к 1, 3, 4, 5 пальцев (1 палец – 7%, 3 палец – 23%, 4 палец – 25%, 5 палец – 45%), у 42% больных наблюдалось двустороннее поражение обеих кистей. Процедура производилась в 2 этапа: 1-й этап (1-й день) инъекция раствора Коллалазина в тяж и узел, 2-й этап (2-й день) редрессация пальца(ев). Для проведения инъекций и подбора дозы был применен Коллалазин 700 КЕ и 900 КЕ дозы. При расчетах, данных для полной концентрации, при которой тяж и коллагеновые волокна лизируются в расчете 12000 КЕ на 0,350 мл 0,5% раствора новокаина в одну точку введения. При этом способ введения аналогичен инъекциям препарата Xiaflex. Инъекции коллагеназы производились в тяж у основания и/или на уровне пястно-фалангового и/или проксимального межфаланговых суставов. При различных степенях прогрессирования болезни Дюпюитрена производилось от 1 до 3 точек введения. После инъекции Коллалазина проверялась чувствительная и двигательная функция пальцев и кисти, для исключения повреждения сухожилий и сосудов и нервов. Далее пациент находился в стационаре. На 2 сутки после инъекции, под местной анестезией 20 мг/мл лидокаином производили редрессацию суставов и разрыв тяжа. После проведенной манипуляции так же производили контроль на целостность сухожилий, сосудов и нервов, наложена редрессирующая гипсовая лонгета в положении максимального разгибания пальцев кисти на 7 суток, с рекомендацией пациенту в последующем в течение 3 месяцев наложение лонгеты на ночь. Далее пациенты наблюдались амбулаторно на сроках 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 12 месяцев, затем каждые полгода.

Результаты и обсуждение: Практически у всех пациентов удалось добиться значительного восстановления функции кисти. При проведении манипуляции у пациентов с 4–5 степенью контрактуры наблюдались кожные разрывы, без повреждения сосудисто-нервного пучка и сухожилий сгибате-

лей, которые локализовались в области пястно-фаланговых и межфаланговых суставов. Причиной этого являлось низкая эластичность кожных покровов. Наблюдение пациентов в течение 4 лет выявило девять случаев рецидива заболевания, в виде повторного образования тяжа что составило 4% от всех пациентов. При этом рецидивы наблюдались чаще у женщин (5 человек) чем у мужчин (4 человека).

Вывод: Инъекции коллагеназы, полученной из *Clostridium histolyticum* позволяют в значительной степени восстановить функцию кисти в кратчайшие сроки и являются паллиативным и безопасным методом лечения контрактуры Дююитрена, позволяющим даже при наличии рецидива заболевания повторить манипуляцию без повреждения кожных покровов и восстановления функции кисти.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ MACS – ЛИФТ НА ЛИЦЕ

Богов А.А., Богов-Младший А.А.

*Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Республиканская клиническая больница» Республики
Татарстан, Казань*

В основу применяемой нами техники коротких разрезов при подтяжке лица была использована операция петлевых подтяжек по Тоннарду. С 2009 года было прооперировано 240 пациентов. Причиной использования данной операции была неудовлетворенность результатами применения эндоскопических, поднадкостничных методов подтяжек лица для средней зоны и верхних двух третей лица, а именно длительным реабилитационным периодом и неврологическими осложнениями со стороны орбикулярной мышцы. Первоначально мы думали об улучшении только средней зоны лица, хотя данная техника подразумевает подтяжку нижней двух третей лица. Наша техника состояла в следующем: разрезы выполняли от мочки уха заходом на височную область впереди ушной раковины. Подкожная диссекция выполнялась до уровня латерального края глаз, затем использовали две петли с прошиванием SMAS с фиксацией их к темпоральной фасции. Первая петля выполнялась нитью Викрил-0.0 с захватом платизмы, при второй петле использовали нить Этибонд-2.0 с прошиванием SMAS в проекции средней зоны лица. Натяжение данными нитями было настолько мощным, что при этом ширина подкожной диссекции сокращалась на 1–2 см. После проведения первых двадцати операций мы получили у нескольких пациентов осложнения в виде стойких видимых уплотнений, которые потребовали повторных операций. Эти наблюдения показали нам, что причиной этих осложнений послужила инвагинация SMAS в петле по направлению к коже. В последующем при необходимости мы дополнительно ушивали петлю нитью Викрил 3.0, особенно это было важно у пациенток с тонкой кожей. Вторым осложнением, с которым мы столкнулись это появление небольшого избытка кожи под мочкой уха, особенно при повороте головы, который выглядел в виде стрии. Все эти пациенты были с толстой кожей, при которой трудно сделать ее перераспределение, что потребовало повторной операции. Данную операцию достаточно легко выполнить под местной анестезией, а время самой операции занимает

2–2,5 часа. Резко снизилось количество гематом. Некоторые пациентки позволяли себе на 3-й день после операции поход в театр или кино. В среднем реабилитационный период составил 10–14 дней. Следующие причины повторных операций мы включаем в достоинства применяемой нами методики. Пациенты стали относиться к данной серьезной операции как к небольшой операционной процедуре. В последнее время часть пациенток возвращается ежегодно для получения омолаживающего эффекта при отсутствии показаний к операции. Наличие действительных показаний к повторным операциям наблюдалось у 6 пациентов которые к нам вернулись, однако у них с момента первой операции прошло 7–11 лет. У 4-х из них было решено было выполнить классический SMAS. Клинической интраоперационной находкой был утолщенный SMAS, который позволил выполнить его тракцию с большим натяжением, нежели если бы это был первичный SMAS, а послеоперационный период при этом прошел без видимых отеков и гематом. Данный положительный факт мы также относим к выполненной нами ранее методике подтяжки лица MACS-лифт.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ

**Брайловская Т.В., Абрамян С.В., Вербо Е.В., Ходячий А.Е.,
Дениев А.М., Тангиева З.А., Калинин Р.В.**

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава
России, Москва*

В настоящее время большее распространение получает применение сложных резекционных и реконструктивных операций при удалении опухолей, устранении последствий травм и огнестрельных ранений челюстно-лицевой области, вызывающих обширные дефекты костных, мягких тканей челюстей и частей лица. В связи с чем растет число пациентов со значительной утратой костных и мягкотканых фрагментов челюстно-лицевой области. Решить проблему одноэтапного замещения обширных и сложных дефектов челюстей лицевого отдела головы и шеи различной этиологии возможно с применением метода аутоотрансплантации ревааскуляризованных мягкотканно-костных комплексов с последующим устранением дефектов зубных рядов при использовании ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты. Что позволяет преодолеть существенные ограничения и трудности ортопедической реабилитации данной категории пациентов. Несмотря на значительное количество работ в зарубежной и отечественной литературе, посвященных вопросам костной пластики при помощи ревааскуляризованных костных трансплантатов, нет данных о сроках образования костной мозоли и окончания процесса консолидации при микрохирургической пересадке трансплантатов. Материал и методы исследования: В исследование включено 15 пациентов (из них 8 мужчин и 7 женщин) возрастной категории от 17 до 65 лет с дефектами и деформациями верхней и нижней челюсти различной локализации и гене-

за, проходивших лечение в клинике челюстно-лицевой хирургии ФГБУ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России за период с 2015 по 2017 гг. Наибольший удельный вес представляла возрастная категория пациентов 35–44 года. В послеоперационном периоде осуществляли рентгенологический контроль состояния трансплантированной костной ткани. В ходе лечения всем пациентам установлены ортопедические конструкции с опорой на дентальные имплантаты. Всего установлено 47 имплантатов.

Результаты: В случаях приживления ревааскуляризованных костных аутоотрансплантатов МБК, признаков патологической резорбции костной ткани не наблюдалось. По завершению процесса консолидации аутоотрансплантата из МБК исследовано состояние костной мозоли. В случае совпадения структур костной мозоли и рядом расположенной костной ткани считали процесс сращения костей завершенным. Завершению процесса консолидации соответствовало исчезновение на рентгенограммах зазора в зоне остеотомий трансплантата или его соединения с концами челюсти в сроки 180–220 дней от момента трансплантации. Анализ историй болезни пациентов, у которых сроки консолидации костей были самыми продолжительными, выявил, что все они получили полный курс лучевой терапии, во время удаления опухоли у них были иссечены большие объемы мягких тканей, прилежащих к челюсти. В нескольких наблюдениях сопоставляемые участки кости были адаптированы так, что между ними оставались зазоры, которые также могли быть причиной увеличения продолжительности консолидации.

Выводы: Увеличение сроков «заживления» костной раны связано, в первую очередь, со снижением репаративной способности самой костной ткани челюсти и аутоотрансплантата, находящегося после пересадки в особо сложных условиях, что необходимо учитывать при определении сроков последующей установки дентальных имплантатов.

ДВУСТОРОННЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОБЕРЦОВЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ УСТРАНЕНИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Буцан С.Б., Гилева К.С., Смаль А.А.

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

На данный момент использование малоберцового аутоотрансплантата является наиболее частым методом устранения обширных костных дефектов челюстей. Метод забора малоберцового аутоотрансплантата подробно описан. Большое количество исследований посвящено оценке донорского ущерба после забора малоберцового аутоотрансплантата с одной нижней конечности.

Цель: Оценка донорского ущерба и качества жизни у пациентов после использования малоберцового аутоотрансплантата с обеих нижних конечностей.

Материалы и методы: Данная методика устранения обширных комбинированных дефектов челюстно-лицевой области с помощью малоберцовых аутоотрансплантатов с обеих нижних конечностей нами была применена в 4 клинических случаях: 1 – пациент с двусторонним поражением нижней челюсти в результате остеорадионекроза,

2 – с обширными дефектами верхней и нижней челюстей и носа в результате огнестрельного ранения, 3 – врожденный анкилоз и дефект ветвей нижней челюсти, 4 – дефект нижней челюсти после одной неудачной аутоотрансплантации малоберцовых кости. Период наблюдения составил от 1-го до 3-х лет после последней аутоотрансплантации. Пациенты прошли полную зубочелюстную реабилитацию с изготовлением ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты. Выполнена комплексная оценка качества жизни данных пациентов с помощью модифицированного опросника UW-QOL. Пациенты детально осматриваны на предмет осложнений со стороны донорской зоны, выполнено УЗИ мягких тканей и сосудов голеней, функциональные пробы с оценкой болезненности, нарушения чувствительности в донорской зоне, изучена стабильность голеностопного сустава, сила мышц, качество рубца.

Результаты: В результате детального изучения выявлены отдельные нарушения (потеря чувствительности, периодически возникающая болезненность, ограниченное разгибание большого пальца). У всех пациентов не обнаружено нарушений опорной функции, ограничений в повседневной жизни и профессиональной деятельности в связи с этим. Выявлены наиболее характерные изменения в донорской зоне, возможные причины их возникновения в зависимости от особенностей забора лоскута, влияние их выраженности на качество жизни пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ ТЕРМИЧЕСКИ ОБРАБОТАННЫХ МОДИФИКАЦИЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОПЛАЗМЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ТЕЛА

Быкова Ю.Н., Титова Л.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко. Медицинский центр «Медика», Воронеж

Большинство современных методов коррекции возрастных изменений мягких тканей лица и тела направлены на улучшение их регенераторных возможностей. Одними из таких аутологичных препаратов, повышающих регенераторные возможности тканей, являются новые термические формы тромбоцитарной аутоплазмы (ТАП). Технология получения термических форм ТАП основана на нагревании нативной формы ТАП в термостате до температуры необратимой денатурации белков. Так как белковые фракции плазмы имеют разную температуру необратимой денатурации, мы разработали методику получения 2 термически обработанных модификаций: фибриновой и протеиновой. Фибриновая форма получается при обработке в термостате нативной ТАП до 560С, при этом происходит необратимая денатурация фибриногена, переход его в фибрин с формированием фибриновой сети; протеиновая форма получается при обработке в термостате нативной ТАП до 75–800С, при этом происходит необратимая денатурация всех белковых фракций. (Патент на изобретение №2629527 от 20.08.2017) Денатурированный белок при попадании в организм расщепляется ферментами протеазами до аминокислот, которые используются в синтетических процессах клетки. В результате происходит структурное улучшение тканей. Фибрин

бовалось от 3 до 9 этапов в зависимости от статуса реципиентной зоны и требуемого объема реконструированной молочной железы. Оптимальная симметрия была достигнута у 94 пациенток. В остальных случаях ($n=22$), несмотря на правильную форму, достигнутая в результате реконструкции симметрия была неудовлетворительной. В 19 случаях причиной асимметрии стала разница площади кожного чехла молочных желез несмотря на одинаковый объем даже при выполненной симметризирующей маммопластике. У 3 пациенток асимметрия была обусловлена мальпозицией реконструированной инфрамаммарной борозды. Наблюдались следующие осложнения: несостоятельность петлевого шва ($n=4$), инфекция ($n=2$), серома ($n=2$). Выводы: На основании полученных результатов нами разработан алгоритм применения вспомогательных хирургических методов при тотальной реконструкции молочной железы методом липографтинга. Несмотря на то, что их использование связано с дополнительными временными, материальными затратами и рисками, достижение оптимальных эстетических результатов в ряде случаев невозможно без включения в план реконструкции молочной железы тканевой экспансии и создания инфрамаммарной борозды. Важным аспектом применения обсуждаемых хирургических методов является своевременность, в связи с чем при планировании должно учитываться состояние тканей реципиентной зоны.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРОДУКТОВ НА ОСНОВЕ ЛИПОАСПИРАТА И АЛГОРИТМ ИХ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Васильев В.С., Гребенников С.И., Васильев С.А.,
Семенова А.Б., Ломакин Е.А., Димов Г.П., Терюшкова Ж.И.,
Важенин А.В., Васильев Ю.С., Васильев И.С.

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

Цель: Дать характеристику различным продуктам на основе липоаспираата и разработать алгоритм для их клинического применения. Задачи: – разработать критерии классификации продуктов на основе липоаспираата – дать характеристику различным материалам на основе разработанных критериев – на основе полученных данных обосновать алгоритм клинического применения продуктов на основе липоаспираата. Материалы и методы: Был произведен анализ материала, полученного при липосакции. В зависимости от типа аспирационной канюли материал подразделялся на микро- (канюля с диаметром отверстий 1,5 мм) и миллитрансплантат (диаметр отверстий 2 мм и более). Дополнительно применялась эмульсификация микротрансплантата путем его 50-кратного пропускания между двумя шприцами через переходник с крестообразной перегородкой в просвете и последующей фильтрацией полученного материала для отделения волокон соединительной ткани. Для получения стромально-васкулярной фракции (СВФ) использовалась ферментативная обработка микротрансплантата коллагеназой II типа. Полученные из липоаспираата продукты оценивались путем фотографирования и цитологического исследования. Для нанотрансплантата и СВФ также оценивались клеточность и жизнеспособность. Определение качественного состава путем проточной цитометрии вы-

полнялось только для СВФ. Результаты: Основным критерием классификации продуктов на основе липоаспираата явился размер входящих в их состав частиц. Три продукта имели частично сохраненную тканевую структуру с различными размерами графтов: миллитрансплантат (1,0-2,5 мм), микротрансплантат (0,5–1,0 мм), эмульсифицированный микротрансплантат (менее 0,5 мм). Стромально-васкулярная фракция, в отличие от других материалов, представляла собой материал с полностью отсутствующей тканевой структурой, являясь гетерогенной клеточной взвесью. Для применения различных материалов требовались инъекционные канюли разного размера: для миллитрансплантата минимальный диаметр составил 1,2 мм (18G), для микротрансплантата – 0,8 мм (21G), для эмульсифицированного микротрансплантата и СВФ – 0,25 мм (31G). Исходя из соотношения в материале различных компонентов (адипоциты, внеклеточный матрикс, стромально-васкулярная клеточная фракция) определялись его свойства и показания к клиническому применению. Так, милли- и микротрансплантат в большей степени подходят для создания объема за счет сохраненных адипоцитов и тканевой структуры. Эмульсифицированный микротрансплантат и стромально-васкулярная фракция не предназначены для создания объема, но в большей степени реализуют регенераторные эффекты за счет высокой концентрации в этих продуктах стромальных клеток. Эмульсифицированный микротрансплантат содержал в среднем 2 млн жизнеспособных ядросодержащих клеток в одном миллилитре. Помимо клеточной взвеси в состав данного продукта входили небольшие фрагменты жировой ткани и тканевой детрит. Стромально-васкулярная фракция представляла собой чистую клеточную взвесь, содержащую различное количество ядросодержащих клеток в зависимости от объема липоаспираата. В результате ферментативной обработки 1 мл жировой ткани удавалось получить в среднем 0,5 млн клеток, что позволяло достигать концентрации 25 млн клеток в 1 мл конечного продукта при исходном объеме липоаспираата 50 мл.

Выводы: Применение различных способов забора и обработки липоаспираата позволяет получать продукты с разным качественным и количественным составом (миллитрансплантат, микротрансплантат, эмульсифицированный микротрансплантат, стромально-васкулярная фракция). Дифференцированный подход к клиническому применению этих продуктов определяется их биологическими эффектами и физическими свойствами.

ВОЗМОЖНОСТИ БОТУЛИНИЧЕСКОГО НЕЙРОПРОТЕИНА ТИПА А В КОРРЕКЦИИ ФОРМЫ И ПОЛОЖЕНИЯ БРОВЕЙ

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

*Южно-Уральский государственный медицинский
университет, ООО «ПЛАСТЭС», Челябинск*

Цель исследования заключается в оценке положения и формы бровей после введения ботулинического нейротоксина типа А в мышцы, опускающие брови. Материалы и методы исследования. Выполнен ретроспективный анализ 30 пациентов, которым выполнялись инъекции аботуло-

токсина в медиальные и латеральные мышцы-депрессоры бровей. Для коррекции мышц межбровья использовались 5 стандартных точек, в область верхнелатеральной части круговой мышцы глаза 2–3 точки с дозировкой 4–12 Ед в точку. До и через 14 дней после процедуры выполнялось фотографирование лиц пациентов в стандартных условиях в расслабленном состоянии и при максимальном подъеме бровей. Производилось сравнение положения бровей в динамике относительно горизонтальной линии между латеральными кантусами до верхнего края бровей в трех точках: медиальный кантус, среднезрачковая линия, латеральный кантус.

Результаты: Положение бровей в покое после миорелаксации латеральных и медиальных мышц-депрессоров значимо не изменилось относительно исходного уровня ($p > 0,05$). Положение бровей в максимально поднятом состоянии после процедуры оказалось статистически значимо ниже относительно исходного уровня ($p < 0,05$).

Выводы: Отсутствие лифтинга бровей в покое и ограничение амплитуды движений при подъеме после хемоденервации латеральных и медиальных мышц-депрессоров можно объяснить диффузией нейропротеина типа А в нижнюю часть лобной мышцы.

ПЕРСОНАЛЬНАЯ ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДИК ФЕЙСЛИФТИНГА С РАСШИРЕННОЙ ДИССЕКЦИЕЙ SMAS

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

Центр пластической и эстетической хирургии «ПЛАСТЭС», Челябинск

Несмотря на многолетнюю историю использования расширенной диссекции SMAS для коррекции возрастных изменений лица, до настоящего времени нет единого мнения о наиболее эффективном способе выполнения этой операции. С целью выработки оптимальной методики фейслифтинга с расширенной диссекцией SMAS был проведен ретроспективный анализ результатов операций, выполненных в центре «ПЛАСТЭС» за период с 1992 по 2017 годы. Хирургическая коррекция возрастных изменений лица была произведена у 878 пациентов, из у 867 женщин и у 11 мужчин. Средний возраст пациентов составил 57,7 лет. Повторные операции были выполнены в 24 случаях. Таким образом, у 878 пациентов всего были произведены 902 хирургические омолаживающие операции. В зависимости от применяемых методик, общее количество операций было разделено на три группы: подкожный фейслифтинг ($n = 85$), фейслифтинг с расширенной диссекцией SMAS ($n = 411$), фейслифтинг с высокой диссекцией SMAS ($n = 309$) и фейслифтинг с расширенной латеральной диссекцией SMAS ($n = 97$). Подкожный фейслифтинг выполнялся с 1991 по 1995 гг. Несмотря на позитивные изменения этот подход не позволял эффективно корректировать возрастные изменения лица. В связи с этим, с 1996 года нами использовалась методика расширенной диссекции SMAS, разработанная J. Stuzin. Этот вариант операции позволил существенно улучшить эстетические результаты, однако, в некоторых

случаях, не позволял эффективно устранять гравитационный птоз средней зоны лица. Поэтому с 2008 года мы перешли на методику высокой диссекции SMAS, популяризируемую T. Martin. Указанный метод позволял получать стабильные эстетические результаты, однако часто недостаточно устранял возрастные изменения шеи. Анализ особенностей патогенеза гравитационного птоза лица послужил основой для модификации техники операции. В результате с 2015 года по настоящее время мы применяем латеральный фейслифтинг с расширенной диссекцией SMAS. В отличие от ранее использованных технологий, настоящий метод основан на рассечении SMAS по направлению от латерального кантуса до мочки уха и широкой субфасциальной отслойке не только средней зоны, но и области шеи. Такой подход позволяет эффективно корректировать гравитационный птоз лица и шеи без использования дополнительного субментального разреза. Кроме этого, поскольку траектория рассечения SMAS не пересекается с направлением височной ветви лицевого нерва, устраняется опасность ее случайного повреждения.

Проведенный анализ позволил сделать следующие выводы.

1. Расширенная диссекция SMAS является эффективным методом коррекции гравитационного птоза.
2. Наилучшие эстетические результаты позволяет получить методика фейслифтинга с латеральной расширенной диссекцией SMAS.

ЛИПОФИЛЛИНГ ГУБ КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОЙ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИЦА

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

Центр пластической и эстетической хирургии «ПЛАСТЭС», Челябинск

Липофиллинг различных отделов лица завоевывает все большую популярность и все чаще используется как метод выбора или неотъемлемый компонент различных вмешательств эстетической направленности. Объемное наполнение губ аутологичной жировой тканью также является достаточно эффективной процедурой, достойной отдельного рассмотрения и анализа. Материалы и методы: за период с 2014 по 2018 год липофиллинг губ выполнен у 53 пациенток в возрасте от 19 до 34 лет (средний возраст 26 лет). Ведущей жалобой являлось недостаточное наполнение губ. Операция выполнялась под местной проводниковой (инфраорбитальной, ментальной) и инфильтрационной анестезией как изолированно (в 12 случаях), так и в сочетании с другими вмешательствами (ортогнатическая хирургия, ринопластика, фейслифтинг, липофиллинг смежных областей лица). Забор жира осуществляли под местной инфильтрационной анестезией канюлей 2,5 мм с 14 отверстиями диаметром 1,0 мм. Необходимый объем аспирата (v) рассчитывался по формуле $v = n * 2,5$, где n – предполагаемый объем вводимого жира. Затем аспират подвергали центрифугированию в течение 3 минут при 3000 оборотах/мин и удаляли лишние фракции. Введение осуществлялось шприцами 1,0 мл при

помощи канюль диаметром 1,0 мм с наконечниками I и III типа по Coleman через проколы кожи в области комиссур губ (по 1 с каждой стороны). Введение осуществлялось строго в подслизистый и подкожный слои. Минимальный объем введенного очищенного жира на обе губы составил 6,0 мл, максимальный – 12,0 мл при среднем значении 10,0 мл. В послеоперационном периоде назначалась медикаментозная терапия в виде таблетированных анальгетиков и десенсибилизирующих препаратов на срок 1–3 дня. Результаты оценивали через 3, 6, 12 месяцев. Всего более 1 года прослежено 17 (32%) пациентов. Результаты и обсуждение: В большинстве случаев: 50 (94%) получен хороший эстетический результат. Хирургических осложнений (гематома, нагноение, нарушение функции, жировая эмболия сосудов и пр.) после липофиллинга губ зарегистрировано не было. Из нежелательных побочных эффектов, непременно сопровождающих данную операцию, следует отметить стойкий и длительный (3–4 недели) отек мягких тканей. Недовольство результатом операции высказали 3 пациентов, что составило 6% от общего количества оперированных. Причинами недовольства стал избыточный объем губ. Повторные операции были выполнены у 8 (15%) пациентов. Коррекции выполняли не ранее 3 месяцев после первичного вмешательства. В 3 случаях выполнялась микролипосакция у пациентов, неудовлетворенных избыточным объемом. В 5 случаях выполнялся повторный липофиллинг ввиду желания пациента увеличить существующий объем. Выводы: Липофиллинг губ (при четком выполнении основных правил обработки и введения трансплантата) является эффективным малоинвазивным методом коррекции их гипоплазии как в самостоятельном варианте, так и в сочетании с другими хирургическими операциями. Единственным ограничивающим фактором может стать длительный отек мягких тканей, что необходимо учитывать при планировании данного вмешательства.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СОСУДИСТЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Гавеля Е.Ю., Рогинский В.В., Надточий А.Г., Котлукова Н.П., Мустафина Ф.Н.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», Москва

Поражения кровеносных сосудов составляют значительную долю патологии в челюстно-лицевой области, поражают 10–15% детей в возрасте до 1 года и составляют 45–50% всех опухолей мягких тканей у детей. Сосудистые поражения у детей проявляются при рождении или впервые месяцы жизни. В настоящее время актуальной является проблема поиска и развития малоинвазивных методов лечения сосудистых поражений у детей. Цель: разработка и внедрение наиболее эффективных малоинвазивных методов лечения детей с сосудистыми поражениями лица и шеи.

Материалы и методы исследования: В группу исследования вошли пациенты с гиперплазиями кровеносных сосудов (т.н. инфантильные гемангиомы) – 3 420 набл., мальформа-

циями кровеносных сосудов – 441 набл., лимфатическими мальформациями – 166 набл. проконсультированные, обследованные и пролеченные с 1990–2018 гг. Возраст пациентов с сосудистыми поражениями составил от 5 дней до 18 лет включительно. Для диагностики всем пациентам наряду с клиническими методами по показаниям применялись дополнительные методы в зависимости от нозологии (ультрасонография с доплерографией, компьютерная капилляроскопия, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография с контрастом, ангиография, патоморфологическое и иммуногистохимическое исследование). Результаты: лечение пациентов с гиперплазией кровеносных сосудов: динамическое наблюдение (107 п-та); медикаментозное лечение бета-блокаторами (530 п-та); аппликации раствора 0,5% Тимолол, Офтан Тимогель 0,1% (96 п-та); хирургический (1870 п-та); фототерапия в резидуальной стадии (37 п-та); комбинированное лечение (780 п-та). Пациенты с мальформациями кровеносных сосудов: хирургический (320 набл.); чрезкожная или чрезслизистая радиочастотная абляция (56 набл.); склерозирующая терапия (12 набл.); лазерная абляция (40 набл.); эмболизация приводящих сосудов как 1-й этап лечения перед радиочастотной абляцией или удалением (13 набл.). В последние годы значительно снизилось число хирургических вмешательств. Пациенты с лимфатическими мальформациями: хирургический метод – полное или частичное удаление патологических тканей (99 набл.); склерозирование как самостоятельный метод (9 набл.); лазерная абляция (5 набл.); комбинация хирургического лечения с ультразвуковой деструкцией (43 набл.); комбинация хирургического лечения со склеротерапией (10 набл.). Склерозирующая терапия как самостоятельный метод проводилась препаратом Доксциклин (9 набл.), как вспомогательный в послеоперационном периоде 70% р-м этанола с 5% спиртовым раствором йода (8 набл.). Лечение детей с мальформациями кровеносных сосудов капиллярного типа и резидуальных телеангиэктазий проводили методом импульсной фототерапии. Использовались несколько видов лазеров: селективная импульсная фототерапия (IPL) до 2015г. – 40 п-тов; селективная импульсная фототерапия (PDL) 51 п-т. Данный метод лечения применялся с целью коррекции резидуальных телеангиэктазий после применения препарата пропранолол или хирургического лечения, и как самостоятельный метод лечения. Количество сеансов составило от 3–10 с интервалом 1–1,5 месяца. Клинический эффект был замечен после 2 сеанса (лечение PDL), что подтверждалось данными компьютерной капилляроскопии, которая проводилась до и после сеанса. Выводы: При лечении сосудистых поражений у детей наиболее эффективны комбинированные методы лечения. Необходимо стремиться к малоинвазивным методам лечения, к которым относятся: радиочастотная абляция, лазерная абляция, импульсная фототерапия, медикаментозное лечение бета-блокаторами, ультразвуковая деструкция, склерозирование. При наличии поверхностных проявлений гиперплазии кровеносных сосудов и мальформаций кровеносных сосудов капиллярного типа для дифференциальной диагностики и определения стадии перед лечением обязательно проводится компьютерная капилляроскопия. При сложностях в дифференциальной диагностике гиперплазии кровеносных сосудов с другими поражениями допустима пробная терапия β-адреноблокаторами с це-

лью уточнения диагноза, необходимая в раннем возрасте во избежание потери времени. Мы отказались от применения агрессивных методов лечения таких как: гормонотерапия, рентгенотерапия, криотерапия, т.к. они приводят к серьезным осложнениям местного и общего характера, не позволяют сократить объем поражения, не останавливают рост поражения, оставляют грубые рубцы.

ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ЛЕНТИКУЛЯРНЫЙ МЕЛАНОЗ ПИКА

Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г., Мамашева Г.Д., Гаджимурадова К.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

Прогрессирующий лентикулярный меланоз Пика (син.: пигментная ксеродерма (ПК)) – редкое наследственное заболевание. При рождении клинических признаков ПК не наблюдается. Приводим наши клинические наблюдения трех случаев ПК. Клинический случай №1. Больной М., 17 лет, обратился в ГБУ РД РКВД с жалобами на сухость, чувство стягивания и зуд кожи лица, шеи, кистей, стоп, появление там эфлоресценций, а также светобоязнь. Из анамнеза. Болеет с годовалого возраста, когда на тыле кистей и лице появились шелушащиеся красные пятна, которые постепенно темнели, образовывались беловатые рубчики. Процесс сопровождался зудом и жжением кожи. Лечение эффекта не давало. Отмечал обострение в летнее время года. Пациент несколько отстает в росте и массе тела от сверстников. Status specialis: поражение кожи локализовано на лице, шее, тыле кистей и стоп. Кожа лица и шеи имеет пестрый вид: многочисленные темные пятна, белесоватые рубчики, крупнопластинчатые чешуйки. На тыле кистей единичные коричневые пятна, а на стопах воспалительные явления. Отмечается деформация и сужение ротового отверстия: многочисленные трещины, сухость и атрофические рубцовые изменения. Резко выражен кариес зубов. Органы зрения поражены с обеих сторон: кератоконъюнктивит, блефарит, светобоязнь и слезотечение. Диагноз – пигментная ксеродермия, пойкилодермическая стадия. Проведено лечение: дексаметазон по 4 мг внутримышечно 1 раз в день (10 дней), экстракт алоэ подкожно по 1 мл ежедневно в течение 14 дней, делагил по 0,25 г 1 раз в день (14 дней), диазолин по 0,1 мг 2 раза в день (10 дней), карсил по 0,35 3 раза в день в течение 9 дней, рибофлавин по 0,01 г 3 раза в день (10 дней), наружно крем солнцезащитный для светлой кожи SPF 15. В результате терапии клиническая картина не претерпела изменений. Клинический случай №2. Больная З., 13 лет, с жалобами на гиперпигментированные высыпания и зуд кожи госпитализирована в ГБУ РД РКВД. Из анамнеза. В возрасте двух лет стали появляться эритематозные эфлоресценции на открытых участках кожи. В летнее время процесс обострялся. На момент осмотра пациентка адекватно отвечает на поставленные вопросы. Указывает на зуд пораженных участков. На предплечьях пойкилодермическая карти-

на. В области тыла кистей и стоп мелкие бородавчатые разрастания. Диагноз – пигментная ксеродермия, пойкилодермическая стадия. Назначено лечение: диазолин по 0,1 мг 1 раз утром и супрастин внутримышечно по 1 мл 1 раз вечером в течение 10 дней, 30% раствор тиосульфата натрия по 4 мл внутривенно через день (14 дней), энтеросгель по 15 г 3 раза в день в течение недели, местно на лицо мазь акридерм 2 раза в день в течение 14 дней, на тело и конечности крем солнцезащитный для светлой кожи SPF 15. На фоне терапии зуд стал менее выражен, клиническая картина сохраняется. Клинический случай №3. Больная К., 47 лет, обратился в ГБУ РД РКВД с жалобами на крупные пятна лица, шеи и слизистой рта. Из анамнеза. Экзантема имела на лице, шеи и слизистой рта с рождения. В течение времени она меняла яркость, несколько смещалась. Никаких субъективных ощущений пятно не вызывало. Год назад на нем появились папилломатозные разрастания. Три месяца назад ухудшилась острота зрения левого глаза и появился шум в левом ухе. При ярком солнечном свете рябит в левом глазу, а затем возникает гул и боль в голове. Status specialis. Поражение носит распространенный характер, локализуется на левой половине лица с охватом волосистой части головы, уха, шеи, а также слизистой оболочки рта. Очаг поражения кожи темно-бордового цвета, местами фиолетовый, темно-красный с участками здоровой кожи. Кожа подбородка, нижняя губа гипертрофированы и инфильтрированы. Наблюдаются участки здоровой кожи. Волосы левой брови, волосистой части головы и пушковые в очаги сохранены. На фоне пигментного участка местами папилломатозные разрастания и черные милиарные узелки. Левая половина слизистой оболочки рта и язык насыщенно красного цвета строго до средней линии. Отмечается инфильтрированность пораженной половины языка. Диагноз – ксеродермоид пигментный Юнга. От госпитализации пациентка отказалась и повторно не обращалась. Мы постарались ознакомить практикующих врачей с клиническими случаями пигментной ксеродермии и ее abortивной формы – ксеродермоида пигментного Юнга. Это должно способствовать своевременной дифференциальной диагностике редкого генодерматоза, вторичной профилактики его обострений и симптоматического лечения, что должно повысить качество жизни таких пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФАММ-ЛОСКУТА В РЕКОНСТРУКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА

Гилева К.С., Романова Е.М., Миронова Е.А., Смаль А.А.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», Москва

Разнообразие клинических ситуаций у пациентов с патологией челюстно-лицевой области требует постоянного научного поиска и анализа. Пациенты с посттравматическими, врожденными, постонкологическими дефектами и деформациями полости рта нуждаются в прецизионном лечении, направленном на улучшение открывания рта, устранения сквозных дефектов неба, рото-носовых соу-

ствев, с формированием как внутренней, так и наружной выстилки носа и слизистой полости рта, устранения субтотальных и тотальных дефектов губ, языка. Идеальным донорским материалом являются близкорасположенные ткани с осевым кровотоком, что позволяет свободно перемещать их в область дефекта. Уникальную характеристику слизистой полости рта сложно полностью воссоздать за счет кожных, мышечных, висцеральных лоскутов. Кровоснабжение тканей полости рта осуществляется за счет периферических ветвей от наружной сонной артерии, что позволяет использовать потенциал тканей в качестве перфорантных лоскутов с осевым кровоснабжением в модификации «propeller Flap». Лоскут FАММ (перфорантный слизисто-мышечный лоскут на лицевой артерии) – один из самых популярных лоскутов в современной реконструктивной хирургии, но применение его ограничено большим количеством вариации дизайна и необходимости понимания в каждом конкретном случае особенностей его кровоснабжения.

Цель: Анализ диагностической и хирургической тактики использования FАММ-лоскута (слизисто- мышечного лоскута на лицевой артерии) у пациентов с дефектами и деформациями мягких тканей полости рта.

Материалы и методы: В период с 2015 по 2018 г. в ЦНИ-ИС и ЧЛХ было прооперировано 35 пациентов с различными дефектами и деформациями мягких тканей полости рта: 18 пациентов со сквозными дефектами неба; 5 пациентов с дефектами языка и дна полости рта; 4 пациента с субтотальным дефектом нижней и верхней губ, красной каймы; 8 пациентов с дефектом альвеолярного отростка и рото-носовым соустьем. Для предоперационного планирования и послеоперационной оценки, применялись следующие методы объективной оценки: • УЗДС сосудов лица и МСКТ-ангиография лица и шеи для визуализации питающих сосудов и определения оптимального положения ножки лоскута. • 3D-компьютерное планирование и стереографическая 3 D визуализация структур дна полости рта – с волюметрической оценкой результата реконструкции. Результаты: Методом реконструкции с применением FАММ-лоскута во всех случаях дефекты были эффективно устранены, созданы условия для последующего реконструктивного лечения. В 5 случаях при пластике обширных дефектов неба использовался двусторонний лоскут. При дефектах альвеолярного отростка FАММ-лоскут был использован для закрытия оронального соустья. В случае устранения субтотального дефекта губы с помощью FАММ-лоскута был эффективно устранен дефицит красной каймы. При реконструкции внутреннего носа FАММ-лоскут был использован для формирования внутренней выстилки при дефектах носовой перегородки. У пациентов с рубцовой контрактурой дна полости рта и языка оперативное лечение осуществлялось по оригинальной методике реконструкции дефектов дна полости рта и языка при помощи FАММ-лоскута и ксеномембраны Permacol [подана заявка на патент №2018104957 (007487) от 09.02.2018].

Выводы: Большой потенциал реконструкции дефектов челюстно-лицевой области FАММ-лоскутом обусловлен рядом факторов, такими как: возможность вариантного выбора сосуда для включения в лоскут и позиционировании сосудистой ножки в соответствии с топографическим расположением дефекта. Вариативность сосудистой

анатомии так же расширяет ряд клинических ситуаций, где лоскут может быть использован для вторичной реконструкции у больных, перенесших в анамнезе микрохирургическую операцию. Сочетание таких факторов, как сокращение времени оперативного вмешательства, относительно небольшой донорский ущерб, надежность кровоснабжения, – аргументы в пользу приоритетности выбора этого метода в ряду альтернативных реконструктивных методик.

ЭСТЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ЛОСКУТОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА И ШЕИ

Гилева К.С., Абдуллаев К.Ф., Романова Е.М., Смаль А.А.
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава
России, Москва

Микрохирургическая аутоотрансплантация тканей стала повседневной операцией при реконструкции лица и шеи. С ростом технических возможностей и хирургического опыта меняются и приоритеты развития. Реваскуляризация лоскута становится не просто этапом сшивания сосудов под оптическим увеличением, а эта целая методология выбора реципиентных сосудов, определения доступа к ним с учетом надежности и эстетичности. Эстетичность, на наш взгляд, должна заключаться в отсутствии дополнительных разрезов на коже при устранении дефектов полости рта или расположении разрезов в малозаметных зонах или естественных складках. Новые подходы требуют дополнительных анатомических исследований и клинических внедрений в прикладной микрохирургии.

Цель: Разработка и внедрение интраоральной и трансфациальной реваскуляризации при устранении дефектов лица и шеи.

Материалы и методы: Изучение анатомических особенностей периферических ветвей наружной сонной артерии и альтернативных доступов к ним было осуществлено на 10 нефиксированных трупах с разработкой интраорального и трансфациального доступов. В клинической практике апробация новых подходов была применена у 26 пациентов с различными дефектами и деформациями лица и шеи. У 21 пациента с дефектами полости рта использовался интраоральный доступ к реципиентным сосудам (лицевая артерия и вена), у 5 пациентов с различными дефектами средней и нижней зон лица – трансфациальный доступ с выделением лицевой, язычной артерий и вен. В качестве предоперационного планирования и послеоперационной оценки, применялись методы объективной оценки: УЗДС сосудов лица и МСКТ-ангиография лица и шеи для визуализации питающих сосудов и определения оптимального положения ножки лоскута.

Результаты: Из интраорального доступа сосудами выбора являются лицевая артерия и вена, которые во всех диссекциях располагаются по проекционной линии и находится под щечной мышцей. Лицевая вена находится латеральнее и глубже лицевой артерии относительно комиссуры угла рта и располагается на поверхности тела Биша. Также воз-

можно выделение и использование верхней губной артерии при устранении дефектов верхней губы и носа. Верхняя губная артерия располагается в подслизистом слое на поверхности круговой мышцы рта, отдавая 2-3 мышечные ветви. Диаметр лицевой артерии $0,8 \pm 0,3$ мм, диаметр лицевой вены $1,2 \pm 0,4$. Интраоральный доступ позволяет при устранении дефектов полости рта использовать сосудистую ножку лоскута меньшей длины и выполнять реконструкцию дефектов без разрезов на коже. Сложностью данного доступа является необходимость выраженной ретракции губ и языка с навыками выполнения анастомозов под большим увеличением в замкнутом пространстве. Трансфациальный доступ выполняется по траектории от предушно-закозелкового разреза с переходом на заднюю поверхность ушной раковины и сосцевидной области. Все разрезы находятся в естественных складках, либо в малозаметных зонах. Трансфациальный доступ с широкой подкожной диссекцией позволяет выполнять безопасный доступ к периферическим ветвям наружной сонной артерии (лицевая, язычная артерии) для устранения дефектов средней и нижней зоны лица и шеи с максимально эстетическим результатом. У всех пациентов выполнение данных доступов позволило безопасно и прецизионно выполнить выделение рецепиентных сосудов с наложением сосудистых анастомозов.

Выводы: Применение интраорального и трансфациального доступов в устранении дефектов лица и шеи без кожных рубцов или видимых рубцов на коже соответственно меняет стереотипы в оценке результатов реконструктивной хирургии, делая их не только функционально направленными, но и эстетичными

БЕЗОПАСНОСТЬ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ: ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА

Голубков Н.А., Чернядьев С.А., Коморник Е.А.,
Кольванов Г.А., Кузьмин В.В.

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

Венозная тромбоэмболия (ВТЭ) является серьезным и потенциально опасным для жизни послеоперационным осложнением. Однако, в пластической хирургии отсутствует единое мнение в отношении профилактики ВТЭ. Факторы риска, у пациентов в пластической хирургии, не ясны, а фармакопрофилактика у этих пациентов может подвергать их другим дополнительным рискам. Цель данного исследования заключалась в стратификации пациентов пластической хирургии на группы риска венозной тромбоэмболии и оценке противотромботической терапии. Материалы и методы: Использовалась база данных стационарной выборки. Изучили клинические данные пациентов, перенесших пластические и эстетические операции в 2013–2016 гг. Провели сравнение с группой пациентов за период 2008–2011 гг. по характеру противотромботической терапии, частоте ВТЭ и частоте больших кровотечений в послеоперационном периоде, требующих ревизионных операций.

Результаты: В последние годы большинством пластических хирургов признается риск ВТЭ при пластических

операциях, связанный как с сопутствующей патологией пациентов, так и с характером проводимых операций. Применяемая ранее оценочная шкала С. Samata и соавт. принимала во внимание только характер сопутствующей патологии без учета характера операции, что приводило к заниженной оценке риска ВТЭ. С 2012 г. в Центре косметологии пластическими хирургами для оценки риска ВТЭ стала применяться балльная шкала риска ВТЭ J.A. Caprini (2005). Структура пациентов за четырехлетний период по риску ВТЭ по шкале J.A. Caprini представлена следующим образом: низкий риск (до 2 баллов) – 36,8%, умеренный риск (3–4 балла) – 47,2%, высокий риск (5–6 баллов) – 14,4%, очень высокий риск (более 8 баллов) – 1,6%. Основными и определяющими в оценке умеренного и высокого риска ВТЭ были следующие факторы: возраст старше 40 и 60 лет, избыток массы тела и ожирение, заместительная гормональная терапия или прием оральных гормональных контрацептивов, варикозная болезнь нижних конечностей, а также высокая длительность операций и постельный режим в течение суток после омолаживающих операций на лице или после абдоминопластики (лифтинга торса). К группе очень высокого риска в основном относились пациенты с реконструкцией молочной железы после мастэктомии, а также комбинированные пластические и лапароскопические (хирургия, гинекология) операции, или пластические и ортопедические (реконструкция стоп) операции. Важным в выявлении факторов риска ВТЭ явилось скрининговое обследование гемостаза (тромбоэластограмма и коагулограмма) у всех пациентов, поступающих на эстетические и пластические операции, и дуплексное ультразвуковое исследование вен нижних конечностей, что позволило выявить ранее неизвестную патологию, увеличивающую риск ВТЭ. Медикаментозная тромбопрофилактика в 39,8% случаях не проводилась и ограничивалась механическими способами: компрессионные чулки и пневмокомпрессия нижних конечностей во время операции и в течение времени пребывания в палате интенсивной терапии. У пациентов умеренного и высокого риска до операции и в раннем послеоперационном периоде тромбопрофилактика проводилась в соответствии с ГОСТ р 52606.6-2008, включающая назначение эноксапарина в профилактических дозах 20 или 40 мг соответственно группе риска, а также компрессионные чулки на нижние конечности и механическую пневмокомпрессию нижних конечностей. Случаев ВТЭ в этой группе пациентов не было. В группе пациентов 2008–2011 гг. фармакопрофилактика проводилась в 6,4% случаев у пациентов с абдоминопластикой, а также при пластических операциях, сочетанных с гинекологическими или ортопедическими операциями. Пневмокомпрессия не использовалась. В качестве антикоагулянта применялся эноксапарин в дозировке 20 мг или надропарин 0,3 мл. За этот период произошло два случая (0,14%) смертельной ТЭЛА в первые сутки после операции. У трех пациентов диагностировался дистальный тромбоз глубоких вен, подлежащий консервативному лечению. Частота случаев ревизионных операций по поводу послеоперационных кровотечений или напряженных гематом существенно не отличалась в указанные временные промежутки. Заключение: У всех пациентов, поступающих на пластические операции, следует оценивать риск ВТЭ. Фармакопрофилактику у пациентов с высоким и очень высоким риском

следует проводить, руководствуясь консенсусом по ВТЭ для хирургических пациентов.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА И ВРАЧА ДЛИТЕЛЬНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ГЛАБЕЛЛЯРНЫХ МОРЩИН АВОBOTULINUM TOXIN A: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ APREAL-НЕИНТЕРВЕНЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Е. Губанова, Е. Санчес, А. Шарова (Россия), М.Х. Табет (Лебанон), И. Бергерова (Чехия), О. Моисеева (Украина), А. Чемерис (Казахстан), Р. Реймонд (Бейрут), И. Прыгова (Франция), И. Карлисли (Австралия).

Докладчик: Губанова Е.И.

Клиника Превентивной медицины «Валлекс Мед», Институт непрерывного медицинского образования Московского государственного университета пищевой промышленности.

Введение: Клиническая эффективность и продолжительность коррекции межбровных морщин abobotulinum toxin A (aboBoNT-A; Dysport®) хорошо изучены. В научной литературе отсутствуют публикации, посвященные удовлетворенности пациентов результатами при повторных циклах ботулинотерапии. Проведенное исследование было посвящено изучению уровня удовлетворенности устранением вертикальных морщин межбровья при длительном лечении повторными инъекциями aboBoNT-A в реальной клинической практике.

Методы: Неинтервенционное мультицентровое проспективное исследование включало анализ трех циклов инъекционных процедур aboBoNT-A с целью коррекции умеренных и выраженных межбровных морщин в обычной клинической практике. Пациенты самостоятельно заполняли анкеты удовлетворенности процедурой трижды, через 3 недели (± 7 дней) после каждого цикла инъекций. Изучались факторы, влияющие на уровень удовлетворенности после 1 и 2 процедуры. Удовлетворение результатом коррекции врачом оценивалось после 1 и 3 инъекционного цикла.

Результаты: Из 150 включенных пациентов (13 центров в 6 странах; 91% женщин, 9% мужчин; 38% в возрасте 41–50 лет), 135 полностью завершили исследование и были опрошены по окончании трех циклов ботулинотерапии. Через 3 недели (± 7 дней) после последней процедуры удовлетворены результатами эстетической коррекции были 99% пациентов, из них «очень удовлетворены» 74% и «удовлетворены» – 25%. Факторы, влияющие на удовлетворенность (естественность результата, омоложение лица, заметное эстетическое улучшение, желание повторить процедуру и др.), после первой и второй процедуры aboBoNT-A в 83–100% были положительно оценены согласно предложенным утверждениям в опросниках. Удовлетворенность врача результатами терапии составила 98% после первой и 100% после третьей инъекции.

Обсуждение: Высокий уровень удовлетворенности эстетическим результатом пациентов (99%) и врача (100%) после трех циклов ботулинотерапии aboBoNT-A может оказывать положительное влияние на самооценку и на успешность инъекционной практики.

ЭСТЕТИКА ЛИЦА – АНТИГРАВИТАЦИОННЫЙ МИОФАЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Гуляев А.А.

Центр врачебной косметологии «Эстетик Мед», Школа Интегрального Оздоровления и Перцептивной Эстетики, Тула

Возрастные изменения лица, в частности проявления гравитационногоптоза, связаны с воздействием силы гравитации и измененным тонусом мышц корпуса. Например, при верхнем перекрестном синдроме (в формировании которого участвуют грудные мышцы, трапециевидная мышца, зубчатая мышца и др.) происходит смещение головы и шеи кпереди относительно оси гравитации тела, что приводит к нарушению тонуса мышц шеи и системы подъязычной кости, изменению положения нижней челюсти, регионарному лимфостазу. В то же время предложенные на сегодняшний день методики коррекции возрастных изменений тканей лица (хирургические, лазерные, инъекционные и др.) данных влияний не учитывают. Цель нашей работы состояла в обосновании необходимости коррекции поструральных и мышечно-тонических нарушений в качестве первого звена коррекции проявлений гравитационногоптоза мягких тканей лица.

Материалы и методы: В исследовании участвовало 53 пациента, обратившихся с целью коррекции возрастных эстетических изменений. Критерии включения в исследование: деформационный и деформационно-отечный тип старения, возраст от 18 до 60 лет, отсутствие оперативных и других инвазивных вмешательств в области лица. Методы обследования: анкетирование, антропометрические исследования, биоимпедансметрия, калиперометрия в фиксированных областях, контактная термография в области лица, мышечно-функциональное тестирование, стабилметрия. Также использован специализированный софт: программы «MedExpress» и «СЕМ-ThermoDiagnostics». По результатам обследования у каждого пациента выявлены нарушения позы и равновесия той или иной степени выраженности. Более чем в 80% это были поструральные миоадаптивные синдромы остеохондроза позвоночника. Также были выявлены другие нарушения элементов поструральной системы: дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, подошвенного апоневроза, диафрагмы торакального выхода. Пациентам была назначена консервативная терапия мышечно-тонических нарушений с рандомизацией на 3 группы: 1) пациенты, получавшие комплексное лечение, включавшее массаж (с элементами постизометрической релаксации и мягкотканной мануальной терапии) и лечебную гимнастику (включая упражнения на стабилотренажере); 2) пациенты, в качестве терапии получавшие массаж; 3) пациенты, в качестве терапии получавшие лечебную гимнастику. Схема проведения мануальных манипуляций и упражнения лечебной гимнастики подбирались исходя из преобладающего миоадаптивного синдрома. В результате на фоне проводимой консервативной терапии имеющих поструральных нарушений во всех группах пациентов были получены отчетливые эстетические изменения (коррекция «брылей» и «второго» подбородка, уменьшение вплоть до полного исчезновения «колец Ве-

неры», изменение глубины и выраженности носогубных складок и пр.). Изменения подтверждены как результатом опроса пациентов, так и объективными данными (фотографирование, калиперометрия, биоимпедансометрия, контактная термография, компьютерная дерматоскопия). Наибольшая удовлетворенность пациентов полученными результатами наблюдалась в первой группе. В 47% случаев пациенты отказались от запланированных инвазивных косметологических вмешательств, в 21% случаев лечение было дополнено мануальными техниками в области лица и неинвазивными физиотерапевтическими и косметологическими манипуляциями (микротоковая терапия, электромиостимуляция, косметологические уходы). У 32% пациентов в дальнейшем выполнены инвазивные вмешательства. При этом стоит отметить, что это были преимущественно пациенты третьей группы и более старшей возрастной категории, а число процедур в случае курсовой терапии уменьшилось по сравнению с традиционным. Таким образом, согласно нашему опыту, мы считаем терапию постуральных нарушений обязательным звеном коррекции проявления гравитационного птоза мягких тканей лица, а использование мышечно-функционального тестирования и стабилметрического исследования – необходимым навыком специалиста эстетической медицины.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДОНОРСКИХ ЗОН ГОЛОВЫ ПРИ СВОБОДНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКЕ В ОБЛАСТИ ВЕК

Гущина М.Б.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава
России, Москва*

Цель: Провести анализ изменения площади, толщины и эластичность полнослойных аутодермотрансплантатов с верхнего века и с заушной области при свободной кожной пластике в области век с учетом донорского ущерба.

Материал и методы: Был проведен анализ 47 полнослойных свободных аутодермотрансплантатов с верхнего века (1-я группа) и 10 – с задней поверхности ушной раковины (2-я группа) в области век у пациентов в возрасте от 3 до 67 лет (средний возраст в 1-й группе составил $37,08 \pm 17,67$; во 2-й – $36,5 \pm 21,17$). Выбор донорской зоны определялся возможностью использования запаса тонкой эластичной кожи и расположения послеоперационных рубцов в естественных складках. При этом предпочтение отдавали области головы, поскольку считается, что кожа на иных участках человеческого тела значительно отличается по цвету от кожи лица (Iga D. Parel, 2013 и др). Операцию по аутодермотрансплантации свободных кожных трансплантатов проводили по собственной методике с использованием компрессионных пластин (Патент РФ № 2528650). Истинные размеры кожного дефекта оценивали интраоперационно, после выявления скрытых дефектов. Для измерения площади дефекта использовали миллиметровую бумагу по мето-

ду Постникова (Петров С.В., 1999). Интраоперационно принимали решение в выборе донорской зоны с учетом запаса кожи в складке верхнего века и в заушной области. Результаты аутодермотрансплантации оценивали через 1 год с учетом функционально-косметического ущерба в донорской зоне, площади, толщины и эластичности свободного кожного аутодермотрансплантата. Площадь прижившихся аутодермотрансплантатов измеряли методом Постникова, толщину кожи в реципиентной и донорской зоне, а также в области аутодермотрансплантата измеряли при помощи ультразвука. Эластичность кожи определяли в естественных ЕД методом основанным на пенетрации кожи в единицу времени.

Результаты: При кожных дефектах от 321 до 840 мм² (в среднем $459,72 \pm 84,85$) были использованы свободные аутодермотрансплантаты из складки верхнего века парного или этого же глаза. При дефектах от 698 до 1542 мм² (в среднем $1285,4 \pm 308,48$) были использованы аутодермотрансплантаты из складки заушной области. При оценке результатов обратили внимание, что в обеих группах не наблюдается функционально-эстетического ущерба в донорской зоне: послеоперационные рубцы тонкие, нежные, расположены в естественных складках и практически сливаются с ними. При оценке исходного состояния кожи донорских зон было установлено, что толщина кожи верхнего века и заушной области практически идентична и составляет в среднем $0,8 \pm 0,1$ и $0,86 \pm 0,03$ мм соответственно. При этом исходная эластичность кожи верхнего века несколько выше эластичности кожи заушной области и составляет в среднем $68 \pm 1,16$ и $58,7 \pm 1,42$ ЕД соответственно. После аутодермотрансплантации кожи в обеих группах отмечалась неравномерность толщины аутодермотрансплантата, которая колебалась от 1,1 до 1,88 (в среднем $1,46 \pm 0,06$) в 1-й группе и от 1,8 до 2,85 (в среднем $2,25 \pm 0,06$) мм в 2-й группе. Также была отмечена существенная разница в сокращении его площади от 176 до 521, в среднем $307,4 \pm 66,31$, т.е. 66,9% от исходного в 1-й и от 378 до 747 мм², в среднем $621,2 \pm 127,62$ т.е. 48,33% – во 2-й группе. Это соответствовало увеличению толщины аутодермотрансплантата в среднем $1,46 \pm 0,06$, т.е. в 1,83 раза в 1-й и $2,25 \pm 0,06$ мм, т.е. в 2,62 раза от исходной во 2-й, а также снижению эластичности аутодермотрансплантата в среднем $59,09 \pm 2,82$, т.е. 86,9% от исходной в 1-й и $51,7 \pm 1,16$ ЕД, 88,07% во 2-й. Указанные данные объективного исследования полностью соответствовали эстетическому восприятию результата свободной кожной аутодермотрансплантации: во второй группе в отдаленном послеоперационном периоде аутодермотрансплантаты выглядели более толстыми, сморщенными и ригидными.

Выводы: Естественные избытки кожи складки верхнего века и заушной области могут быть использованы для аутодермотрансплантации без функционально-эстетического ущерба в донорской зоне. Заушная область позволяет получать большие по площади трансплантаты. Исходное состояние кожи донорских зон в обеих группах практически не отличалось по толщине, но отличалось по эластичности. После трансплантации кожа в обеих группах уплотнялась и становилась не равномерной по толщине. При этом кожа с заушной области была больше подвержена сокращению, становясь более толстой и ригидной, что не позволило обеспечить оптимальные эстетические результаты.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДСКЛАДОЧНОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ

Давудова Б.Х., Нажмудинов И.И., Магомедова К.М.
*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-клинический центр оториноларингологии»
Федерального медико-биологического агентства России,
Москва*

В основе рубцового стеноза гортани и трахеи лежат патологические процессы, приводящие к локальному или распространенному замещению нормальных структур рубцовой тканью с сужением просвета и развитием явлений дыхательной недостаточности. Правильно выбранная тактика хирургического лечения хронического стеноза гортани и трахеи дает возможность избежать осложнений и снизить риск повторного стеноза. Для этого необходимо учитывать локализацию, протяженность, степень стеноза, состояние хрящевого остова, наличия воспаления, длительность существования стеноза, сопутствующую патологию.

Цель работы: Оптимизация хирургического лечения пациентов с подскладочными рубцовыми стенозами гортани с использованием комбинированных тактик.

Материалы и методы: В нашей клинике с 2007 г. по сентябрь 2018 г. прошли лечение 206 больных с хроническими рубцовыми стенозами подскладочного отдела гортани. Используемые нами хирургические методы лечения: 1) эндоларингеальные операции с использованием CO₂-лазера и баллонной дилатацией, 2) комбинированные операции – эндоларингеальным доступом и трансцервикально, 3) операции, осуществляемые открытым доступом, т.е. трансцервикально. В каждом случае отношение к лечению было персонализированным. Все оперативные вмешательства производились под общей анестезией, используя современные препараты и наркозные аппараты, включая высокочастотный на аппарате «Twin Stream», что подразумевает одновременную вентиляцию легких двумя разночастотными потоками – нормо- и высокочастотным. При рубцовых стенозах подскладочного отдела гортани, используя микроскоп и CO₂-лазер, производили удаление рубцовой ткани в объеме, необходимом для восстановления свободного дыхания. В некоторых случаях для расширения просвета трахеи применялся метод баллонной дилатации. При рубцовых стенозах шейного отдела трахеи пациентам производилось формирование трахеостомы или ларинготрахеостомы с расширением ее просвета, с иссечением рубцовой ткани и стентированием Т-образным стентом. При отсутствии данных за рестенозирование через 3–6 месяцев выполнялась пластика трахеального дефекта: местными тканями (кожно-мышечно-кожная пластика) или перемещенным кожно-мышечным лоскутом при наличии больших дефектов. При отсутствии достаточного каркаса боковых стенок трахеи использовался ауто- или аллохрящ.

Результаты лечения: В результате данных методов лечения удалось добиться выздоровления у 85% пациентов с рубцовыми стенозами подскладочного отдела гортани, оставшимся 15% были рекомендованы другие методы лечения у торакальных хирургов.

Заключение: Использование комбинированных методов лечения с использованием CO₂-лазера, баллонной дила-

тации, а так же сочетанной бичастотной струйной вентиляции легких позволяет значительно повысить эффективность лечения пациентов с хроническими рубцовыми стенозами подскладочного отдела гортани.

МУЛЬТИСРЕЗОВАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ВИЗУАЛИЗАЦИИ СТРУКТУР НОСА

Давыдов Д.В., Лежнев Д.А., Дутова М.О.
*Российский Университет Дружбы Народов, Московский
государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова, Москва*

Цель работы: Изучить вариантную анатомию костной пирамиды и патологические изменения внутриносовых структур и околоносовых пазух у пациентов с эстетическими деформациями наружного носа.

Материалы и методы: Было обследовано 110 пациентов (66 женщин, 44 мужчины, в возрасте 18–54 лет), имеющих эстетические деформации наружного носа, в том числе, планирующих выполнение ринопластики. Всем пациентам была выполнена мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ, Philips Brilliance 64) с построением мультипланарных и 3D-реконструкций. Оценивалась конфигурация наружного носа с исследованием вариантной анатомии костной пирамиды, а также внутренние структуры: носовая перегородка, раковины, остиемеатальный комплекс, слизистая оболочка, околоносовые пазухи.

Результаты: 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), широкий нос (n=12). Грушевидные отверстия были описаны по классификации N. Yuzbasioglu, M. T. Yilmaz et al (2014). 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 широкого носа чаще имело вид трапеции (58,3%) и круга (25%). Самыми распространенными формами костей носа по всем группам пациентов суммарно были 2 (41,8%), 5 (22,1%), 6 (14,6%) и 7 (10,8%) типы по Lang and Baumeister (1982). Доказана корреляция между типом конфигурации наружного носа и вариантами грушевидных отверстий и носовых костей. При анализе внутренних структур были выявлены следующие особенности: в подавляющем большинстве случаев отмечались искривление носовой перегородки (65,5%), деформация ее за счет шиповидного костного разрастания (39,0%), гиперплазия нижних носовых раковин (44,5%). В 34,5% случаев определялась гипертрофия и деформация средних носовых раковин за счет их буллезной трансформации. Слизистая оболочка полости носа или носовых раковин была значительно утолщена у 31,8% пациентов, что свидетельствует о хроническом рините. Кроме того, в ряде случаев (15,5%) определялась гиперплазия слизистой

оболочки околоносовых пазух (преимущественно верхнечелюстных), в том числе, одонтогенного генеза (7,2%).

Выводы: МСКТ с постпроцессинговой обработкой является информативным методом объемной визуализации структур, как наружного носа, так и его полости. При выполнении МСКТ на дооперационном этапе при планировании ринопластики одновременно решаются задачи: изучение морфологической основы деформации, в том числе, вариантной анатомии костной пирамиды носа; исследование патологии внутриносовых структур, а также выявление воспалительных заболеваний околоносовых пазух и зубочелюстной системы для своевременной санации очагов хронической инфекции. Предоперационная оценка всех носовых структур с помощью МСКТ позволит снизить количество послеоперационных осложнений, в ряде случаев расширить объем операции с проведением септопластики или риноконхотомии и обеспечить положительные результаты ринопластики.

ЭСТЕТИЧЕСКИЙ, ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ

Денис А.Г., Абушкин И.А., Гаврилова О.А., Васильев И.С.,
Колядов Н.Ф., Лапин В.О., Галиулин М.Я.

*Тверской государственный медицинский университет, Центр
медицинских лазерных технологий Челябинск, Тверь*

Младенческие гемангиомы (МГ), являются наиболее распространенными сосудистыми образованиями у детей, которые носят доброкачественный характер. Причина возникновения МГ до сих пор до конца не изучена. Частота МГ коррелируется с возрастом ребенка и составляет 8–12%, и до 22% недоношенных детей с весом при рождении < 1 кг. По данным различных авторов, у девочек появляются в 3–5 раза чаще, чем у мальчиков. Наиболее часто до 80% общего числа МГ локализируются в области лица, головы и шеи. МГ имеет «цикл жизни», который подразделяется на 4 фазы: продромальная фаза, фаза активного роста, фаза персистенции и фаза инволюции. Несмотря на способность к самопроизвольной инволюции, МГ могут подвергаться изъязвлению, а так же выбранная неправильная, агрессивная тактика лечения, т.к., склерозирующая терапия, радиоволновая хирургия, лучевая терапия, диатермокоагуляция, криотерапия, которая приводит к уродствам, функциональным и косметическим нарушениям. Тем самым при решении одной проблемы, врачи создают новую, гораздо более сложную, которая является большой психологической проблемой для родителей и ребенка. Цель: улучшить диагностику и индивидуальный подход к лечению МГ. Методы: Проведен ретроспективный анализ с 2013–2017 гг., пролеченных детей на базе детской областной клинической больницы г. Тверь, а также в детском клинико-диагностическом центре «Добрый доктор» г. Тверь, всего 463 ребенка с МГ различной локализации. Преобладали девочки (72,4%). Для диагностики стадии процесса и контроля эффективности лечения МГ применяли ультразвуковое исследование с цветным доплеровским картированием и тепловизор. Первая группа пациентов – склеротерапия (этиловый спирт 70%), (n=147). Вторая

группа аргонная деструкция (n=81). С 2014 года – третья группа – монотерапия пропранололом (n=132), у детей с интенсивной локальной гемодинамикой (n=103), проводили комбинированное лечение пропранололом в сочетании с лазерной внутритканевой термотерапией (полупроводниковые лазеры с длиной волны излучения 970 nm) – четвертая группа.

Результаты: Отличный эстетический и косметический результат – без каких либо косметических и функциональных дефектов в 1 и 2 группе – отсутствовал, в 3 группе составил 98,3%, в 4 группе – 98,7%. Хороший результат – незначительные остаточные телеангиоэктазии или малозаметные нормотрофические рубцы в 1 группе отсутствовал, 2 группа – 0,3%, 3 группа – 1,7%, 4 группа – 1,3% (что чаще всего связано с поздним обращением к специалисту, площадью гемангиомы и / или изъязвлением гемангиомы). Неудовлетворительный результат – косметический и / или функциональный дефект, в дальнейшем требующий реконструктивной пластической хирургии 1 группа – 97,8%, 2 группа – 96,4%, в 3 и 4 группе отсутствовал. Комбинированный метод лечения (3 группа), уменьшал продолжительность приема пропранолола в среднем на 6 месяцев.

Выводы: Подход к лечению МГ должен быть индивидуальным, учитывая локальную гемодинамику. Учитывая неудовлетворительные результаты лечения при использовании склеротерапии – данный метод не рекомендуется к применению. При выраженном кровотоке, комбинированный метод лечения МГ является эффективным методом лечения, с отличными/хорошими косметическими, эстетическими результатами и может быть рекомендован к клиническому применению.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: КАПСУЛЯРНАЯ КОНТРАКТУРА НА ИМПЛАНТАХ С РАЗНОЙ ТЕКСТУРОЙ

Дзотцоев А.К., Егоров Ю.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Представлен клинический случай развития капсулярной контрактуры 3–4 степени на нанотекстурированном и 1–2 степени на среднетекстурированном импланте у пациентки после замены экспандеров на два разнотекстурированных импланта. Пациентка Е. 47 лет с диагнозом первично-множественный синхронный рак молочных желез. В мае 2016 выполнена билатеральная мастэктомия с установкой экспандеров. В сентябре 2016 экспандеры удалены в связи с несостоятельностью кожных лоскутов с обеих сторон. В апреле 2017 отсроченная реконструкция с установкой экспандеров с обеих сторон. В январе 2018 замена экспандеров на импланты. Выполнялась капсулотомия с частичной капсулэктомией. Справа установлен имплант со среднетекстурированной оболочкой, слева с нанотекстурированной. На протяжении 5 месяцев у пациентки нарастали признаки капсулярной контрактуры слева. На нанотекстурированном импланте за 5 месяцев образовалась капсула

7 мм толщиной, стала отчетливо проявляться контрактура 3–4 степени. На среднетекстурированном импланте сформировалась капсула толщиной 1 мм.

Заключение: Полученный случай нельзя трактовать однозначно, так как импланты ставились частично в капсулу, сформированную экспандерами со средней текстурой. Полученный результат может свидетельствовать как о том, что нанотекстурированные импланты приводят к более выраженной капсулярной контрактуре, так и о том, что замена экспандеров на импланты с отличной от экспандера текстурой приводит к формированию грубой капсулы.

ПЛАСТЫРИ В ХИРУРГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Дзотцов А.К., Егоров Ю.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Целью работы является разработка и оценка эффективности методики пластырного контроля послеоперационной трансформации молочных желез.

Материалы и методы: Всего 10 пациентов с имеющейся асимметрией молочных желез после оперативных вмешательств. Из них 8 после реконструктивных, 2 после эстетических операций. Возраст пациентов составил от 27 до 52 лет. Сразу после оперативного вмешательства выполнялась пластырная фиксация тканей. Результаты оценивались на 7 и 30 сутки после операции.

Результаты: В 3 случаях к 7 суткам, в 6 случаях к 30 суткам наблюдения методика позволила получить контролируемую трансформацию молочных желез. В 7 случаях пластырная фиксация позволила скорректировать асимметрию полностью, в 2 случаях осталась незначительная асимметрия, в 1 случае методика оказалась неэффективной.

Заключение: Пластырная фиксация тканей является мощным инструментом контроля послеоперационной трансформации молочных желез, что позволяет рекомендовать ее для применения в повседневной практике.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОГО МЕТОДА АДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ

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

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва

Проблема папилломатоза дыхательных путей в ларингологии на протяжении многих лет привлекает пристальное внимание исследователей. При этом пациенты с этой патологией составляют одну из самых больших групп больных для оказания высокотехнологичной помощи. Лечебная практика основывается на трех основных направлениях и

их различных сочетаниях: совершенствование хирургических методов, поиск новых медикаментозных препаратов (противовирусных, иммуностропных и др.) и разработка методик вакцинации. Предложенные методы адъювантной терапии эффективны не во всех случаях и имеют побочные эффекты. Общепринятым методом противорецидивного лечения ПГ является интерфероно-терапия. В основном применяют инъекционные формы рекомбинантного интерферона (ИФН). Но 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 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. 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-й 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. 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-х 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 историй болезни.

Выводы по полученным первым результатам: Новый метод комбинированного лечения ПГ взрослых, включающий в качестве противорецидивной терапии применение препарата рекомбинантного интерферона альфа-2b приводит к статистически значимому снижению продолжительности и тяжести рецидивов папилломатоза гортани и уменьшению частоты последующих рецидивов. Ингаляционное введение рекомбинантного интерферона альфа-2b хорошо переносится, не вызывает аллергических реакций, не оказывает гепато-нефроотоксического действия и токсического действия на кроветворные органы.

ДВУСТОРОННЯЯ ВРОЖДЕННАЯ АТРЕЗИЯ ХОАН: ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Егоров В.И., Тюкин В.Ю., Кочнева А.О.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва

Врожденные пороки в структуре детской заболеваемости занимают одно из первых мест. У 60% пороки развития лица и черепа встречается в сочетании с другими видами аномалий. Врожденная атрезия хоан является следствием сохранения носонебной мембраны, возникающей между 6-й и 12-й неделями гестации. Атрезия хоан может быть одно- и двусторонней; частичной или полной; перепончатой, хрящевой, костной или смешанной. Основным способом лечения данной патологии является хирургическое устранение атрезии и формирование хоаностомы интраназальным доступом. Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения двусторонней полной атрезии хоан у новорожденных и внедрение в практику нового устройства, которое позволит предотвратить рубцовое заращение просвета хоан в отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы: На базе ЛОР-отделения ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского было разработано и внедрено в практику устройство для предотвращения рубцового заращения просвета хоан у новорожденных (патент № 2614936 от 30.03.2017), которое позволяет добиться стойкого положительного результата и не обладает недостатками, которые наблюдались при применении ранее разработанных стентов, 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 вро-

жденной полной костной двусторонней атрезией хоан. С 2010 г. с применением нового стента прооперировано 20 детей (50%). Послеоперационный период у всех пациентов протекал благоприятно, температурная реакция не превышала субфебрильных цифр. Физиологические отправления были нормальными. В анализах крови и мочи патологических сдвигов не обнаружено.

Результаты: 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 подросткового организма.

Выводы: 1. конфигурация стента позволяет: надежно и безопасно зафиксировать устройство, исключая выпадение за счет вышеуказанных формы и перемычки; 2. за счет формы дистального конца изменять его индивидуально по размерам носоглотки; 3. избежать прорастания грануляций в просвет стента за счет формы и размеров перемычки, соединяющей проксимальные концы трубки; 4. избежать деформаций преддверия полости носа за счет физиологичного изгиба посередине трубки; 5. все эти факторы повышают эффективность хирургического лечения новорожденных детей с полной двусторонней атрезией хоан.

ЛИПОСАКЦИЯ И ЛИПОФИЛЛИНГ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ермощенкова М.В., Зикиряходжаев А.Д., Масри А.А.

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

Цель исследования: Оценить эстетические результаты у больных раком молочной железы после комбинированного и комплексного лечения при реконструктивно-пластических операциях с использованием аутожирового трансплантата.

Материалы и методы: В отделении онкологии и реконструктивно-пластической хирургии молочной железы и кожи МНИОИ им. П.А. Герцена с февраля 2015 г. по 2018 г. с помощью шприцевого и аппаратного методов было выполнено 48 процедур липофиллинга 43 пациенткам после липосакции. Средний возраст пациенток – 44 года. Все пациентки на момент исследования находились в состоянии стойкой ремиссии на протяжении от 1 года до 10 лет. Шприцевой метод липофиллинга использован в 20 случаях, аппаратная техника – в 28. Средний объем введенного аутожирового трансплантата составил 144,8 мл (минимальный введенный объем – 50 мл, а максимальный – 440 мл). Максимальный срок наблюдения после выполнения липофиллинга составил 23 месяца. В реципиентных зонах в среднем сохранено 60% аутожирового трансплантата. У 15 (34%) пациенток отмечена частичная резорбция аутожирового трансплантата. 5 пациенткам проведены повторные сеансы липофиллинга. Оценка

приживаемости аутожирового трансплантата производилась с помощью ультразвукового метода исследования и визуального. Результаты. Большинство пациенток остались удовлетворены полученными результатами. У 18 (69%) пациенток отмечается частичное рассасывание аутожирового трансплантата, которым не потребовался повторный сеанс липофиллинга, так как достигнут удовлетворительный эстетический результат. В среднем сохранено около 60% аутожирового трансплантата в местах введения в области сформированной молочной железы. У 30% пациенток отмечалось частичное или полное рассасывание аутожирового трансплантата и для достижения удовлетворительного эстетического результата необходимо проведение повторного сеанса липофиллинга. Осложнения в виде инфекционных проявлений, формирования липогранулем в месте введения выявлены не были. Выводы. Липофиллинг способствует улучшению косметических результатов после реконструктивно-пластических операций по поводу рака молочной железы за счет нормализации объемного соотношения тканей, коррекции симметрии молочных желез.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД СИМУЛЬТАННОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ АБДОМИНОПЛАСТИКЕ С АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКОЙ

Жуков М.И., Стефкивская О.В.

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

Цель: Использование метода симультанной коррекции для коррекции деформаций и дефектов передней брюшной стенки и увеличения молочных желез. Материалы и методы. В клинике, в период с 2016 по 2018 гг. прооперировано 5 пациенток в возрасте 27–45 года, с жалобами на различные сочетанные изменения живота и груди. Разработана и апробирована методика и оперативная техника симультанной коррекции через трансабдоминальный доступ, с возможностью увеличения молочных желез и коррекции дефектов передней брюшной стенки. Особенностью предоперационного периода являлось: 1. Определение уровня новых инфрамаммарных складок, в связи с их низведением за счет натяжения тканей передней брюшной стенки и иссечения избытка дермалипидного лоскута. 2. Расчет коэффициента определения уровня локализации новой инфрамаммарной складки по данным объема натяжения передней брюшной стенки. Таким образом, побочным эффектом понижения инфрамаммарной складки при симультанной операции является компенсация, либо уменьшение степени птоза молочных желез при его наличии. Данный аспект помогает исключить необходимость применения мастопексии, в то время, когда автономная аугментация их подразумевает.

Результаты и обсуждения: Симультанная операция расширяет спектр возможностей хирурга и имеет ряд преимуществ: 1. Выполнение операции производится через единый трансабдоминальный доступ, без дополнительных

разрезов в области молочных желез. 2. Возможность одномоментной коррекции двух крупных эстетически важных областей (молочные железы и передняя брюшная стенка). 3. Возможность компенсации или снижения степени птоза молочных желез. 4. Сокращение длительности операции и наркоза за счет одного оперативного вмешательства. 5. Положительный психологический фактор, сокращение общих сроков реабилитации, объема медикаментозного обеспечения.

Выводы: Применение трансабдоминального доступа с целью симультанной коррекции деформации передней брюшной стенки и увеличения молочных желез, является вариантом выбора с возможностями коррекции практически всей передней поверхности туловища, требует оценки индивидуальных особенностей пациентки.

СЛОЖИВШИЙСЯ ДУЭТ IPL С ЭРБИЕВЫМ МИКРОПИЛИНГОМ ДЛЯ БЫСТРОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДИСХРОМИЙ И УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА КОЖИ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Захди Н.Г.

«Меди СПА Технолоджи», Москва

По статистике с жалобами на дисхромии на первичном приеме у врача косметолога обращаются в менее чем 10% случаев, на качество кожи (расширенные поры, тусклый цвет лица) около 10%. Объективно проблемы качества кожи существуют у более половины впервые обратившихся пациентов. Различного рода дисхромии обнаруживаются при осмотре у большинства лиц среднего и старшего возраста. И зачастую на первичной консультации врачу косметологу приходится разъяснять и показывать в разных ракурсах лицо пациента для того, чтобы объяснить, что если он хочет выглядеть ухоженно и моложе, необходимо провести процедуры, направленные на улучшение качества кожи в комплексе anti-age процедур. IPL давно зарекомендовал себя как метод быстрого лечения дисхромий и купероза лица. В основе лежит теория селективного фототермолиза, хромофором выступает меланин эпидермиса и гемоглобин (оксигемоглобин) сосудов лица с фильтром в зеленой части спектра (начиная с 535 nm). Имея более чем десятилетний опыт работы с IPL, можно с уверенностью констатировать, что фотоомоложение (фильтр в желтой части спектра, начиная с 580 nm) является золотым стандартом в лечении тусклого цвета кожи, расширенных пор, улучшения тургора. При обращении пациентов с выраженными пигментациями различного генеза и проблемами рельефа кожи (рубцы постакне, широкие поры, мелкие статические морщины, возрастной гиперкератоз эпидермиса, эластоз и т.п.) отлично зарекомендовал себя опыт сочетанного применения IPL с эрбиевым микропилингом за одну процедуру. Сначала проводим процедуру IPL с фильтром 535-950nm 2 прохода, затем наносим местный анестетик и через 30 минут проводим фракционное лазерное омоложение Er:YAG 2940 nm. Реабилитация, в виде покраснений, отека и потемнения пигментаций, занимает несколько дней. Окончательный результат ждем через месяц, когда по показаниям можно провести повторную процедуру.

**СПОСОБ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ГРУДИ
С СОХРАНЕНИЕМ БРЮШНОЙ ПОРЦИИ
БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ****Зеленин Н.В., Зеленин В.Н.***Институт пластической хирургии и косметологии, Москва*

Установка эндопротезов груди под большую грудную мышцу через разрезы в субмаммарных областях является «золотым стандартом» операции по увеличению молочных желез. В настоящее время общепринятой технологией установки имплантатов в субпекторальное клетчаточное пространство является полное пересечение большой грудной мышцы выше края 6 ребра, начиная от ее наружного края и до сочленения ребра с грудиной. При этом может производиться мобилизация молочной железы от большой грудной мышцы и дополнительное пересечение последней. Нестабильность положения имплантата, особенно анатомической формы, его возможная ротация – являются общеизвестными проблемами. Целью исследования было создание и разработка нового метода эндопротезирования груди. Материал и методы. В течение последних 6 лет мы используем собственный способ установки имплантатов груди с сохранением брюшной порции большой грудной мышцы. Оперировано более 650 пациентов. В 90% случаев использовали имплантаты анатомической формы. Их объем варьировал от 270 до 370 мл, в среднем составляя около 300 мл. Результаты операции прослежены не менее одного года. Выбор объема и формы имплантатов осуществляли на основе замеров грудной стенки и тканей молочных желез пациентки с учетом ее желания иметь больший или меньший размер груди после операции. Высоту основания имплантата определяли равной расстоянию от верхней границы 6 ребра до предполагаемой верхней границы груди, которая обычно соответствует складке, образованной нижним краем предподмышечного жира. Ширина основания имплантата равнялась расстоянию от места прикрепления большой грудной мышцы к груди до наружного края большой грудной мышцы на планируемом уровне расположения соска, минус толщина складки тканей молочной железы на уровне наружного края большой грудной мышцы. Выбор проекции имплантата определяли на основании сопоставления расстояния от верхнего края 6 ребра до соска при максимальном растяжении тканей и LVC имплантатов с известной шириной и высотой основания. Большую грудную мышцу рассекали на 1 см краниальнее ее прикрепления к 6 ребру, начиная от места крепления хряща 6 ребра к груди до уровня наружного края прямой мышцы живота. Кнаружи от этого места начинается брюшная порция большой грудной мышцы, которую отделяли от 6 ребра до уровня его нижнего края, но сохраняли ее дистальное крепление в фасциальном узле, образованном также пучками передней зубчатой мышцы, наружной косой мышцей живота и передней стенки прямой мышцы живота. Эта точка крепления хорошо определяется при исследовании со стороны субпекторального пространства. В субпекторальном клетчаточном пространстве под контролем зрения формировали вместилище для имплантата. Его границами являются: внутри – место прикрепления большой грудной мышцы к груди, кнаружи – брюшная порция большой грудной мышцы и грудная фасция, переходящая на пучки передней зубчатой и на-

ружной косой мышцей живота, вверху – грудоакромиальный сосудистый пучок, внизу – 6 ребро и фасциальный узел, образованный переходом грудной фасции брюшной порции большой грудной мышцы на фасции наружной косой мышцы живота и переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота.

Результаты и их обсуждение: Ни у кого из оперированных нами пациентов мы не наблюдали осложнений, связанных с опущением имплантатов или их ротацией. При зашивании раны сохранение брюшной порции оказывается полезным, так как позволяет фиксировать к ней глубокий листок поверхностной фасции сразу над верхним краем 6 ребра, что создает предпосылки для расположения рубца в субмаммарной складке. Устойчивое положение имплантатов обеспечило стабильное расположение послеоперационного рубца в субмаммарной складке и его высокие эстетические качества в течение отдаленных сроков наблюдения. Мы не нашли в литературе описание методики операции, в которой бы указывалось на необходимость сохранения брюшной порции большой грудной мышцы. Между тем, с нашей точки зрения это очень полезно, так как сохранение дистального прикрепления брюшной порции большой грудной мышцы сохраняет важную точку опоры для имплантата. Сохранение брюшной порции большой грудной мышцы препятствует смещению имплантата книзу и кнаружи, создавая push up эффект, что улучшает эстетический результат и предотвращает такие осложнения как смещение и ротацию имплантата.

**ПЕРСПЕКТИВЫ ПОЛУЧЕНИЯ БОЛЕЕ
КАЧЕСТВЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
РУБЦОВ****Зеленин Н.В., Мантурова Н.Е., Шурыгина И.А.,
Шурыгин М.Г., Гранина Г.Б.***Институт пластической хирургии и косметологии, Москва*

Проблема образования рубцов имеет особое значение для пластической хирургии, где результат операции во многом определяется качеством послеоперационных рубцов. Пока остается мечтой создание таких условий для заживления раны, чтобы она заживала без образования рубца или, чтобы рубец формировался бы с заданными свойствами. Становится очевидным, что только совершенствование хирургической техники не приведет исчезновению проблемы, и для качественного скачка нужны новые фундаментальные знания о механизмах воспаления и формирования соединительной ткани. После воздействия на рецепторы мембраны клетки начинают развиваться MAPK-каскады реакций фосфорилирования протеинкиназ, в результате чего обеспечивается передача полученного сигнала в ядро клетки. А это, в свою очередь, приводит к активации или подавлению активности определенных генов. В результате запускаются воспалительный ответ, апоптоз, деление клеток. Целью исследования стало изучение возможности управления процессом образования послеоперационного рубца путем снижения активности митогенактивируемых протеинкиназ группы p38.

Материал и методы: У 63 самцов крыс линии Wistar выполнено моделирование кожно-мышечной раны. На этой

модели изучено влияние блокатора р38 MAP-киназного сигнального каскада SB 203580 на формирование послеоперационного рубца на месте хирургической раны. При этом введение в рану SB 203580 осуществлялось в составе лекарственной пленки с медленным высвобождением действующего вещества.

Результаты исследования: Нами установлено, что снижение активности р38 MAP-киназного каскада специфическим ингибитором SB 203580 сразу после нанесения хирургической раны в значительной степени изменяет воспалительный процесс, оказывая действие на различные его фазы. При этом снижается выраженность нейтрофильной инфильтрации, подавляется выраженность фибробластической фазы воспаления, что в итоге приводит к формированию достоверно более узкого послеоперационного рубца по сравнению с группой контроля. Так у животных основной группы на 30-е сутки ширина сформированного рубца составляла 157,8 [120,11–206,45] мкм, в то время как у животных контрольной группы – 763,47 [334,1–1285,31] мкм ($p = 0,00001$). Местное действие специфического блокатора р38 MAP-киназ SB 203580 с 3-х по 30-е сутки наблюдения приводило к значительному снижению активности фибробластов и интенсивности коллагенообразования в зоне формирующегося рубца – отмечалось достоверное уменьшение содержания коллагена в сравнении с группой контроля. Иммуноморфологическими методами исследования доказано, что локальное использование блокатора р38 MAP-киназ в зоне образования послеоперационного рубца, снижает привлечение в зону повреждения прогениторных клеток фибробластического ряда, повышает фиброкластическую активность и приводит к повышению экспрессии эндоглина на поверхности фибробластов. При этом механические свойства образующегося рубца (точка перехода упругой деформации в пластическую деформацию и уровень нагрузки, который приводит к разрыву образца) на 30-е сутки после операции сильнее приближаются к показателям интактной кожи, чем группе контрольных животных. Таким образом, в нашем исследовании показано, что путем местного применения блокаторов р38 MAP-киназного сигнального каскада возможно добиться заживления кожно-мышечной раны с образованием более тонкого рубца без увеличения сроков заживления раны.

Обсуждение результатов: К настоящему времени накоплены большие знания о лечении ран, однако основная их часть имеет эмпирический или описательный характер. Пластическая хирургия определила правила нанесения разрезов и их зашивания, а также сформулировала принципы замещения дефектов тканей. Однако приходится констатировать, что пока мы только хотели бы добиться естественного неосложненного хода событий и, не мечтаем усовершенствовать природу, чтобы иметь возможность формирования рубцов с заданными свойствами в заданные сроки или заживления раны без образования рубца. MAP-киназные сигнальные каскады были сформированы в процессе эволюции и играют важную роль в таких биологических процессах как воспаление и регенерация. Эти процессы теснейшим образом связаны с развитием и перестройкой соединительнотканых структур. Мы надеемся, что понимание роли MAPK-каскадов в этих процессах открывает перспективу разработки новых способов воздействия на рост соединительной ткани, что приведет к качественному скачку в пластической хирургии.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЭКСПАНДЕРАМИ/ИМПЛАНТАМИ БОЛЬШИХ ОБЪЕМОВ ПОСЛЕ ПОДКОЖНОЙ МАСТЭКТОМИИ

Иванов В.Г., Волох М.А., Абзалева Г.Р., Сурмач А.А.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург; Федеральное государственное бюджетное об, Санкт-Петербург, Россия.

Использование экспандеров и имплантатов в реконструктивной хирургии молочной железы является наиболее частой опцией, которая предлагается женщинам после удаления молочной железы. Наряду с простотой и дешевизной данного метода, реконструкция молочных желез больших размеров имеет свои особенности, связанные с использованием больших объемов экспандеров и имплантатов, которые, в свою очередь, оказывают механическое воздействие на кожные лоскуты, вызывая ишемию последних. Как правило, ишемия развивается в нижних отделах кожного лоскута во время экстензии и наступает до развития плотной капсулы, окружающей имплантат. Основная причина ишемии в этих случаях развивается в результате механического давления большого объема жидкости на ограниченный участок кожного лоскута. С целью минимизации развития ишемических проявлений нами предложена двух/трехэтапная реконструкция молочных желез с использованием экспандеров больших объемов. Первый этап: установка экспандера и заполнение его воздухом. Второй этап: эвакуация воздуха и наполнение экспандера раствором. Второй этап является факультативным этапом, который может быть пропущен, а необходимость в его выполнении возникает в тех случаях, когда целесообразно исправить контуры молочной железы, в особенности форму нижнего контура. Третий этап: стандартная процедура замены экспандера на имплантат. По данному методу нами была выполнена операция у трех пациенток. Средний возраст пациенток составил 59,3 года (55,64 и 59 лет). Всем пациенткам по поводу рака молочной железы была выполнена подкожная мастэктомия с одномоментной установкой экспандера в препекторальном положении. Средний объем экспандера составил 666, 6 мл (550, 650 и 800 мл). На первом этапе у всех пациенток экспандер был заполнен воздухом до максимального размера. У двух пациенток с размером экспандеров 550 и 650 мл через один месяц после выполнения первого этапа воздух был полностью эвакуирован, и в полость экспандеров введен физиологический раствор. У пациентки с размером экспандера 800 мл замена воздуха на жидкость не выполнена до настоящего времени, т.к. эстетически молочная железа не имела дефектов, которые бы требовали исправления с добавлением гравитационных сил. В дальнейшем, у двух пациенток была выполнена операция по замене экспандера на имплантат. Пациентка, у которой был установлен экспандер 800 мл, до настоящего времени не прооперирована в связи с незавершенным адьювантным лечением (пациентка получает

химиотерапию). У пациенток после замены экспандера на имплантаты был отмечен хороший косметический результат. Стандартное осложнение после подкожной мастэктомии, а именно рипплинг, был зарегистрирован в этих двух случаях. Одна пациентка отказалась от выполнения очередной операции – липофиллинг. У пациентки с первоначальным объемом экспандера 650 мл липофиллинг был выполнен. Окончательный результат оценен через 6 мес. Расположение имплантата хорошее, железы симметричны. Признаков ишемии кожных лоскутов нет. У одной пациентки выполнена эвакуация жировой кисты в объеме 6 мл.

Заключение: Предложенный нами метод двух/трехэтапной реконструкции молочной железы с двухэтапным заполнением экспандера сначала воздухом, а затем жидкостью имеет значительные преимущества перед одноэтапным заполнением экспандера только жидкостью у женщин с большим размером молочных желез и использованием экспандеров больших объемов. Данный вид наполнения экспандеров подходит только для тех пациенток, которым выполнена подкожная мастэктомия, а толщина лоскута незначительная.

ПОНЯТИЕ О ЗАПЛАНИРОВАННОЙ ОШИБКЕ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Иванов В.Г., Волох М.А., Абзалова Г.Р., Сурмач А.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург; Федеральное государственное бюджетное об. г. Санкт-Петербург, Россия.

Восстановление молочной железы после мастэктомии является стандартной опцией в современной онкологии. Реконструкция удаленной железы решает несколько задач, а именно: восстановление формы, объема и положения молочной железы. Однако основной задачей реконструкции является создание максимальной симметрии со здоровой молочной железой. Поэтому при планировании реконструктивного этапа необходимо, в первую очередь, оценить объективную возможность восстановления молочной железы, а также выяснить предпочтение пациентки, а именно: какой внешний вид будущей молочной железы она ожидает: птозированный, минимально птозированный или без птоза. С точки зрения симметрии – готова ли пациентка для корректировки здоровой молочной железы или нет. Именно эти оценки должны лежать в основе плана реконструктивных мероприятий. Эта позиция является краеугольной в принятии дальнейшего решения о характере реконструктивной операции и определяет выбор метода реконструкции: собственными тканями (замещение или перемещение), с использованием экспандеров или имплантатов, а также комбинированными методами. Темой нашего обсуждения является ситуация, в которой для симметрии здоровой железы требуется выполнить ее увеличение, используя имплантат. Методика подбо-

ра имплантата в этом случае отличается от принятой в пластической хирургии и определяется не столько возможностями увеличения здоровой молочной железы, сколько возможностями растяжения кожных лоскутов с больной стороны. В силу этих особенностей возникает так называемый казус или, как мы называем, «запланированная ошибка» в подборе имплантата для аугментации, а именно: размер имплантата для аугментации, как правило, меньше того размера, который мы бы выбрали при стандартной аугментации. В силу этого наиболее часто после симметризирующей аугментации здоровой молочной железы возникает такое осложнение, как синдром водопада, или Waterfall, т.е. сваливание ткани железы по имплантату. Однако если в эстетической хирургии это осложнение является неприятным фактом, то в реконструктивной хирургии необходимо предупреждать пациенток о возможности развития такого осложнения. Корректировать данное осложнение можно только после того как будут выполнены все необходимые мероприятия с восстановленной молочной железой: липофиллинг, восстановление субмаммарной складки. Правила подбора имплантата для аугментации здоровой молочной железы в целом не отличаются от стандартных, однако, базовые характеристики имплантата для аугментации – ширина и высота имплантата – являются более значимыми, чем проекция, которой приходится жертвовать ради получения эстетически благоприятного результата. В нашей практике мы используем низкопрофильные круглые имплантаты для аугментации и высокопрофильные круглые для реконструкции. Расчет параметров, по которым осуществляется подбор имплантата для аугментации здоровой молочной железы, проводится нами с учетом параметров не столько устанавливаемого на первом этапе экспандера, сколько базовыми характеристиками имплантата, который будет установлен после удаления экспандера для реконструкции удаленной железы. Учитывается толщина кожной складки (пинч-тест), высота, ширина, проекция железы. Поэтому ширина имплантата для реконструкции должна соответствовать сумме кожной складки и ширины имплантата для аугментации.

Пример: Объем мл Ширина см Проекция см Имплантат для реконструкции, высокий профиль 350–375 11.7–12.0 4.8 Имплантат для аугментации, низкий профиль 175–200 11.3–11.8 2.3–2.4

Из представленной таблицы видно, что в обычной практике для увеличения молочной железы необходимо было бы подбирать имплантаты объемом не менее 250–300 мл от среднего до высокого профиля (в зависимости от предлагаемой линейки). Мы же используем имплантат с меньшими характеристиками.

Заключение: Подбор имплантата для симметризирующей операции здоровой молочной железы является более сложной задачей, чем для стандартной операции аугментации. Наиболее часто возникает такое осложнение, как «Водопад», которое требует коррекции либо во время второго этапа реконструкции, либо после проведения всех лечебных мероприятий как хирургического, так и терапевтического профиля.

РИППЛИНГ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕ ПРЕПЕКТОРАЛЬНОЙ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ

Иванов В.Г., Волох М.А., Абзалова Г.Р., Сурмач А.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург; Федеральное государственное бюджетное об, г. Санкт-Петербург, Россия.

Рипплинг является одной из частых проблем после аугментации молочных желез. Как правило, рипплинг развивается у пациенток с низкой массой тела, тонким слоем жировой ткани и тонкой кожей. Частота развития этого осложнения достигает 10% по данным ряда авторов. В реконструктивной хирургии молочной железы, рипплинг возникает в 100% случаев у женщин, которым выполнялась подкожная мастэктомия с одномоментной и/или двухмоментной реконструкцией молочных желез и установкой экспандера/имплантата препекторально. Как после аугментации, так и после реконструкции коррекция данного состояния заключается либо в утолщении покровных тканей – проведение процедуры липофиллинга, либо использованием специальных тканей, например Аллодерм, которыми укутывают имплантат, создавая тем самым более толстую стенку имплантата, нивелируя рипплинг. Использование искусственных материалов в клинической практике будет весьма ограничено из-за их дороговизны. Так, для укутывания имплантата объемом 350–400 мл понадобится как минимум 2 листка Аллодерма, что по розничным ценам составит порядка 7000 USD. Наиболее быстрым, дешевым и эффективным методом лечения и коррекции рипплинга является липофиллинг. Липофиллинг после замены экспандера на имплантат у пациенток, которым выполнялась подкожная мастэктомия с последующей двух/трехэтапной реконструкцией, используется в клинике с момента появления первой пациентки, которой была выполнена двухсторонняя подкожная профилактическая мастэктомия. В 2014 году пациентка К. 32 лет обратилась в клинику с просьбой выполнить профилактическую мастэктомию. Семейный анамнез женщины былотяжотен – мама умерла в молодом возрасте после лечения синхронного билатерального рака молочных желез. Поэтому пациентка настояла на выполнении профилактической операции. Пациентке была выполнена двухсторонняя подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией имплантатами. Через несколько месяцев пациентка обратилась для коррекции рипплинга с двух сторон. Было выполнено 2 сеанса липофиллинга с периодичностью в 3 месяца. Общее количество введенного жира составило 150–200 мл на один сеанс липофиллинга с каждой стороны. Контрольный осмотр через 6 мес после операции – констатирован хороший косметический результат. С 2014 года по настоящее время нами было выполнено 5 двухсторонних подкожных мастэктомий и 27 односторонних. Медиана наблюдения составила 3.5 года. У трех пациенток операция была выполнена двухэтапным методом, когда на первом этапе устанавливался экспандер, и, после образования капсулы, выполнялась замена экспандера на имплант. Одномоментно с заменой экспандера выполнялся липофиллинг с це-

лью предупреждения развития рипплинга. Липофиллинг выполнялся только в том случае, если не требовалось удалять капсулу экспандера, т.к. жир вводился между кожным чехлом и капсулой. Именно это пространство содержит жировую прослойку, в которую и вводится жир. Процедура липофиллинга выполнялась в стандартном режиме: производился забор материала на передней брюшной стенке, боковых отделах живота, внутренних поверхностях бедер. Полученный жир промывался распределялся по шприцам и вводился через канюли. Длительность процедуры составляла от 1 часа до 2.5 в зависимости от объема, получаемого жира. Среднее количество вводимого жира для одной молочной железы составило 225 мл (150–350 мл) и 430 мл для двух молочных желез. Все процедуры липофиллинга сопровождались развитием отека как молочных желез, так и донорской зоны. Практически во всех случаях развивались кровоподтеки как донорской, так и реципиентной зон. У одной пациентки в позднем послеоперационном периоде (через 6 мес после операции) развилась киста с жировым содержимым, которая была успешно эвакуирована. Получено 6 мл жидкой субстанции желтого цвета. Большинству пациенток было выполнено не более одного сеанса липофиллинга. У двух пациенток понадобилось 2 сеанса липофиллинга с промежутком в 3 месяца между процедурами. У всех пациенток отмечался хороший косметический эффект.

Заключение: Липофиллинг для коррекции такого осложнения, как рипплинг молочных желез, является стандартной, безопасной и эффективной процедурой, которая может использоваться в клинической практике у пациенток после выполнения подкожной мастэктомии с препекторальной установкой имплантатов.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ И РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИМПЛАНТАТАМИ С ПЕНОПОЛИУРЕТАНОВЫМ ПОКРЫТИЕМ (ППУ)

Ищенко А.Л.

Клиника эстетической и реконструктивной медицины «АРТИМЕДА», Москва

Очевидно, что не только разработка новых способов проведения эстетических и реконструктивных оперативных вмешательств, но и внедрение новых типов имплантатов смогут дать возможность хирургу эффективно проводить операции на молочных железах. Дефицит тканевого покрытия имеет две основные группы: Первичные и Вторичные. 1. Первичные (не ятрогенные); 2. Вторичные (ятрогенные). В условиях дефицита тканевого покрытия хирургами традиционно используются имплантаты с памятью формы, заполненные плотным гелем. Данные имплантаты позволяют решить проблему складчатости, но их плотность мало соответствуют плотности тканей молочных желез. Возникает дальнейшее «пролеживание» и еще большее истончение тканей. Следующая проблема-это птозы молочных желез. При классическом (Т-образном или якорном) способе мастопексии и при использовании способа вертикального раскроя по Лежур есть ряд недостатков, основным явля-

ется повышенное рубцеобразование. При циркулярной маммопластике («кисетный» способ) рубцов образуется мало, период реабилитации короткий. Но он эффективен лишь для коррекции груди со слабо выраженной степеньюптоза (I-II). Грудь имеет уплощенную форму, а вокруг САК остается грубый рубец, который требует последующей коррекции. Линейки сверхвысокопрофильных форм имплантатов с ППУ позволяют добиться хорошего эстетического результата, при использовании циркулярной маммопластики, которая оставляет едва видимый рубец вокруг ареолы. Имплантаты с ППУ имеют еще ряд преимуществ по сравнению с текстурированными:

1. Нет необходимости использовать «твердый» гель-наполнитель в имплантатах для предотвращения образования волн и складок на оболочке.
2. ППУ способствует росту собственной фиброзной ткани, толщина и качество которой позволяет получить дополнительный объем тканевого покрытия имплантата.
3. ППУ относится к медленно биodeградирующим (8–15 лет), причем характер образовавшейся фиброзной ткани не меняется. Ее объем и направление волокон препятствуют смещению их в линейной плоскости относительно друг другу, что является основной причиной сжатия капсулы имплантата и маммарного фиброза.
4. Вращение ППУ покрытия способствует снижению избыточной подвижности имплантата, которая является постоянным механическим раздражителем, что приводит к образованию маммарного фиброза. Наш опыт охватывает период около 15 лет применения имплантатов с ППУ покрытием. Все пациентки в предоперационном периоде и на сроке 3, 6 и 12 месяцев после операции проходили обследование маммолога с обязательным ультразвуковым исследованием.

В качестве ВЫВОДОВ и ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ, хотелось бы остановиться на ряде особенностей оперативной техники выполнения маммопластики с применением имплантатов с ППУ покрытием.

1. Маммопластика с применением имплантатов данного типа требует более тщательного предоперационного планирования, по сравнению с текстурированными имплантатами, так как они обладают более быстрой фиксацией в тканях. Коррекция положения имплантов с помощью белья – невозможна. Оперативная коррекция требует замены имплантата на аналогичный.
2. Размеры ложа для установки анатомических сверхвысокопрофильных имплантатов с ППУ покрытием должны на 10–20% превышать размеры имплантата для того чтобы скрыть тканями ребро жесткости имплантата, идущее по его периметру.
3. В большинстве случаев, появляется возможность отказаться от каплулоэктомии и выполнить томию с последующей постановкой имплантата с ППУ.
4. При условно инфицированном ложе, можно пропитать ППУ покрытие растворами антибиотиков и антисептиков.
5. Установка имплантатов с ППУ покрытием должна производиться через периареолярный и субмаммарный доступы. Аксилярный доступ должен производиться только с эндоскопическим видеоассистированием. Надеемся, что наш скромный опыт поможет и пациентам, и хирургам добиться желаемых результатов в таком сложном разделе эстетико-реконструктивной хирургии как МАММОПЛАСТИКА.

ВОЗМОЖНОСТИ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ЛИФТИНГА ЛИЦА ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ ДИССЕКЦИИ ТКАНЕЙ

Казанцев И.Б., Цуканов А.И., Серяков В.И.

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Томская областная клиническая больница», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Актуальность: Мини-фейслифтинг с ограниченной отслойкой кожно-жирового лоскута является менее инвазивной операцией, чем традиционные подтяжки лица, что способствует быстрому восстановлению и уменьшению послеоперационных рисков.

Цель: Определить возможности минимально инвазивного лифтинга лица при ограниченной диссекции тканей у пациентов с различными типами лица.

Материалы и методы: В условиях отделения реконструктивной и пластической хирургии ТОКБ, а также отделения хирургии Частной клиники №1 г. Томска, в период с 2014 по 2018 года было прооперировано 77 пациентов (74 женщины и 3 мужчины), которым выполняли различные типы мини-лифтингов лица, в зависимости от персональных особенностей тканей лица (классификация по Baker). В предоперационном периоде проводили стандартное обследование, выполняли предоперационное фотографирование и разметку. Операции выполняли под местной инфильтрационной анестезией 21 случай, тотальной внутривенной анестезией в 47 случаях, эндотрахеальным наркозом в 9 случаях. Период пребывания в стационаре составил от 24 до 48 часов.

Результаты: В результате выполненной работы были выявлены следующие варианты подтяжек лица с ограниченной диссекцией тканей: 1. Эндоскопическая селективная подтяжка. Данный тип операции выполняли пациентам с 1 типом лица по Baker, которые не желали видимых рубцов, имели незначительные проявления гравитационногоптоза. Выполняли разрез 4 см в области виска выше скуловой дуги на 2 см, проводили подкожную диссекцию до границы нижней челюсти снизу, до пятна МакГрегора медиальнее и козелка ушной раковины латеральнее. Под контролем эндоскопа выполняли гемостаз, затем фиксацию отмеченных точек (за поверхностную мышечно-апоневротическую систему – ПМАС) нижней и средней трети к статичным структурам лица (скуловая дуга, глубокая височная фасция). Выполняли дренирование карманов на 24 часа. В послеоперационном периоде компрессия 4 недели. 2. Минимально инвазивный фейслифтинг с пликацией ПМАС. Выполняли большинству пациентов с различными типами лица по Baker. После инфильтрации выполняли иссечение кожи и подкожной клетчатки, «сухую» диссекцию лоскута боковой поверхности лица. Затем выполняли пликацию, погружая в узловыешвы от 1 до 3 см ПМАС в косом и вертикальном направлении. Кожа при этом, раскладывалась без натяжения, ушивалась с оставлением резиновых дренажей на 1 сутки. В послеоперационном периоде компрессия 4 недели. 3. Минимально инвазивный фейслифтинг с подтяжкой лоскутами ПМАС. Данный тип операции выполняли пациентам с IV типом старения лица по Baker.

Выполняли стандартный предушной разрез, диссекцию кожно-жирового лоскута в пределах боковой поверхности лица. Затем выделяли 2–3 продольных лоскута ПМАС с их фиксацией к височной фасции, скуловой дуге и сосцевидной фасции. Затем производили иссечение избытков кожи. Ушивание раны с дренированием резиновыми выпускниками. В послеоперационном периоде компрессия 4 недели. 4. Минимально инвазивный лифтинг лица с липосакцией. Выполняли пациентам с наполненными жировыми пакетами лица. Выполняли липоаспирацию подподбородочной области и шеи, а также липосакцию щек и брылей, затем выполняли минимально инвазивный фейслифтинг с пликацией ПМАС. 5. Минимально инвазивный лифтинг лица с липофиллингом. Выполняли пациентам, у которых отмечались атрофические явления мягких тканей, преимущественно с уменьшением их проекции. Выполняли забор аутологичной жировой ткани с внутренней поверхности бедер, передней брюшной стенки. Липоцентрифугат подвергался декантации и аппаратному центрифугированию при 1000 оборотах в минуту 2 минуты. Выполняли липографтинг скуловой, височной и периорбитальной областей, контура нижней челюсти. Затем минимально инвазивный фейслифтинг с пликацией ПМАС. В послеоперационном периоде компрессия 4 недели. Сроки реабилитации при данных типах вмешательств составили от 15 до 45 суток. К трудовой деятельности пациенты возвращались с 4–14 дня после операции. При избыточном натяжении ПМАС в 6 случаях отмечали симптомы неврита ветвей лицевого нерва, проходящие на фоне системной противовоспалительной терапии в течение 8–48 часов. Раневых осложнений не наблюдали.

Выводы: Многообразие вариантов минимально инвазивных лифтингов лица позволяет персонализировать выбор методики. Легкая реабилитация, а также положительный результат операций обуславливают широкое применение их в практике пластического хирурга.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТАНДАРТНЫХ И ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Калиновский Д.К.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк

Особенности реконструкции посттравматических и послеоперационных (пострезекционных) дефектов средней зоны лица в первую очередь связаны с ее анатомическими особенностями, которые предполагают восстановление трехмерного объема утраченных тканей, а также в большинстве случаев сопряжены с функциональными нарушениями органа зрения вследствие смещения глазного яблока при нарушении целостности нижней стенки и дна орбиты. В связи с этим, используемые для реконструкции трансплантаты (имплантаты) должны максимально точно восстанавливать форму и объем тканей в области дефекта. Современные достижения компьютерной диагностики, моделирования и прототипирования позволяют решить

эту проблему путем использования шаблонов для моделирования стандартных имплантатов, либо создавать индивидуальные имплантаты, принимая в качестве основы анатомические ориентиры здоровой (неповрежденной) стороны.

Цель: Проанализировать результаты хирургического лечения дефектов костей средней зоны лица с использованием стандартных и индивидуальных имплантатов.

Материал и методы: Нами проведен анализ историй болезней и данных антропометрических и рентгенологических (рентгенограмм и КТ) исследований 83 пациентов с дефектами костей средней зоны лица, находившихся на стационарном лечении в клинике челюстно-лицевой хирургии ЦГКБ №1 г. Донецка за период с 2002 по 2018 гг.

Результаты исследований: При реконструкции дефектов костей средней зоны лица в большинстве случаев (78 пациентов) использовались стандартные имплантаты (пластины различной формы и размеров) из титана производства «КОНМЕТ» (г. Москва, РФ), которые адаптировались к особенностям дефекта интраоперационно, путем придания им соответствующих размеров и формы. В 4 случаях для восстановления утраченных костных тканей нами использованы индивидуальные имплантаты из титана производства «КОНМЕТ» (г. Москва, РФ), изготовленные с использованием технологий компьютерного моделирования и прототипирования. В 1 случае для реконструкции посттравматического дефекта нижнего края и дна орбиты использовался индивидуальный имплантат из РЕЕК (ПЭЭК – полиэфирэфиркетон), созданный с использованием CAD/CAM технологий путем компьютерного моделирования утраченных тканей по данным неповрежденной стороны с последующим изготовлением имплантата согласно данным STL файла.

Выводы: 1. Анализ использования стандартных и индивидуальных имплантатов при реконструкции дефектов костей средней зоны лица показал, что оптимальным с точки зрения восстановления анатомической формы утраченных тканей, функции и эстетики является применения индивидуальных имплантатов. 2. Бурное развитие и повсеместное внедрение компьютерных технологий позволяет максимально точно и в короткие сроки создавать индивидуальные имплантаты из различных материалов, включая биоинертный титан и биоактивный РЕЕК. 3. Хорошие механические свойства и биосовместимость РЕЕК позволяют рекомендовать его в качестве альтернативы титану при изготовлении индивидуальных имплантатов.

ПОРЯДКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НЕСТАНДАРТНЫХ СЛУЧАЯХ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Коморник Е.А.

Центр косметологии и пластической хирургии им. С.В. Нудельмана, Екатеринбург

Абдоминопластика, несмотря на «простоту» выполнения, имеет большое число осложнений. Определяющим является не выполнение стандартов подготовки и нарушение техники операции. Разнообразие клинических ситуаций при абдоминопластике актуализирует необходимость соблюдения порядков и выполнения стандартов. Целью работы яви-

лось проведение оценки соответствия на основании приказа № 555Н от 30.10.2012 г. Порядки оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия».

Клинический разбор случая 1: При первичном осмотре выявлено: ожирение III ст. экстремальная стадия, артериальная гипертензия и гипергликемия. В связи с отягощенным анамнезом и наличием сопутствующих заболеваний направлена на консультацию к врачам: эндокринолог, гастроэнтеролог, кардиолог, диетолог, дерматолог. Проведено дополнительное обследование: УЗИ вен и брюшной полости, триглицериды и ЛПВП, гликемический профиль, С-реактивный белок. После обследования выставлен клинический диагноз: Экстремальное ожирение. Метаболический синдром. ЖКБ: хронический калькулезный холецистит. Вентральная грыжа. Гигантский кожно-жировой фартук. Хронический эрозивно-язвенный дерматит складки фартука живота. Подготовка к операции составила 8 месяцев, включающая нормализацию углеводного и липидного обмена с подбором антикоагулянтных и гипотензивных препаратов с динамическим контролем биохимических и клинических показателей. Выполнена операция: лапароскопическая холецистэктомия, липодермэктомия (масса удаленного лоскута 21 кг), герниопластика. Эстетические результаты через 4 месяца и 4 года после операции.

Клинический разбор случая 2: При осмотре выявлены послеоперационные деформации передней брюшной стенки после снижения веса и выполненной впоследствии вне экспертных рекомендаций («стандартов») абдоминопластики. Направлен на дополнительное обследование в связи с наличием в анамнезе тромбоза глубоких вен голени: УЗИ вен, брюшной стенки, консультация сосудистого хирурга. Клинический диагноз: птоз торса, вторичная деформация передней брюшной стенки. Выполнена операция лифтинг торса, вторичная абдоминопластика во время которой выявлены атипичные изменения тканей подкожно-жировой клетчатки и апоневроза, что потребовало удаления новообразований, с последующим проведением гистологического и гистохимического исследования с целью дифференциальной диагностики рубцовых изменений со злокачественным фиброматозом. Эстетические результаты через 2 месяца после операции.

Выводы: Клиническое обследование, его расширение в связи с сопутствующей патологией и разрешение соответствующих специалистов на проведение операций по эстетическим показаниям является абсолютным приоритетом (Пр. 555Н). Разнообразие вариантов деформаций определяет необходимость утверждения стандартных протоколов операции. Все ткани, удаленные во время операции (молочная железа, рубцы, новообразования), должны быть направлены на гистологические исследования в полном объеме.

МОЙ 17-ЛЕТНИЙ ОПЫТ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ФОРМЫ И ОБЪЕМА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ СИЛИКОНОВЫМИ ИМПЛАНТАМИ

Кононец О.А.

Клиника «МедЛаз», Москва

Эндопротезирование молочных желез является одной из наиболее популярных эстетических операций в мире.

Стабильность эстетического результата этой операции зависит от многих факторов: состояния покровных тканей пациентки, веса, формы и конструкции самого имплантата, взаимодействия оболочки имплантата с окружающими тканями, хирургической техники, ведения послеоперационного периода. Изучение факторов, влияющих на стабильность результатов увеличивающей маммопластики, стало целью нашей работы. Нами было обследовано 504 пациентки, обратившихся по поводу увеличения молочных желез, замены и удаления силиконовых имплантатов. Среди них наибольшее количество составили пациентки с послактационной инволюцией молочных желез после родов, с различными врожденными деформациями и недоразвитием молочных желез, а также пациентки, обратившиеся по поводу замены имплантатов из-за потери формы и вторичного птоза молочных желез, капсульной контрактуры, разрыва имплантатов. В процессе исследования нами были применены следующие методы исследования: клинический, метод акустического сканирования мягких тканей молочных желез, ультразвуковой метод исследования, маммография, компьютерная томография, патоморфологический: макро- и микроскопия, экспериментально-лабораторный. В ходе работы была выявлена роль конструкции силиконовых имплантатов в хирургической коррекции формы и объема молочных желез, в том числе в долгосрочной перспективе. Также была разработана собственная хирургическая техника установки анатомических макротекстурированных имплантатов молочных желез, которая позволила добиться оптимального и стабильного эстетического результата с минимальным риском ротаций и капсульных контрактур. Одновременно была отработана методика коррекции 1–2 степени птоза молочных желез с помощью имплантатов без дополнительного использования техники Т-образной или вертикальной мастопексии. Выявлены особенности хирургической тактики при замене имплантатов молочных желез при капсульной контрактуре и вторичном птозе. Это позволило получить оптимальные стабильные эстетические результаты при хирургической коррекции формы и объема молочных желез силиконовыми имплантатами и минимизировать риск осложнений (сроки наблюдения в отдаленном периоде составили 15 лет).

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ПОЛИТРАВМЫ С УЧАСТИЕМ ПЛАСТИЧЕСКОГО ХИРУРГА (НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА 2 ЛЕТ)

Коростелев М.Ю., Стариков О.В., Грицкова Е.Н., Новиков К.И., Шихалева Н.Г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава РФ, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная детская клиническая больница», Челябинск

Вопрос хирургической тактики и стратегии лечения серьезных повреждений конечностей, сопровождающихся множественными переломами, размождением мягких тканей, разрывами сосудисто-нервных пучков, настоль-

ко многогранен, что не может быть решен врачом одной специальности. В травматологии сегодняшнего дня явно прослеживаются два пути решения этой проблемы. Первый вариант – максимально раннее удаление тканей с сомнительной жизнеспособностью по уровню травматизации сосудисто-нервных стволов с формированием ампутированных культей и последующим протезированием. Второй вариант – это путь максимально раннего восстановления поврежденных магистральных сосудистых структур с последующим длительным органосберегающим лечением и реабилитацией. Есть много сторонников, как у первого, так и у второго вариантов. И, если первый вариант отрабатывался военно-полевой хирургией еще со времен наполеоновских войн, и не вызывает сомнений в условиях масштабных военных действий и при лечении пожилых людей с массой сопутствующих патологий, то этот подход при лечении молодых людей и особенно детей в мирное время не столь однозначен. На примере тяжелой сочетанной травмы у ребенка двух лет, мы постараемся разобрать тактику, стратегию и проблемы, возникающие при органосберегающем лечении таких пациентов.

Цель работы: привлечь медицинскую общественность к нерешенным вопросам организации, диагностики и тактики лечения больных с обширными размозжениями тканей конечностей.

Материал и методы: В качестве клинического примера хотим представить опыт лечения больной И., 1 год 4 мес, по ногам которой проехал легковой автомобиль. Через 2,5 часа ребенок был доставлен в Областную клиническую больницу г. Челябинска. Клинический диагноз: Политравма, ушиб головного мозга, множественные переломы нижних конечностей: чрезвертельный перелом левой бедренной кости, открытый поперечный перелом левой голени в верхней трети, перелом дистального метадиафиза правого бедра, кривой перелом костей правой голени в нижней трети, обширная рана с циркулярной отслойкой покровных тканей (13% от площади поверхности тела) правого бедра и голени с повреждением сосудисто-нервного пучка на уровне средней трети бедра, размозжением мышц бедра и голени; декомпенсация кровообращения на правой стопе, геморрагический шок 3 степени. Степень тяжести травмы по шкале Injury Severity Score (ISS) (Baker S. P. et al., 1974) – крайне тяжелая, индекс травмы (Kirkpatrick J. R., Youmans R. L., 1971) – 12 (тяжелое повреждение). На первом этапе выполнена ПХО ран, первичный шов бедренной артерии и вены. Затем в условиях Областной детской клинической больницы г. Челябинска на протяжении двух месяцев выполнялось комплексное лечение, включающее интенсивную терапию в отделении реанимации, этапные максимально щадящие хирургические вмешательства с использованием современных методов (временные покрытия ран, вакуум ассистированное лечение, различные виды аутопластик в сочетании с внеочаговым остеосинтезом). Результатом первого этапа лечение явилось заживление обширных раневых дефектов у ребенка, сохранение жизнеспособности и частично опороспособности правой нижней конечности. Второй этап лечения проходил в ФГБУ РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова, где выполнялось устранение имеющихся посттравматических деформаций правой нижней конечности. Таким образом, ребенок который едва не лишился не только нижних конечностей, но и жизни, постепенно возвращается к обычной жизни.

Выводы: На примере лечения данного пациента были сформулированы следующие организационные предложения:

1. Пациенты с политравмой должны переводиться реанимобилями в многопрофильные стационары в течение 2–3 часов до наступления необратимых изменений в тканях. Это частично решено с введением в практику травм центров различных уровней.
2. Необходимо участие в работе травмцентров I уровня пластических хирургов, специалистов, владеющих микрохирургической техникой.
3. Назрела необходимость в формировании КСГ и определении видов операций по пластической хирургии, оплачиваемых в системе ОМС.
4. Целесообразно рассмотреть возможность оплаты пациентов с тяжелой политравмой в системе ОМС по фактической стоимости затрат, что позволит, без значимого увеличения финансирования, обеспечить максимально эффективное лечение.

МЕТОДИКИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РИНОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ, ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ И ДЕФЕКТАМИ НОСА

Короткова Н.Л., Сафьянова Е.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород

Современный подход к лечению пациентов с врожденными аномалиями и приобретенными деформациями и дефектами носа предусматривает восстановление анатомической целостности этого сложного и уникального образования и его функции, а также достижения возможного эстетического результата. Многочисленные виды повреждений, возникающие в результате травм и ожогов, аномалии развития, многообразие форм и пропорций носа, присущие представителям различных рас, гендерные особенности и даже тенденции моды обуславливают высокую сложность хирургического вмешательства и необходимость использования как современных методов реконструктивной хирургии, так методик эстетической ринопластики.

Цель работы – на основании анализа результатов лечения больных с врожденными аномалиями, приобретенными деформациями и дефектами носа показать эффективность комплексного применения методик реконструктивной и эстетической хирургии для получения оптимального анатомического, функционального и эстетического результата. Материалы и методы: Под нашим наблюдением в 2010–2018 гг. находилось 145 пациентов с врожденными аномалиями, посттравматическими деформациями и дефектами носа: 63 пациента оперированы по поводу последствий ожоговой травмы, 74 пациента оперированы по поводу последствий механических травм, в том числе после неудачных эстетических операций, 8 пациентов оперированы по поводу вторичных деформаций губы и носа после врожденных расщелин. Клинические методы включали сбор анамнеза, оценку жалоб и объективного состояния пациентов, наличия функциональных и эстетических нарушений. Выбор

метода хирургического лечения у больных с последствиями ожогов проводили в соответствии с разработанными алгоритмами (Короткова Н.Л., Иванов СЮ, 2012). Применяли пластику местными тканями, полнослойным кожным трансплантатом, лоскутами на питающей ножке из окружающих областей и отдаленных участков тела. У пациентов с частичными дефектами носа (кончика, крыльев) наряду с традиционными методами реконструкции больных, пострадавших от ожогов (комбинированной кожной пластики, заключающейся в опрокидывании рубцового лоскута крыла носа с последующей пластикой образовавшегося дефекта полнослойным трансплантатом, пластики лоскутами из смежных областей) использовали методы эстетической ринопластики. Так у пациентов с крупным носом проводили резекцию костно-хрящевого горба и цефалических отделов крыльчатых хрящей, что позволяло уменьшить размер костно-хрящевого остова носа и переместить кожу в область утраченных крыльев. В структуре пациентов с последствиями механических травм преобладали пациенты с дефектами различных отделов носа и посттравматическими деформациями его костного и хрящевого остова. У пациентов с крупным носом и небольшими дефектами или посттравматическими рубцами в план операции включали редукционную ринопластику (удаление костно-хрящевого горба, уменьшение хрящевого отдела носа). Это позволяло уменьшить размер кожного дефекта, который, как правило, замещали путем пластики местными тканями. Для коррекции выраженных несимметричных деформаций спинки носа использовали резецированные хрящи, стандартные и индивидуальные имплантаты. Для изготовления индивидуального имплантата из политетрафторэтилена данные МСКТ черепа преобразовывали в виртуальную 3D-модель, также виртуально моделировали имплантат спинки носа в соответствии с особенностями деформированной спинки носа и пожеланиями пациента. У пациентов, имевших вторичные деформации губы и носа после врожденных расщелин, коррекция также проводилась путем сочетания реконструктивных вмешательств с приемами эстетической ринопластики.

Результаты и их обсуждение: У всех оперированных пациентов получен положительный результат, во всех случаях удалось добиться улучшения функционального и эстетического состояния. Применение методов эстетической ринопластики позволяет уменьшить размер существующего дефекта тканей, рационально и бережно использовать собственный пластический материал пациента, а также получать более красивую и гармоничную форму носа, чем исходная до получения травмы.

НОВЫЙ СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Крайник И.В., Апостолиди К.Г., Бекша И.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова», Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова», Санкт-Петербург, Москва

Операция септопластика является доминирующей в ринологии, а необходимость восстановления скелета septum не вызывает сомнений. В качестве пластического материала

для этих целей применяют аутокани, аллотрансплантаты и синтетические материалы.

Нами разработан новый метод полного восстановления скелета septum, используя фрагменты измельченного аутохряща или мелких хрящевых пластинок и обогащенную тромбоцитами плазму (PRP) аутокрови. Перед операцией кровь пациента центрифугируем. Деформированные фрагменты четырехугольного хряща измельчаются или рассекаются на ровные мелкие пластинки и помещаются в аутоплазму. Для ее полимеризации в емкость добавляется катализатор (10% CaCl₂ из расчета 4 капли на 1 мл плазмы). Сформировавшиеся через некоторое время тромбоцитарно-фибриновые свертки обволакивают хрящевые фрагменты, их отжимаем, подсушиваем и получаем оформленный белково-тромбоцитарно-хрящевой аутоотрансплантат (БТХА) толщиной 1–2 мм, который помещаем между листками мукоперихондрия. Завершается операция традиционной тампонадой обеих половин носа или установкой сплинтов и тампонадой. Наши исследования показали, что в течение недели из белковой оболочки аутоотрансплантата выделяются тромбоцитарные факторы роста, способствующие активной его интеграции между листками мукоперихондрия. Прооперировано 220 пациентов, 120 по авторской методике, 100 традиционным способом. С применением БТХА получены лучшие клинические и функциональные результаты, отмечено меньшее количество осложнений. В контрольной группе перфорацию septum наблюдали у 3 больных, возникновение гематом и кровотечений у 7, затруднение носового дыхания из-за вторичной деформации septum – у 5. Измельченные в дробилке фрагменты хряща в течение года резорбируются. Хрящевые пластинки с сохраненной текстурой резорбции не подвергаются.

ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМЫ С ЦИТРАТОМ НАТРИЯ ДЛЯ ПЛАЗМОТЕРАПИИ

Крайник И.В., Ильин А.В., Соловьева Т.С., Крайник А.И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова», Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский центр эндокринологии», Медицинский центр «МЕДСИ», Санкт-Петербург, Москва

В отечественной и зарубежной литературе появляется все больше работ, посвященных использованию плазмы в регенеративной медицине. До сих пор нет единого мнения об использовании консервантов, единой технологии использования, единой терминологии. Роль кровяного свертка в регенерации поврежденных тканей отмечал Н.И.Пирогов (1841), не имея представления о тромбоцитарных факторах роста (ТФР). Стимулирование регенеративных процессов осуществляется по аутокринному и паракринному механизмам действия на ткани. К настоящему времени известно более 20 тромбоцитарных и тканевых факторов роста. Наиболее изученным ТФР является PDGF. Его концентрация в плазме составляет 500–550 пикограмм (pg) на мл. Изучили содержание PDGF в сыворотке после образования белкового свертка и его перси-

стенцию в физраствор через 1,2,3,4 и 7 суток из отжато-го свертка. Использовался иммуно-ферментный метод и набор реактивов set of reagents HUMAN PDGF-AB (R&D systems). Концентрация PDGF составляла 28000–35000 pg на мл вне зависимости от цитрата натрия или гепарина как консерванта. Было выявлено, что выделение ТФР из отжатого свертка, полученного из 1 мл плазмы, отмечается в течение всего периода исследования, наиболее интенсивно в первые двое суток. Разработан способ ревитализации кожных покровов лица, кистей и тела с использованием активированной тромбоцитарной аутоплазмы с цитратом натрия. После центрифугирования крови эритроциты удаляются, плазма активируется и вводится интрадермально. В качестве активатора использовался 10% р-р хлористого кальция 4 капли на 1 мл плазмы. Под активацией плазмы подразумеваем образование белкового свертка с вовлечением тромбоцитов и их дегрануляцией и выделением ТФР. По нашей технологии этот процесс происходит уже после введения плазмы в ткани, что подтверждено микроскопическими исследованиями. Именно эту технологию можно назвать плазмотерапией, так как используются все компоненты плазмы, действие которых является пролонгированным. Полученные результаты позволяют широко рекомендовать обогащенную активированную плазму с цитратом натрия в регенеративной медицине.

ВЕРТИКАЛЬНАЯ МАММОПЛАСТИКА С ПОЛНЫМ СОХРАНЕНИЕМ ОБЪЕМА ТКАНИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кунпан И.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Подтяжка молочных желез или мастопексия является достаточно распространенным вмешательством, так как позволяет решить проблему птоза молочных желез исключительно собственными тканями. Существует множество хирургических методов разработанных для решения этой проблемы и одна из самых распространенных, это вертикальная маммопластика. Для придания максимально красивой формы и округлости молочной железы, во время операции приходится удалять небольшие участки ткани железы. Была поставлена цель разработать вариант операции с полным сохранением ткани молочной железы. Операции выполнялись на базе клиники «Золотое сечение», являющейся базой Ставропольского государственного медицинского университета. Новый вариант мастопексии был достигнут путем оригинальной выкройки передне-нижнего лоскута железы единым блоком и применен у 21 пациентки. Осложнений отмечено не было. Длительность операции уменьшилась. Основная цель сохранения максимального объема была достигнута. Была подана заявка на получение патента РФ на изобретение, в настоящее время проводится экспертиза по существу.

Вывод: разработанный способ коррекции птоза молочных желез позволяет эффективно достигать поставленную цель с сохранением всего объема молочных желез.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ РЕСТРИКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Куприн П.Е., Фишман М.Б.

Клиника доктора Куприна, Санкт-Петербург

Введение: Известно, что ожирение и сопутствующие его заболевания охарактеризованы ВОЗ как эпидемия XXI века. Данный факт оказывает непосредственное влияние на бурное развитие бариатрической хирургии. Как альтернатива первым шунтирующим операциям на кишечнике были предложены различные виды рестриктивных операций на желудке, большинство из которых со временем себя не оправдали. В мире в последние 15 лет среди всех рестриктивных операций на желудке, самое широкое применение получила операция лапароскопического регулируемого бандажирования желудка (ЛРБЖ). Материал и методы. Представлены результаты лечения 313 пациентов с ожирением и метаболическим синдромом (МС). После операции ЛРБЖ отслежено 287 пациентов в отдаленные сроки наблюдения до 8 лет. После операции ЛПРЖ – 26 пациентов, в отдаленные сроки наблюдения до 1,5 года (в клинике данная операция выполняется с октября 2007 года). В группе ЛРБЖ средний возраст пациентов составил 37 лет (от 16 до 60). Женщин было 232 (81%), мужчин – 56 (19,5%). Средний дооперационный ИМТ составил 42 кг/м² (от 35 до 54 кг/м²). В группе ЛПРЖ было 25 женщин и 1 мужчина, средний возраст составил 31 год (26–37), ИМТ находился в пределах 41–56 кг/м². Эффективность операций оценивалась по воздействию на ИМТ и основные составляющие метаболического синдрома (МС): артериальную гипертензию (АГ), сахарный диабет 2 типа (СД 2), липидный спектр. Операция ЛРБЖ выполнялась традиционно, с применением так называемой «pars flaccida technique» и максимально высокой установкой бандажа (в области желудочно-пищеводного перехода). Операция ЛПРЖ имела свои особенности. Так, мобилизация желудка проводилась по большой кривизне и задней его поверхности на всем протяжении на 3–4 см проксимальнее привратника к углу Гиса и левой диафрагмальной ножки. Резекция желудка проводилась вдоль малой кривизны на ширину калибровочного зонда 34 French с интракорпоральной перитонизацией всей линии шва. В результате из желудка формировалась тонкая «трубка» с объемом до 100 мл. Результаты. В первые два года наблюдения после операции ЛРБЖ у 141 (72,6%) больных уровень сахара крови нормализовался, у 90 (50,5%) нормализовались цифры АД. ИМТ находился в пределах от 26 до 38 кг/м² с той же тенденцией в течение всего периода наблюдения. Осложнения отмечены у 37 (12,8%) пациентов, среди которых у 21 (7,3%) случаев имелось смещение бандажа «Slippage». Операция была максимально эффективна в возрасте до 39 лет, при исходном ИМТ ниже 45 кг/м². Длительность операции ЛПРЖ составила в среднем 105 минут (70–130). В течение первых двух месяцев после операции масса тела снизилась на 22–34 кг, к году наблюдения – потеря массы тела замедлялась, стабилизировалась и составила 43–56 кг, отмечено хорошее воздействие операции на сопутствующие ожирению заболевания. Даже после получения незначительного (для мировой практики) опыта применения данной операции мы можем утверждать, что опера-

ция ЛПРЖ обладает множеством положительных сторон, обусловленных новой анатомией желудка: отсутствием в организме инородного материала (силикона), значительно более комфортным питанием, чем после ЛРБЖ, быстрым снижением массы тела после операции, отсутствием зависимости от дополнительных манипуляций с системой бандажа и от ее состояния (перекрута регуляционного порта, инфицирования, эрозии, slippage и др.). ЛПРЖ является эффективной, высокотехнологичной бариатрической операцией и может быть альтернативой всем рестриктивным операциям на желудке. Выполнение «открытой» продольной резекции желудка нецелесообразно, поскольку лапароскопический вариант операции (после освоения методики) технически проще, время выполнения операции короче, сохраняются все преимущества метода, позволяющие избежать отрицательных моментов и осложнений, связанных с традиционной операцией.

Выводы: 1. ЛРБЖ является эффективным способом лечения больных ожирением и МС у больных с ИМТ до 43–45 кг/м² в молодых возрастных группах. 2. ЛПРЖ можно рассматривать как альтернативу всем бариатрическим вмешательствам у пациентов с ИМТ до 45 кг/м² в любом возрасте. Операция может быть рекомендована непосредственно пациентам, которым по каким-либо причинам не подходит операция ЛРБЖ, пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, когда риск выполнения более сложной операции крайне высок (как первый этап билиопанкреатического шунтирования – LDS).

РЕДЕРМАНЕЙРОЛИФТИНГ: УЛУЧШЕНИЕ ЭСТЕТИЧЕСКОГО ВИДА КОЖИ В 1 ПРОЦЕДУРУ

Машкина А.С.

Институт «Hyalual», Москва

При работе с возрастной кожей для достижения хорошего эстетического результата необходим курс процедур. В рамках современных реалий все большее количество пациентов хотят пройти эффективную процедуру однократно или готовы выполнять профилактические меры с определенным временным интервалом. Редерманейролифтинг – комбинированная инъекционная методика омоложения зоны декольте, сочетающая одновременное применение ботулинотоксина, высокомолекулярной гиалуроновой кислоты и сукцината натрия. Редерманейролифтинг направлен на борьбу с различными звеньями патогенеза старения: ботулинотоксин способствует расслаблению миофибрилл кожи, высокомолекулярная гиалуроновая кислота способствует уменьшению хронического воспаления дермы, связанного с фотостарением и уменьшает уровень матричных металлопротеиназ, сукцинат натрия устраняет энергетический дефицит фибробластов и уменьшает содержание матричной металлопротеиназы-2, разрушающей эластин и белки внеклеточного матрикса. Цель исследования: изучить эффективность процедуры «Редерманейролифтинг» для улучшения эстетического вида кожи.

Материалы и методы: Процедура была предложена 17-ти пациентам в возрасте от 32 до 56 лет с жалобами на морщины, сухость и неоднородный цвет кожи лица и зоны декольте, наличие пигментных пятен. Перед процеду-

рой все пациенты прошли обследование состояния кожи на аппарате «Антера 3D». В одном шприце посредством переходника аккуратно смешивались 30–60 ЕД 500 ед. единичного токсина и 1 мл препарата комбинированной гиалуроновой кислоты и сукцината натрия. Инъекции проводились интрадермально микропапульной техникой по линиям натяжения кожи зоны лба, периорбитальной области, периоральной зоны, шеи, зоны декольте и кистей рук. Редерманейролифтинг является разовой процедурой, которую возможно повторить через 3–4 месяца.

Результаты: Результаты оценивались через 2 недели после процедуры при анализе фотодокументов, а также на основании субъективных ощущений пациентов. Все пациенты были удовлетворены проведенной процедурой, отмечали уменьшение морщин и кожных заломов в зоне декольте, лба, наружного угла глаза, вокруг губ, улучшение тонуса кожи кистей рук, а также выравнивание цвета кожи в зоне проводимой процедуры. При сравнении фотографий, сделанных на аппарате Антера 3D до и через 2 недели после процедуры, отмечались: уменьшение глубины мелких и средних морщин более чем на 25%, улучшение текстуры кожи более чем на 20%, уменьшение количества пигментных пятен.

Выводы: Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что редерманейролифтинг может быть успешно использован для быстрого и деликатного улучшения эстетического вида кожи различных зон. Наибольшую эффективность метод показывает у пациентов с начальными и умеренными проявлениями старения в зоне декольте. Процедура может являться как профилактической, так и лечебной.

УСТАЛЫЙ ВЗГЛЯД: ИНЪЕКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ МЕШКОВ И ТЕМНЫХ КРУГОВ ПОД ГЛАЗАМИ

Машкина А.С.

Институт «Hyalual», Москва

Периорбитальная область является одной из наиболее востребованных в коррекции лица. Темные круги и мешки под глазами встречаются в практике врача-косметолога каждый день и среди пациентов разных возрастных групп. Концепция «Усталый взгляд» включает коррекцию мешков и/или темных кругов под глазами, нависающего верхнего века и носослезной борозды. Целью исследования явилось изучение эффективности техник сочетанной коррекции темных мешков и кругов под глазами у пациентов разных возрастных групп. Материалы и методы: В исследовании приняли участие 23 добровольца с различной степенью выраженности возрастных изменений периорбитальной области в возрасте от 25 до 60 лет. Для уменьшения отечности под глазами проводились инъекции комбинированной гиалуроновой кислоты и сукцината натрия в лимфодренажной технике. При выполнении инъекций важно учитывать ход лимфатических сосудов от верхнего и нижнего века к окологлазничным и подчелюстным лимфатическим узлам. Сукцинат натрия влияет на рецепторы сосудистой стенки и ускоряет перемещение интерстициальной жидкости в сосудистое русло. При выраженном отеке требуется 2–3 процедуры. При коррекции темных кругов под глазами применялось введение комбинированной высокомолекулярной гиалуроновой и янтарной кислот в микропапульной

технике. Сукцинат натрия нормализует микроциркуляцию в тканях и устраняет энергетический дефицит фибробластов из-за активации цикла Кребса. Кроме того, сукцинат натрия обладает легким отбеливающим эффектом, ингибируя фермент тирозиназу. Все это способствует осветлению темных кругов под глазами. Второй сессией производилось введение ботулинического токсина в периорбитальную область. Использовались небольшие дозы ботулинического токсина в верхне-латеральной части *m.orbicularis oculi* для поднятия верхнего века и создания эффекта «открытого глаза». Инъекции ботулинического токсина в нижней части этой мышцы могли способствовать увеличению отечности нижней века и применялись с особой осторожностью. Для укрепления связок нижнего века и минимизации темных кругов под глазами применялось введение небольших количеств филлера гиалуроновой кислоты. Верхнее веко также корректировалось филлером гиалуроновой кислоты для поднятия брови и раскрытия латеральной части глаза. Дополнительным шагом коррекции являлась имплантация нитей в зону лба для поднятия верхнего века.

Результаты: Все пациенты отметили субъективное улучшение внешнего вида периорбитальной зоны и появление «отдохнувшего» взгляда, проявляющееся в уменьшении темных кругов и мешков под глазами, поднятия латерального кончика брови, уменьшения степени выраженности носослезной борозды. 54% (возраст 25–37 лет) пациентов остались полностью удовлетворены результатом в течение 9–11 месяцев. 38% (возраст 40–51 лет) обратились за повторной сессией проведения лимфодренажных инъекций и введения ботулотоксина в течение 6 месяцев. 8% (возраст 53, 55, 60 лет) были направлены на консультацию к пластическому хирургу для решения вопроса проведения блефаропластики. Фотографии пациентов перед процедурами и через месяц предлагаемой методики подтверждают ее эффективность.

Выводы: Концепция «Усталый взгляд» может успешно применяться для сочетанной коррекции темных мешков и кругов под глазами у пациентов разных возрастных групп. Частота курса процедур по методике «Усталый взгляд» зависит от степени выраженности возрастных изменений, проведение поддерживающих процедур возможны по мере уменьшения эффекта.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ

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

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, кафедра челюстно-лицевой хирургии, факультет дополнительного профессионального образования; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава РФ, Москва

Введение: Перелом нижней стенки глазницы наиболее часто наблюдается в качестве компонента более обширного перелома скулоглазничного комплекса, однако в

клинической практике имеют место случаи изолированных переломов данной области – менее часто наблюдаемый перелом по типу «blow out», или «взрывной» перелом. Диагностика травматических переломов нижней стенки глазницы по типу «blow-out» представляет собой определенные трудности. Зачастую клиническая картина подобных повреждений является смазанной. Отсутствует нарушение конфигурации лица, сохраняется наружный контур скулоглазничного комплекса. Рентгенологические данные, полученные путем выполнения снимков в стандартных проекциях, так же недостаточно для постановки диагноза. При небольшом объеме повреждения или в результате посттравматического отека больные могут не предъявлять жалоб со стороны органа зрения в период до нескольких недель после получения травмы. В этом случае важным является раннее и полное обследование пациента, включающее в себя выполнение компьютерной томографии средней зоны лица с 3D-реконструкцией, позволяющей в достаточной мере оценить степень и характер повреждения.

Цель исследования – повышение эффективности лечения пациентов с изолированными переломами нижней стенки глазницы на основе применения эндопротезов из никелида титана. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 32 пациента с изолированными переломами нижней стенки глазницы. Все они были обследованы в объеме стандартной предоперационной подготовки, консультированы офтальмологом и неврологом, проводилось рентгенологическое и КТ-исследование средней зоны лица, а также головного мозга. Хирургическое лечение всех пациентов проводилось в условиях общего обезболивания. Для доступа к дефекту в области нижней стенки глазницы выполнялся подресничный разрез. Далее – скелетирование нижней и медиальной стенок, мобилизация параорбитальной клетчатки, пролабирующей в полость верхнечелюстного синуса. В область дефекта устанавливался имплантат из сверхэластичного тканевого никелида титана, интраоперационно смоделированный по его форме. Рана дренировалась и ушивалась послойно. Дренаж убирали на первые сутки после операции. В послеоперационном периоде назначалась общепринятая антибактериальная и противовоспалительная терапия, повторное рентгенологическое обследование.

Результаты: Ни в одном случае мы не встретили осложнений, связанных с инфицированием или изменением положения имплантата.

Выводы: Своевременная диагностика и лечение пациентов с изолированными переломами нижней стенки глазницы представляет собой трудную задачу, однако в современных условиях применение с этой целью компьютерной томографии позволяет оценить объем и характер повреждения и составить соответствующий план лечения пациента. Использование биоинертных имплантатов из никелида титана, обладающих целым рядом положительных свойств, таких как эластичность, высокая биохимическая и биомеханическая совместимость с тканями организма, возможность интраоперационного моделирования имплантата, отсутствие необходимости дополнительной фиксации, доступность и простота использования способствует получению отличных результатов и повышению качества лечения.

**ОДНОМОМЕНТНАЯ МАСТЭКТОМИЯ
С РЕКОНСТРУКЦИЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
СВОБОДНЫМ DIEP-ЛОСКУТОМ – МЕТОД
ЛЕЧЕНИЯ ОЛЕОГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ
МАСТОПАТИИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ВАЗЕЛИНА
В МОЛОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ**

Мельников Д.В., Старцева О.И., Иванов С.И.,
Синельников М.Е., Пищикова Е.Д.

*Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Первый Московский
государственный медицинский университет имени И.М.
Сеченова», Москва*

Введение: Аугментационная маммопластика является одной из самых распространенных операций в эстетической пластической хирургии. Методы аугментационной маммопластики развивались более 100 лет. Безоперационную инъекционную аугментацию в начале XX века выполняли с использованием вазелина и парафина, в связи с экономической выгодой, простотой выполнения и удовлетворительными ранними результатами операции. Данной метод аугментации молочных желез доказал свою небезопасность и порочность в виду многочисленных серьезных осложнений, приводящих в итоге к деформации и некротическим процессам в пораженной экзогенным филлером молочных желез. Данная методика незаконно применяется и по сегодняшний день. Оптимальным методом лечения пациенток с олеогранулематозной мастопатией с поражением кожи после введения вазелина в молочную железу нередко является тотальное удаление пораженных тканей (мастэктомия, иссечение пораженных тканей), с реконструкцией DIEP-лоскутом.

Материалы и методы: Восемью пациенткам в период с 2014–2018 года выполнена мастэктомия по поводу вазелиновой олеогранулематозной мастопатии с одномоментной реконструкцией DIEP-лоскутом. Вазелиновая олеогранулематозная мастопатия с поражением кожи была диагностирована у всех пациенток. Всем пациенткам было выполнено предоперационное исследование донорской и реципиентной зон путем КТ-визуализации с контрастированием. Данной категории пациенток выполнили тотальную мастэктомию без сохранения кожного лоскута, с обширной санацией области молочных желез с целью удаления инородного геля, с последующим закрытием дефекта билатеральными свободными DIEP-лоскутами. Для контроля жизнеспособности лоскутов проводили УЗДГ анастомозированных сосудов с оценкой скорости кровотока, обзорное УЗИ пересаженных тканей, визуальный осмотр в течение двух недель после операции, далее через 1 месяц, 3, 6, 12 месяцев после операции. Анализ результатов осуществлялся с использованием как объективных методов исследования: ультразвукового сканирования, доплерографии микрососудистого анастомоза, так и субъективных – оценка результатов независимым хирургом, фотодокументирование пациентов и анкетирование.

Результаты: В двух наблюдениях (25%) в раннем послеоперационном периоде был диагностирован незначительный краевой некроз лоскута, потребовавший выполнения некрэктомии. Сохранение САК было возможно в четырех случаях (50%), полная приживаемость пересаженных

САК достигнута в 80% случаях его свободной пересадки. Двухэтапная реконструкция молочных желез с префабрикацией САК выполнена одной пациентке (12.5%). Пациентки были выписаны из стационара не ранее чем через 2 недели после операции в удовлетворительном состоянии. Незначительные осложнения наблюдались в 80% случаев (минимальный жировой некроз, серома, незначительное расхождение послеоперационных ран), средней степени тяжести осложнения наблюдались в одном наблюдении (некроз лоскута менее 50%, потребовавший ревизионных мероприятий), тяжелые осложнения не наблюдались (тотальная потеря лоскута, некроз более 50% пересаженных тканей, микрососудистые осложнения). Шести пациенткам (75%) интраоперационно было принято решение выполнить венозный супердренаж с целью профилактики венозных осложнений. Эстетический и функциональный результат операции признан удовлетворительным для всех пациенток. Тотальной потери лоскута не наблюдалось.

Выводы: Проблема аугментации молочных желез неизвестными инъекционными аллогенными материалами до сих пор остается актуальной, несмотря на очевидность отрицательных последствий этой порочной методики. Лечение данной группы пациенток представляет собой непростую задачу для хирургов в связи с тотальным, неординарным поражением ткани молочных желез и необходимостью их полного удаления с последующей реконструкцией, в сочетании с высокими эстетическими требованиями пациенток к молочным железам. Наш клинический опыт показал, что наилучший результат достигается после тотальной санации введенного геля, включающего этап мастэктомии, с одномоментной реконструкцией молочных желез свободными DIEP-лоскутами.

**ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ
КОМПЬЮТЕРНОЙ НАВИГАЦИИ ПРИ
УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЦА**

Митрошенков П.Н., Митрошенков П.П., Токарев П.В.
*Российский университет дружбы народов, Московский
государственный медицинский университет, Детская
республиканская клиническая больница, Москва, Казань*

Цель исследования – разработать алгоритм предоперационного обследования и лечения пациентов с врожденными и приобретенными деформациями лица на основе методов виртуального планирования и интраоперационной компьютерной навигации.

Материалы и методы: Всего нами было обследовано и оперировано 29 пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями скуло-орбитального (11 пациентов) и носо-орбито-этмоидального (6 пациентов) комплексов, врожденными асимметричными дисгнатиями II и III класса (7 и 11 пациентов соответственно) в возрасте от 9 до 28 лет. Предоперационное обследование включало стандартные методы рентгенологического исследования (мультиспиральную компьютерную томографию – МСКТ, телерентгенографию – ТРГ), расчет линейных и угловых параметров лицевого скелета по данным ТРГ, создание виртуальной модели оперативного вмешательства в компьютерной программе Blender 2.79 с сохранением в фор-

мате STL. Линейные и угловые параметры перемещения остеотомированных фрагментов на виртуальной модели выполняли по данным предварительных расчетов ТРГ. При асимметричных деформациях для восстановления поврежденных и перемещения гипоплазированных фрагментов лицевого скелета использовалась функция «зеркального» отображения графических изображений. Кроме этого, для выполнения интраоперационного контроля позиционирования остеотомированных фрагментов на виртуальной модели черепа пациента обозначались реперные точки, соответствующие положению точек: nasion (N), передней носовой ости (SNA), межрезцовым точкам верхней и нижней челюстей (A и B), углов нижней челюсти (Go). В последующем, непосредственно перед операцией, виртуальная модель вместе с исходными данными МСКТ головы пациента импортировались в навигационную станцию. Для выполнения интраоперационного контроля мы использовали навигационные станции «BRAINLAB» и «STRYKER», использующие оптический принцип регистрации головы пациента. Для обеспечения интраоперационной навигации на голове пациента фиксировался навигационный трекер с последующей регистрацией головы пациента по стандартной методике контактным или бесконтактным способом. После перемещения и предварительной фиксации остеотомированных фрагментов верхней и нижней челюстей выполнялась процедура интраоперационного контроля их позиционирования с помощью навигационного поинтера. При этом, положение фрагмента в операционной ране считалось правильным, если положение кончика поинтера на реперной точке в ране совпадало с положением инструмента на аналогичной точке виртуальной модели. В послеоперационном периоде с целью контроля положения фрагментов лицевого скелета повторно выполнялась МСКТ, данные которой совмещались с изображениями лицевого скелета, полученными на основе предоперационной МСКТ и изображениями виртуальной модели. Результаты исследования: Анализ данных интраоперационного контроля позиционирования остеотомированных фрагментов лицевого скелета и данных совмещения посрезовых постоперационных изображений лицевого скелета с виртуальной предоперационной моделью черепа пациента показал высокую точность данного метода. Значения погрешности в позиционировании реперных точек при этом составила в среднем 0,65 мм. Это существенно не влияло на функциональный и эстетический результат оперативного вмешательства, особенно при устранении посттравматических деформаций скуло-орбитального и назо-этноидального комплексов. Следует отметить, что использование в качестве реперных точек стандартных ориентиров в виде точек SNA, Go и J (точки максимальной кривизны скуло-альвеолярного гребня) нецелесообразно, так как некоторые из них (SNA и J) могут располагаться в проекции линии остеотомии верхней челюсти при устранении врожденных деформаций, или положение этих точек (Go) технически труднодоступно при выполнении интраоперационной навигации. Выбор локализованных реперных точек на поверхности скуловой кости при устранении посттравматических деформаций скуло-орбитального комплекса так же было нецелесообразным в практическом применении, так как при этом не учитываются ротационные движения скуловой кости при ее репозиции.

Выводы: Наиболее оптимальным в качестве реперных то-

чек мы считаем определение комплекса в виде множества точек, расположенных по внешнему контуру остеотомированных фрагментов (с вестибулярной поверхности альвеолярных отростков или наружной поверхности скуловой кости). Интраоперационная навигация повышает точность позиционирования остеотомированных фрагментов и позволяет максимально точно восстановить эстетические пропорции лица.

СТРУКТУРНАЯ ДИНАМИКА КОЖИ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ДЕРМАТОТЕНЗИИ

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

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Использование в пластической хирургии операций по изменению внешности и коррекции лица при возрастных изменениях (лифтинг), предусматривает травмирование кожи лица (рассечение или иссечение) в скрытых (необозреваемых) участках и приводящее к дерматотензии дистанционно в местах ожидаемой коррекции. Последующее формирование соединительнотканного рубца в участках рассечения кожи приводит к атипичной конструкции волокнистой основы, отличной от неизменной кожи, и отсутствию в ней производных (дериватов) эпидермиса. Это поддерживает возникшее состояние дерматотензии, что естественно может сказываться на ее структурной организации. Со временем кожа лица частично возвращается к своему исходному состоянию. Такой феномен указывает на возможность активации фиброгенеза в зоне дерматотензии, и возвращение волокнистой конструкции в ненапряженное состояние. Исследования волокнистой соединительной ткани кожи – дермы под воздействием длительного растяжения единичны и не объясняют механизмы реакции на distractionную нагрузку. Этому актуальному вопросу имеющее теоретическое и практическое значение и посвящена настоящая работа. В эксперименте на кроликах исследована кожа бедра в области distractionного остеосинтеза бедренной кости, которая удлинялась с помощью аппарата Илизарова на 2 см в течение 25 дней через 7 дней после остеотомии с темпом distractionи 0,8 мм. Кожа над distractionным костным регенератом находилась в состоянии дерматотензии. После стабилизации аппарата животные выводились из эксперимента, а отсеченная конечность помещалась в 10% нейтральный формалин вместе с аппаратом. Через 3 дня растянутую кожу иссекали и исследовали с помощью светоптической микроскопии (СМ), электронной сканирующей (СЭМ) и трансмиссионной микроскопии (ТЭМ). Показано, что в дерме экспериментальных животных имеются слои коллагеновых волокон с преимущественной ориентацией т.е. анизотропией. Коллагеновые волокна имеют вид тонких нитей диаметром 6–10 мкм или лент шириной 18–22 мкм и толщиной до 1 мкм волнисто-спиральной формы с шагом волны в несколько раз меньше, чем коллагеновые волокна интактной дермы в контроле. Пучки тонких плоских волокон в основном занимают центральную часть (одну треть)

«растянутой» дермы. Между волокон расположены фибробласты вытянутой формы. Их длина может достигать до 22 мкм. В наружной трети дермы в основном находятся тонкие коллагеновые волокна расположенные неориентированно и образующие трехмерную сеть. Здесь клеточные элементы представлены фибробластами многоугольной формы. Во внутренней трети дермы представлены в основном плоские лентовидные волокна в виде небольших фрагментов без преимущественной ориентации. Положение ориентированных пучков коллагеновых волокон может меняться и занимать более наружные или внутренние части дермы. Таким образом, изменение формы и ориентации коллагеновых волокон очевидно является результатом их ремоделирования, произошедшего в результате механической нагрузки вдоль длинной оси кости связанной с дистракцией.

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ КАПСУЛЯРНОЙ КОНТРАКТУРЫ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Мустафин Ч.К.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, кафедра радиотерапии и радиологии, Москва

На сегодняшний момент эндопротезирование молочной железы – это самая популярная операция в пластической хирургии. Спрос на нее столь велик потому, что это достаточно быстрый и эффективный способ улучшить внешний вид груди, вернуть ей форму, а также увеличить размер. Целью исследования является способ прогнозирования и профилактики развития капсулярной контрактуры после эндопротезирования молочных желез. Несмотря на огромный накопленный годами практический опыт по выполнению пластики молочных желез, эта операция все еще может сопровождаться осложнениями, предсказать и предупредить которые далеко не всегда оказывается возможно. Наиболее серьезное, наименее изученное – образование капсулярной контрактуры, что приводит к асимметрии молочных желез и повторным хирургическим операциям. Образование фиброзной капсулы – это нормальная реакция организма на инородное тело. Однако при определенных обстоятельствах данный процесс приобретает патологический характер: фиброзная оболочка чрезмерно утолщается, вызывая сдавление имплантата и деформацию молочной железы. Капсулярная контрактура проявляется в течение первого года после имплантации, иногда становится более выраженной с течением времени. Известные методы диагностики маммография, ультразвуковое исследование констатируют факт наличия сформировавшейся патологической фиброзной капсулы и тогда возможно только реэндопротезирование молочных желез в сочетании с различными видами мастопексии. В основе развития любого фиброза всегда стоит локальное, латентное аутоиммунное воспаление, протекающее как правило бессимптомно. Возможность диагностики данного состояния позволяет прогнозировать развитие капсулярной контрактуры еще до ее развития и проведения соответствующего консервативного лечения.

Материал исследования составили 27 женщин после эндопротезирования молочных желез в возрасте 25–45 лет. При воспалении повышается температура тканей. Для диагностики данного состояния за основу взят метод микроволновой радиотермометрии молочных желез. Для осуществления способа используют радиотермометр с компьютерным и программным обеспечением, измеряющий интенсивность собственного электромагнитного излучения молочной железы в диапазоне сверхвысоких частот, которое пропорционально температуре тканей. Метод запатентован. Патент №2616211 «Способ прогнозирования образования капсулярной контрактуры после эндопротезирования молочных желез». Обследование пациенток проводилось через 5 месяцев и более после операции. Измеряли температуру в 9 симметричных точках каждой молочной железы (8 точек в 8 квадрантах и одна на сосково-ареолярный комплекс). Информация о температуре отображается на трехзначном табло с дискретностью 0,1°C. При значении этого показателя 0,7°C и менее определяли отсутствие очаговой гипертермии и диагностировали норму, с рекомендацией о контрольном исследовании. При значении показателя превышения температуры 0,8°C и более в одной из молочных желез определяли гипертермию характерную для латентного субкапсулярного воспалительного компонента и прогнозировали вероятное развитие капсулярной контрактуры. Отклонение от нормы было выявлено у 7 женщин при отсутствии жалоб и клинических проявлений. Данной группе пациентов проведено консервативное лечение и контрольный осмотр после окончания терапии.

Выводы: Предложенный способ позволяет неинвазивно, безболезненно и безопасно определять латентное субкапсулярное воспаление молочных желез после эндопротезирования, которое как правило не сопровождается жалобами и клиническими проявлениями, что позволяет провести консервативное лечение тем самым предотвратив развитие капсулярной контрактуры и выбрать адекватную и своевременную диагностическую и лечебную тактику, что позволяет избежать повторных хирургических операций.

ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ПРОЦЕССЫ В МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОМ РУСЛЕ КОЖИ И СЛИЗИСТОЙ. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ANTIAGE-ПРОГРАММ

Мустафина Ф.К.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», Москва

Актуальность: Продление активной жизни, как физической, так и эстетической ее стороны, является одной из наиболее актуальных задач медицины и современной косметологии. Для эстетической коррекции возрастных изменений кожи важно определить тип и степень инволюционных изменений кожи [1, 6, 9, 10, 13, 14]. Современная косметология располагает широким спектром методов коррекции: инъекционные, аппаратные, косметологического ухода. При выборе методов коррекции необходимо четко дифференцировать тип кожи, признаки инволюци-

онных изменений и подбор метода коррекции с учетом противопоказаний [3, 11, 12]. Исследование инволюционных изменений кожи с учетом типа кожи и особенностей возрастных изменений представляет интерес для дерматокосметологов при подборе методов коррекции с целью улучшения качества жизни пациентов. В этой связи изучение выраженности типов инволюционных изменений кожи представляет чрезвычайную актуальность [2, 4, 5, 7, 8].

Цель исследования: Изучить инволюционные изменения кожи с учетом типа ее старения и процессы происходящие в микроциркуляторном русле кожи.

Материалы и методы: В соответствии с целью исследования под нашим наблюдением находилось 60 добровольцев в возрасте от 25 до 72 лет. Методом компьютерной капилляроскопии изучали тип возрастных изменений в коже и возраст ассоциированные процессы в микроциркуляторном русле. В работе использовался компьютерный капилляроскоп неинвазивного исследования микроциркуляции для оценки параметров капилляров, кровотока и агрегатов форменных элементов крови КК4-01-«ЦАВ» производства ЗАО Центр «АНАЛИЗ ВЕЩЕСТВ».

Исследования проводились на базе ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, г. Москва.

Результаты: Используемый в данном способе компьютерный капилляроскоп (при увеличении до 200 крат) позволил провести видеозапись капиллярного кровотока и корректировать видеосигнал (по яркости, контрасту и цветности), проводили в ручном и автоматическом режимах расчет параметров капиллярного кровотока. Для описания гемомикроциркуляции используют следующие характеристики: – плотность капиллярной сети; – ширина периваскулярной зоны; – диаметры капилляров по отделам (артериальный, венозный, переходный); – линейная скорость капиллярного кровотока по отделам (артериальный, венозный); – объемная скорость капиллярного кровотока по отделам (артериальный, венозный); – перфузионный баланс Характеристика динамики процессов биогенеза и метаболизма в сочетании с величиной перфузионного баланса позволяет охарактеризовать динамику вывода метаболитов; в сочетании с перфузионным балансом оценить адекватность направления «материальных» потоков: в интерстициальное пространство, микрососудистое русло. Вывод: Таким образом, по данным компьютерной капилляроскопии определили возраст ассоциированные процессы в микроциркуляторном русле кожи.

АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ АБДОМИНОПЛАСТИКИ

Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С.

Казанский медицинский университет, Кафедра пластической хирургии Казанской государственной медицинской академии, Клиника эстетической медицины, Казань

Актуальность: Чаще всего живот оказывается растянут беременностью или быстрым набором веса. И если диеты и физические упражнения в большинстве случаев помогают избавиться от излишков жира, растянутые мышцы и кожные покровы вернуть в первоначальное состояние с их помощью удается не всегда. И для многих женщин это ста-

новится причиной серьезной депрессии. Они уже не могут свободно покупать желаемую одежду, раздеваться на пляже и в бассейне и т.д. Улучшить качество их жизни призвана абдоминопластика – ее эффективность при использовании в данных целях подтверждается исследованиями. Благодаря абдоминопластике живот уменьшается в объеме и становится плоским, формируется талия. Топографическое обоснование: Кровоснабжение стенки живота осуществляется поверхностными и глубокими артериями. Поверхностные артерии лежат в подкожной клетчатке. В нижнем отделе живота располагаются поверхностная надчревная артерия (a. epigastrica superficialis), направляющаяся к пупку и поверхностная артерия, огибающая подвздошную кость (a. circumflexa ilium superficialis), идущая к подвздошному гребню, наружные половые артерии (aa. pudendae externae), направляющиеся к наружным половым органам и паховые ветви (rr. inguinales), располагающиеся в области паховой складки. Перечисленные артерии являются ветвями бедренной артерии (a. femoralis). В верхних отделах живота поверхностные артерии малы по калибру и являются передними ветвями межреберных и поясничных артерий. Глубокими артериями являются верхняя и нижняя надчревные артерии, и глубокая артерия, огибающая подвздошную кость. Верхняя надчревная артерия (a. epigastrica superior) возникает от внутренней грудной (a. thoracica interna). Направляясь вниз, она проникает во влагалище прямой мышцы живота, проходит позади мышцы и в области пупка соединяется с одноименной нижней артерией. Она направляется вверх между fascia transversalis спереди и париетальной брюшиной сзади, образуя латеральную пупочную складку, и входит во влагалище прямой мышцы живота. По задней поверхности мышцы артерия направляется вверх и в области пупка соединяется с верхней надчревной артерией. Пять нижних межреберных артерий (aa. intercostales posteriores), возникая из грудной части аорты, идут косо сверху вниз и медиально между внутренней кривой и поперечной мышцами живота и соединяются с ветвями верхней надчревной артерии. Передние ветви четырех поясничных артерий (aa. lumbales), из брюшной аорты, также расположены между указанными мышцами и идут в поперечном направлении, параллельно одна другой, принимая участие в кровоснабжении поясничной области. Соединяются они с ветвями нижней надчревной артерии. Вены стенки живота также делятся на поверхностные и глубокие. Поверхностные вены развиты лучше артерий и глубоких вен, образуя в жировом слое стенки живота, особенно в области пупка, густую сеть. Они соединяются между собой и с глубокими венами. Через грудонадчревные вены (vv. thoracoepigastricae), впадающие в подмышечную вену и поверхностную надчревную вену (v. epigastrica superficialis), открывающуюся в бедренную вену, осуществляется соединение систем верхней и нижней полых вен (кавакавальные анастомозы). Вены передней брюшной стенки посредством vv. paraumbilicales, располагающиеся в количестве 4–5 в круглой связке печени и впадающие в воротную вену, соединяют систему v. portae с системой v. cavae (портокавальные анастомозы). Глубокие вены стенки живота (vv. epigastricae superiores et inferiores, vv. intercostales и vv. lumbales) сопровождают (иногда по две) одноименные артерии. Поясничные вены являются источниками формирования восходящих поясничных вен, которые продолжают в непарную и непарную вены.

Поэтому мягкие ткани передней брюшной стенки можно отслаивать до реберных дуг. Операция по пластике живота начинается с поперечного разреза над лобком. Разрез выполняется по линии бикини, чтобы в дальнейшем рубец можно было скрыть под нижним бельем. После этого кожный лоскут отслаивают до реберной дуги, выделяя пупок. Открыв таким образом прямые мышцы живота, хирург сшивает их в новом положении, формируя талию. Избыток кожи вместе с подкожным жиром удаляется. Пупок формируется заново с целью его переноса в новое место на кожном лоскуте, который был отслоен. Иногда пластика выполняется только в нижней части живота без переноса пупка – такую операцию называют «миниабдоминопластикой». Также абдоминопластику могут сочетать с липосакцией.

ЛИПОФИЛЛИНГ

Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С.

Казанский медицинский университет, Кафедра пластической хирургии Казанской государственной медицинской академии, Клиника эстетической медицины, Казань

Липофилинг – сложная методика коррекции возрастных изменений лица и контуров тела, суть которой заключается в трансплантации (пересадке) собственной жировой ткани пациента из одной зоны в другую. На сегодняшний день в России разработкой методики липофилинга занимаются пластические хирурги. Липофилинг лица используется для устранения носогубных складок, слезных борозд, коррекции формы подбородка и скуловых областей, моделирования контура и размера губ. Более того, липофилинг активно применяется для исправления кривизны ног, омоложения рук, коррекции формы ягодиц, увеличения губ и коррекции их контура, увеличения молочных желез. Методика введения собственной жировой ткани одобрена ведущими специалистами Европы, а сам липофилинг отмечен как наименее травматичный способ коррекции контуров тела – собственный жир совместим с тканями, не может вызывать аллергических реакций и прочих осложнений. В европейских институтах уже разработана методика жировой тканью.

Первым этапом подготовки и планирования операции является прохождение общего медицинского обследования, оценка состояния здоровья пациента, пропорций лица, объема жировой ткани. В результате обследования вырабатывается полный комплекс рекомендаций хирурга на предоперационный и послеоперационный периоды. Липофилинг лица выполняется с использованием специального пластикового шприца, в котором вакуум создается за счет того, что оттягивается поршень, и канюль диаметром 1,5–2 мм. Благодаря закругленному концу трубки (канюли), при ее движении взад-вперед не происходит повреждение нервов и крупных кровеносных сосудов – в основном отрываются и всасываются жировые клетки. Далее происходит обработка и очистка жировой ткани от различных примесей, после чего жировую ткань тонкими слоями укладывают в заранее намеченные области подкожной клетчатки, в некоторых случаях – в мышечное пространство. По завершении операции проколы или зашивают, или заклеивают хирургическим пластырем и накладывают повязку. Затем

пациенту необходимо несколько часов отдыха. Время проведения процедуры занимает не более одного часа, а результат операции – пожизненный. Еще одним преимуществом липофилинга лица является то, что нет необходимости в длительном пребывании в стационаре.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИНЕКОМАСТИИ

Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С.

Казанский медицинский университет, Кафедра пластической хирургии Казанской государственной медицинской академии, Клиника эстетической медицины, Казань

При развитии/ физиологическая • Врожденные заболевания • В новорожденном периоде • Синдром Кляйнфельтера • Пубертатная • Недостаток энзимов для синтеза • Возрастная тестостерона (может быть позднее начало) • Вызванная применением лекарств • Синдром исчезнувшего яичка (анорхия) • Синдром андрогенной резистентности • Гипогонадизм • Истинный гермафродизм (избыток синтеза андрогена или родственные состояния недостаточная устойчивость к андрогену) • Первичная • Приобретенная (травма, инфекции, перекрут, Наследственная экспозиция излучения, свинка, химиотерапия) Смешанная • Врожденная (первичная) • ВИЧ • Вторичная • Травма грудной клетки • Гипогонадотрофичный гипогонадизм • Физиологические стрессы • Синдром Каллмана • Повреждения спинного мозга • Гипофизарная недостаточность (инфаркт, • Нарушение питания/недоедание инфекция, новообразование) (понижение субстрата Опухоли (снижение продукции эстрогена) периферической ароматизации) • Продуцирующие стероиды • Герпес зостер (надпочечники, яички) • Клеточный фиброз • Продуцирующие хорионический • Алкоголизм гонадотропин человека (яички и т.д.) • Миотоническая дистрофия • Продуцирующие ароматазу (яички) • Бронхогенная карцинома Идиопатическая Системная • Трихотоксикоз (измененный тестостерон/связанный эстроген) • Почечная недостаточность (приобретенная яичковая недостаточность) • Циррозы (понижение субстрата периферической ароматизации) • Надпочечники (адренокортикотропин – АКТГ, дефицит АКТГ или врожденная гиперплазия надпочечников) Патология гинекомастии встречается как результат различных метаболических расстройств (алкогольный цирроз, возвращение к пищи после голодания, феминизирующие опухоли надпочечников), эндокринная недостаточность (гипертириоз, кортикальная гиперплазия надпочечников, гипотериозидизм), приобретенный гипогонадные болезни (орхиты, травма яичек, глауломатозные заболевания, почечная недостаточность, алкоголизм, миотоническая дистрофия), врожденный гипогонадный статус (синдром Кляйнфельтера, врожденная анорхия, андрогенная резистентность) и включает и эстрогенные заболевания (бронхогенная карцинома, истинный гермафродизм, опухоли яичек). Лекарственная гинекомастия. Лекарственные вещества, вызывающие гинекомастию: Эстрогены, Гонадотропины, Андрогены (ароматазоподобные), Антиандрогены (ципротерон, флютамид), Противораковые химиотерапевтические препараты (особенно содержащие алкилирующие агенты), Препараты, блокирующие выведение кальция (верапамил, нифедрин, дилтазем), Ингибиторы БПА (кар-

топрил, эналаприл) БПА – белок преобразующий ангиотензин, Гипотензивные (метилдопа, резерпин) Препараты наперстянки, Блокаторы допамина (фенотиолины, метопролол, домперидон), Препараты, действующие на центральную нервную систему (трициклиды, диазепам, фенитоин, диэтилпропион), Наркотики (марихуана, героин, метадон, амфетамины), Противотуберкулезные препараты (изониазид, этионамид, тиатеозон) Фармакологическая гинекомастия может встречаться благодаря нескольким механизмам, таким как, повышение прямой эстрогенной активности, повышение секреции эстрогена, понижение синтеза тестостерона и снижение андрогенной чувствительности. Также, множество лекарств, назначаемых без понимания механизма действия, могут привести к гинекомастии.

ВАРИАбельность ПЕРВИЧНОЙ ЭНДОНОЗАЛЬНОЙ РИНОПЛАСТИКИ ПРИ АСИММЕТРИЧНЫХ И КРИВЫХ НОСАХ

Павлюк-Павлюченко Л.Л.,
Николаева-Федорова А.В., Валиев Л.Л.
Хирургия красоты, Москва

В современной практической пластической хирургии ринопластика при кривых носах стала рутинной операцией, приобретая чисто практический характер. Результаты, представляемые «ринопластами» и серьезными хирургами, часто кратковременны, мало достоверны, ограничиваются фотографиями «до» и «после», и, как правило, не подтверждаются современными инструментальными исследованиями. Между тем, научный подход (и в практической деятельности тоже) диктует необходимость подтверждения анализа клинических наблюдений и исследований динамики изменения как формы, так и функции носа. Только сочетание анализа клинических наблюдений, инструментальных и функциональных исследований дает полную картину того, что делает хирург, выполняя ринопластику, и какой результат получает пациент. В 2016–2018 годах под нашим наблюдением находилось 78 пациентов с сочетанными деформациями и асимметриями носа и перегородки, у которых выполнено 78 различных первичных операций: рино-, септо-, септо-ринопластики. Возраст пациентов от 18 до 49 лет. Все операции выполнены под наркозом эндоназальным методом. На этапах пред- и послеоперационного лечения объективизация формы достигалась с применением фотографий и компьютерной томографии (КТ), а функции дыхания с применением передней активной риноманометрии (ПАРМ). Сроки наблюдения от 1 до 3 лет. Варибельность деформации перегородки, раковин и «наружного носа» позволило выделить четыре следующих группы: 1. Пациенты с асимметрией наружного носа и деформацией внутренних структур без нарушения функции дыхания; 2. Пациенты с асимметриями и деформациями наружного носа и асимметриями и деформациями внутренних структур с нарушениями функций дыхания; 3. Пациенты с деформациями наружного носа и асимметриями и деформациями внутреннего носа без нарушения функции дыхания; 4. Пациенты с деформациями наружного и внутреннего носа в сочетании с нарушением

дыхания. Для каждой группы разработаны алгоритмы операций, проведенные до и после операции с использованием КТ и ПАРМ. Удовлетворительные результаты (улучшение форм и функции носа) получены в 82% наблюдений. В 10% наблюдений с целью улучшения формы выполнены корректирующие повторные ринопластики, в 5% наблюдений – вторичные спето- или конхопластики, в 2% – септоринопластики. К трем годам наблюдений удовлетворительные результаты получены у 92% наблюдаемых.

ПОЗДНИЕ СЕРОМЫ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

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

Введение: Поздние серомы относятся к редким осложнениям после аугментационной маммопластики и могут возникать через несколько лет после операции. Частота их колеблется от 0,1% до 9,1%. В последние годы не редко их связывают с крупноклеточной анапластической лимфомой. Материал и метод. За последние 20 лет было выполнено 974 аугментационных маммопластики, аугментации – мастопексии и реоперации с заменой имплантов. Поздние серомы были диагностированы в 18 случаях (1,8%) в сроки от 6 месяцев до 16 лет после первой операции и характеризовались увеличением объема железы, тупыми болями, наличием жидкости около импланта по данным УЗИ или КТ. 5 пациентов были ранее первично оперированы в других госпиталях, то есть истинная частота поздних сером составила 1,3%.

Результаты: Средний срок возникновения сером равнялся 6 годам. В 10 случаях осложнение развилось после аугментации круглыми протезами, в 8 – анатомической формы. У 4-х пациенток серомы возникли после капсулэктомии и репротезирования молочных желез, у 2-х на фоне разрывов имплантов. В двух случаях серомы развились в раннем послеродовом периоде. Пациентке 25 лет была выполнена аугментация имплантами Евросиликон круглой формы с текстурированной поверхностью с ретромаммарным расположением. Через 2 года после операции через 6 дней после родов увеличился объем правой молочной железы. По данным УЗИ обнаружена жидкость около протеза. Дважды сделана пункция под контролем УЗИ. Удалено 400 мл и 300 мл молока. Лактация подавлена медикаментозно. При контрольной УЗИ жидкости не выявлено. Мы назвали данный вид серомы «милкома». У второй пациентки через 4 года после аугментации круглыми протезами с субфасциальным расположением имплантов через месяц после родов на фоне лактационного мастита вскрыта серома объемом 350 мл желтой, мутноватой жидкости. Протез был удален. Репротезирование сделано через 6 месяцев. Еще у одной пациентки серома развилась на фоне тяжелого гриппа. Оперированы по поводу поздних сером 12 пациенток (66,7%). Десяти из них выполнено капсулэктомия и репротезирование, у двух протезы удалены. В двух случаях серомы ликвидированы пункциями и дренированием. Четыре серомы купированы консервативными мероприятиями.

Заключение: Поздние серомы могут возникать в любые

сроки после аугментационной маммопластики. В послеоперационном периоде серома около протеза может быть вызвана не воспалением, а скоплением молока парапротезно. Милкома эффективно лечится пункцией под контролем УЗИ. Чаще всего для лечения поздних сером необходима повторная операция.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗЦОВ ЖИРА, ПОЛУЧЕННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ СПОСОБАМИ АСПИРАЦИИ

Плаксин С.А., Храмцова Н.И.

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

Жировая ткань широко применяется в клеточной терапии и служит оптимальным материалом для контурной коррекции мягких тканей. Целью исследования было определить характеристики клеточного материала при различных методах забора и подготовки липоасpirата. Материалом служили образцы липоасpirатов, полученных при липосакции, у 20 практически здоровых женщин методами механической и водоструйной липосакции, шприцевым методом, при использовании фильтров с внутренним диаметром 1,4 и 1,2 мм, а также фильтра, позволяющего получить наножир. Липоасpirат, содержащий изотонический раствор, конгломераты адипоцитов с прослойками соединительной ткани и элементы крови, после операции забирался в шприц в течение трех часов. Затем небольшое количество собранной жировой ткани подсушивалось от избытков свободного жира на фильтровальной бумаге, прокрашивалось трипановым синим и переносилось в счетные сетки камеры Горяева. С помощью микроскопа с 10-кратным увеличением производилась морфометрия с подсчетом размеров клеточных конгломератов, анализ их конфигурации, числа адипоцитов, в том числе, подсчет процента «живых» клеток. Адипоцит считался «живым» при отсутствии окраски его клеточной оболочки трипановым синим. Результаты. Среднее число «живых» адипоцитов при различных методиках в целом составило $87 \pm 16\%$, с размахом от 0 до 100%. Наибольшее число «живых» адипоцитов выявлено при аспирации жировой ткани с зон живота и внутренней поверхности бедер, наименьшее – с коленных областей и поясницы. Достоверного отличия по количеству «живых» адипоцитов при применении механической, водоструйной и шприцевой методик забора жировой ткани не обнаружено. При использовании стандартных канюль при применении этих методик среднее количество адипоцитов конгломерате составило 95 ± 12 клеток, при этом конгломераты имели форму эллипсоида, с соединительнотканными перетяжками и «мостиками», с толщиной конгломерата около 10 клеток, поэтому невозможно оценить проникновение красителя в центр конгломерата, а, следовательно, достоверно оценить выживаемость клеток внутри его. Меньший размер конгломератов, от 1–3 до 20–30 клеток, получен при использовании фильтров 1,2 и 1,4 мм. При этом 99–100% адипоцитов были «живыми», лишь некоторые из них сохраняли соединительнотканную перетяжку. Однако, в образцах жира, полученных при использовании фильтров, определялся большой объем чистого

жира («масла»), поэтому можно предположить высокий уровень деструкции оболочек жировых клеток, их деструкции. В наножире полностью отсутствовала клеточная структура, образцы представляли собой жировую эмульсию с мелкими каплями изотонического раствора внутри. Выводы: Таким образом, максимальный процент «живых» адипоцитов и почти полное отсутствие соединительнотканых перетяжек определяется при использовании фильтров 1,2 и 1,4 мм. Однако, при этом определяется высокий уровень деструкции липоасpirата до состояния «масла». Наножир характеризуется полным отсутствием клеточной структуры адипоцитов.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Поляков А.П., Ратушный М.В., Ребрикова И.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Сугаипов А.Л., Никифорович П.А., Мордовский А.В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена – филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Введение: Основным компонентом противоопухолевого лечения при злокачественных опухолях кожи является хирургическое лечение, после которого формируются дефекты различной категории сложности, требующие выполнения реконструктивных операций.

Цель: Улучшение хирургической реабилитации онкологических пациентов после радикального удаления опухолей покровных тканей лица.

Материалы и методы: В МНИОИ им П.А. Герцена за с 2012 по 2018 год выполнено хирургическое лечение 761 пациентам с опухолями кожи. У 150 пациентов была меланома кожи, у 145 пациентов – плоскоклеточный рак кожи, у 466 пациентов – базальноклеточный рак кожи. После хирургического лечения сформированы 4 типа дефектов: несквозные – у 680 пациентов, сквозные – у 45 пациента, дефекты центральной зоны лица – у 21 пациента, орбиты – у 15 пациентов. Для устранения несквозных дефектов использованы ротационные кожно-жировые лоскуты, перемещенные кожно-фасциальные и кожно-мышечные лоскуты, аутодермопластика, тканевая дерматензия. Для устранения сквозных дефектов использованы перемещенные кожно-фасциальные и кожно-мышечные лоскуты, микрохирургические лоскуты (лучевые, висцеральные, кожно-мышечные, кожно-фасциальные с переднебоковой поверхности бедра). Дефекты центральной зоны лица устранены при помощи эпитезов, дефекты орбиты – при помощи протезов глазницы. Реконструкции выполнялись одномоментно в 91% случаев, в отсроченном порядке в 9% случаев.

Результаты: Послеоперационные дефекты устранены в 96% случаев, в 45% случаев потребовались 2 или 3 повторные корректирующие операции. Послеоперационные осложнения возникли у 5% пациентов при использовании ротационных и местно-перемещенных лоскутов; при ис-

пользовании микрохирургических лоскутов – у 30% пациентов, из них у 10% – тотальный некроз лоскутов.

Обсуждение: Для устранения несквозных дефектов покровных тканей целесообразно использовать технологию ротационных или перемещенных лоскутов, при обширных несквозных дефектах – метод тканевой дерматензии; для устранения сквозных дефектов целесообразно использовать перемещенные кожно-фасциальные и кожно-мышечные лоскуты, микрохирургические лоскуты и их сочетание. Дефекты центральной зоны лица и орбиты целесообразно устранять с использованием технологии эпителизации. Одномоментная реконструкция предпочтительнее. Однако выполнение отсроченной реконструкции при неблагоприятном прогнозе позволяет обеспечить хороший визуальный локальный контроль.

Выводы: Владение широким арсеналом реконструктивно-пластических операций позволяет подобрать наиболее оптимальный вариант реконструкции для каждого вида дефекта покровных тканей, что способствует наиболее адекватной и полноценной реабилитации пациентов после удаления злокачественных опухолей покровных тканей лица.

ХИМЕРНЫЙ СВОБОДНЫЙ ЛОСКУТ НА ТОРАКО-ДОРЗАЛЬНЫХ СОСУДАХ. АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Поляков А.П., Ратушный М.В., Мордовский А.В., Маторин О.В., Ребрикова И.В., Никифорович П.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена – филиал Федеральной государственной бюджетной организации «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Первым упоминанием об использовании химерного свободного лоскута на торако-дорзальных сосудах с включением фрагментов широчайшей и передней зубчатой мышц является сообщение Кіеоппогі Нагіі с соавторами датированное 1982 годом. Авторы сообщают о трех удачных реконструкциях покровных и мягких тканей различных локализаций. Однако сообщений как в зарубежной, так и в отечественной литературе об использовании вышеупомянутого лоскута в устранении дефектов полости рта нет. Цель исследования: Изучить топографо-анатомические особенности химерного, свободного, реиннервированного лоскута на торако-дорзальных сосудах.

Материалы и методы: Анатомический этап исследования заключался в разработке оптимальных методов формирования химерного, свободного лоскута на торако-дорзальных сосудах с включением двух нервов. Анатомическая характеристика: лоскут включает в себя кожно-мышечную порцию, которая состоит из кожи, подкожной клетчатки и фрагмента широчайшей мышцы спины и дополнительную мышечную порцию из волокон передней зубчатой мышцы на единой сосудистой ножке. В состав лоскута включены 2 нерва: торако-дорзальный и длинный грудной нерв. Сосудисто-нервная ножка лоскута имеет постоянную анатомическую структуру. Главным питающим сосудом является торако-

дорзальная артерия, которая отходит от бассейна подмышечной артерии. Сосудистая ножка идет по латеральной стенке грудной клетки под широчайшую мышцу спины, отдавая постоянную ветвь к передней зубчатой мышце, которая и является ее основным источником кровоснабжения. Венозный отток осуществляется торако-дорзальной веной. Ход торако-дорзальной артерии сопровождается одноименный моторный нерв, а длинный грудной нерв отделяется от плечевого сплетения в медиальном промежутке, а затем опускается позади плечевого сплетения и ключицы на боковую поверхность грудной клетки, где иннервирует переднюю зубчатую мышцу. В 2016 году впервые химерный, свободный, реиннервированный лоскут на торако-дорзальных сосудах использован в отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена в качестве реконструкции языка после тотального его удаления и резекции мышц дна полости рта по разработанному методу. В настоящее время выполнено 7 успешных микрохирургических реконструкций у пациентов со злокачественным заболеванием языка. Так с помощью зубчатой мышцы удалось восстановить резецированную часть мышц дна полости рта, при этом стабилизировать гортанный комплекс, а с помощью фрагмента широчайшей мышцы спины создать неоязык, тем самым нормализовать механизм акта глотания.

Результаты: Некроза лоскута не наблюдалась ни в одном из случаев. В донорской ране осложнений не отмечено во всех наблюдениях. Средний период наблюдения за пациентами составил 16 месяцев. Деканюлированы и переведены на пероральное питание 5 пациентов (71%). К концу 6 месяца после операции функция звукопроизношения полностью восстановилась у 82% пациентов.

Выводы: Постоянная сосудистая анатомия, возможность изолированно реиннервировать две его мышечные части, объем трансплантированных тканей без значительного ущерба донорской области – делает возможным применение химерного свободного лоскута на торако-дорзальных сосудах в устранении сложных дефектов полости рта. С помощью разработанной методики возможно одномоментно устранить комбинированные дефекты языка у пациентов после тотальной глоссектомии и резекции мышц дна полости рта, что снижает уровень инвалидизации, позволяет добиться одномоментного восстановления пищевого проводящего функции и звукопроизношения, тем самым существенно улучшив качество жизни этой категории онкологических больных.

ЭФФЕКТЫ УКРОЧЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ТАРЗАЛЬНОЙ МЫШЦЫ

Потемкин В.В., Агеева Е.В.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская многопрофильная больница №2», Санкт-Петербург, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург

Трансконъюнктивальная миолерэктомия (ТКМ), описанная впервые в 1975 году Putterman, традиционно применяется для коррекции птозов верхнего века легкой или средней степеней. По сравнению с укорочением апоневро-

за леватора верхнего века данная методика является менее инвазивной, требует меньшей затраты времени, имеет более предсказуемый результат и меньшую частоту реопераций. Тем не менее, на сегодняшний день отсутствует единый универсальный алгоритм, позволяющий определить необходимую степень резекции верхней тарзальной мышцы (ВТМ). Это связано, на наш взгляд, с недостатком информации о том, к каким эффектам – благоприятным и неблагоприятным – приводит укорочение ВТМ и от чего они зависят.

Цель: Оценить эффекты укорочения ВТМ и выявить факторы, влияющие на результат операции.

Материалы и методы: В рамках исследования было обследовано 20 пациентов (26 век) с птозом верхних век легкой и средней степени на базе отделения офтальмологии № V ГМПБ № 2. Всем пациентам была выполнена ТКМ. До операции всем пациентам выполнялся фенилэфриновый тест. Основные оценочные показатели до и через 1 месяц после операции: степень птоза, MRD I, MRD II, функция леватора верхнего века, ширина глазной щели в центре, по латеральной и медиальной границам лимба, тест Ширмера II. Интраоперационно оценивались длина ВТМ, а также смещаемость белой линии при тракции за брюшко мышцы пинцетом. Был проведен корреляционный анализ для оценки связи между ответом на фенилэфриновый тест и смещаемостью белой линии.

Результаты: Степень птоза до операции была достоверно выше ($3,91 \pm 1,47$ до ТКМ, $0,44 \pm 0,5$ – после ТКМ, $p=0,0001$). Величина MRD I была достоверно ниже до операции ($0,65 \pm 0,5$ до ТКМ, $3,8 \pm 0,7$ после ТКМ, $p=0,0001$). Величина MRD II не отличалась до и после операции ($4,6 \pm 0,6$ до ТКМ, $4,9 \pm 0,3$ после ТКМ, $p=0,6$). Функция леватора не изменилась после операции ($13,4 \pm 1,7$ до ТКМ, $13,5 \pm 1,5$ после ТКМ). Ширина глазной щели в центре, по латеральному и медиальному краям лимба была достоверно выше после операции ($5,3 \pm 1,2$, $4,3 \pm 1,1$, $3,3 \pm 1$ соответственно до ТКМ, $8,74 \pm 0,75$, $6,9 \pm 0,9$, $5,17 \pm 1,1$ соответственно после ТКМ). Проба Ширмера II после ТКМ была несколько ниже, но данные статистически недостоверны (11 мм до ТКМ и 9,6 мм после ТКМ, $p = 0,39$). Длина ВТМ варьировала от 8 мм до 21 мм и в среднем составила $16,8 \pm 3,55$ мм. Можно предположить, что при различной длине ВТМ можно ожидать различный эффект при ее укорочении на одинаковую величину. Интраоперационная смещаемость белой линии при тракции за брюшко ВТМ варьировала от 1 до 4 и в среднем составила $2,8 \pm 0,8$ мм. Коэффициент корреляции между ответом на фенилэфриновый тест и смещаемостью белой линии составил $r=0,686$. Таким образом, связь между исследуемыми признаками – прямая, сила связи по шкале Чеддока – заметная, зависимость признаков статистически значима ($p=0,0018$). Выводы ТКМ является эффективной методикой хирургической коррекции птоза верхнего века легкой и средней степени при условии хорошей функции леватора верхнего века. Выполнение данного вида операции обеспечивает равномерный контур верхнего века. Укорочение верхней тарзальной мышцы не влияет на функцию леватора верхнего века. К негативным эффектам ТКМ можно отнести снижение базальной слезопродукции, которое не было статистически незначимым. Выявлена достоверная корреляция между смещаемостью белой линии, оцениваемой интраоперационно и ответом на фенилэфриновый тест. Таким образом, интраопераци-

онная смещаемость белой линии является одним из прогностических признаков успеха укорочения ВТМ и ее целесообразно включать в алгоритм расчета степени резекции.

ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОНКОПЛАСТИЧЕСКОЙ РЕДУКЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Преждецкий Ю.В., Позднякова В.В., Преждецкая В.Ю.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение: В настоящее время макромастию рассматривают значимым фактором риска возникновения рака молочных желез (РМЖ). Органосохраняющие резекции больших молочных желез (МЖ) при раке в дальнейшем создают трудности в топометрии при планировании лучевой терапии из-за большого остаточного объема желез и их выраженной подвижности. Онкопластическую редукционную маммопластику при макромастии у онкологических больных можно признать оптимальной, однако техническая сложность, длительность операции, специфические осложнения, а также необходимость привлечения сертифицированного пластического хирурга существенно ограничивают применение данного метода.

Цель исследования: Разработать способ онкопластической редукционной маммопластики без формирования питающей ножки сосково-ареолярного комплекса.

Материал и методы: 19 больных РМЖ (T1N0M0 – T2N1M0) (основная группа) и 15 больных (контрольная) оперированы в 2014–2018 гг. Больным основной группы осуществляли билатеральную редукционную маммопластику без формирования питающей ножки для сосково-ареолярного комплекса (САК). Сосок формировали одновременно с основной операцией из кожи и жировой клетчатки верхних отделов железы. Больные контрольной группы подверглись двусторонней онкопластической редукции МЖ с формированием различных вариантов питающей ножки (верхняя – 1, латеральная – 3, медиальная – 4, нижняя – 7 наблюдений). Лимфодиссекция осуществлялась из отдельного аксилярного доступа. Все больные подверглись адъювантной дистанционной гамма-терапии. **Результаты:** Средняя масса резецированной ткани одной железы с учетом здоровых МЖ составила в основной группе $619,8 \pm 72,6$ г, в контрольной – $558,5 \pm 69,8$ г ($t=0,61$; $p=0,5476$); средняя длительность операции в основной группе $173,2 \pm 14,6$ мин, в контрольной – $228,4 \pm 17,6$ мин ($t=2,43$; $p=0,021751$). При расположении опухоли в верхних отделах МЖ среднее расстояние от опухоли до края резекции в основной группе составило $18,6 \pm 1,8$ мм, в контрольной – $16,1 \pm 2,3$ мм ($t=0,86$; $p=0,399273$). В указанные сроки наблюдения прогрессирования онкологического процесса не отмечено. У 1 больной контрольной группы с формированием латеральной ножки отмечалась ишемия перемещенного САК больной МЖ, купированная медикаментозно. Практически у всех больных отмечалась преходящая умеренная отечность больной МЖ из-за регионарной лимфодиссекции, что расценивалось не как осложнение, а как особенность течения послеоперационного периода.

Значимых осложнений лучевой терапии не отмечено, у 2 женщин контрольной группы и 4 больных основной сформировались липогранулемы в проекции питающей ножки и вертикального рубца. Большую склонность к послеоперационному мастоптозу имели железы с формированием нижней питающей ножки, которая при значительной массе не несет поддерживающей функции, а лишь усиливает нагрузку на нижние отделы железы.

Выводы: Данный подход увеличивает возможности для маневра в операционной ране в связи с отсутствием питающей ножки САК. У больных с высокой локализацией опухоли линия резекции отстояла от видимого края опухоли более 1 см. Способ позволил достоверно сократить время операции, избежать потенциальных осложнений, связанных с перемещением САК, а также получить конструкцию МЖ, подверженную рептозирования в меньшей степени, чем при формировании нижней питающей ножки. Предлагаемое хирургическое вмешательство может рассматриваться как операция выбора при раке больших молочных желез ввиду простоты исполнения, умеренных временных затрат, отсутствия осложнений, связанных с питающей ножкой САК и достижения хороших эстетико-функциональных результатов.

ПРОБЛЕМЫ МЕДИАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ВЕРХНЕЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКЕ

Пржедецкий Ю.В., Пржедецкая В.Ю.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение: Верхняя блефаропластика является одной из самых популярных эстетических операций. По данным журнала *Vademecum* в 2016 году блефаропластика по числу выполненных операций заняла 1 место в России, впервые опередив бессменного лидера – аугментационную маммопластику. Безболезненность, малая травматичность, короткое время операции и реабилитации, а также впечатляющие конечные результаты являются основой популярности данного вмешательства. Тем не менее, эта операция, как впрочем, и другие, не лишена проблем, не решенных до настоящего времени. Одной из них следует считать проблему медиальной зоны кожного разреза. Нередко приходится видеть пациентов, недовольных нависанием избытка кожи над рубцом. Этому явлению есть разумное объяснение: хирурги знают, что даже незначительная избыточность иссечения кожи в этой зоне приводит к невозможности смыкания век в медиальном отделе. При этом некоторая перестраховка хирурга приводит вышеописанному результату. Но даже если хирург удалил адекватное количество кожи в медиальном отделе, разница в длине верхнего и нижнего раневых краев при ушивании может привести к вышеописанному эффекту. Многочисленные попытки решения данной проблемы – раздваивающийся разрез, изменения направления иссечения кожи в сторону переноса, иссечение треугольников Wigow, разное расстояние между вколами на верхнем и нижнем краю при ушивании не привели к полному удовлетворению хирургов. Цель работы: предложить способ иссечения и ушива-

ния кожи медиальных отделов раны при верхней блефаропластике, повышающий эстетику конечного результата.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 138 пациентов, оперированных в 2015–2018 гг. по поводу верхнего блефарохлазиса. У 16 из них данные изменения сопровождались умеренно выраженным медиальным эпикантусом верхних век. У 56 пациентов кожный разрез осуществляли классически, по ходу тарзальной складки (1 группа). Ушивание раны при этом производили с разным расстоянием между вколами иглы на верхнем крае (больше) и на нижнем (меньше). У 52 женщин медиальный край кожных разрезов изгибали горизонтально и даже несколько вверх в сторону переноса с целью максимального удаления избытков кожи (2 группа). В 30 случаях кожный разрез производили по складке, но определенным образом. Ушивание кожи осуществляли со смещением кожных краев (3 группа). **Результаты:** В 1 группе расположение послеоперационного рубца было оптимальным и малозаметным. Однако при наличии эпикантуса, выраженность последнего несколько нарастала из-за контрагирования послеоперационного рубца и соосности его с гребнем эпикантуса. Примерно у половины пациентов отмечалось незначительное выбухание кожи над рубцом за счет компрессии раневого края швами и изменения пространственной геометрии данного участка. Именно эта ситуация являлась наиболее частой причиной недоумения больных. Во второй группе длина раневых краев была равной, ушивание не требовало специальной адаптации раневых краев, однако послеоперационный рубец в медиальной части располагался горизонтально, за пределами складки и был заметен при открытых глазах. В третьей группе рубец располагался в складке, не было отмечено нависания верхнего края, но длина рубца увеличивалась за счет смещения кожных краев и в ряде случаев достигала комиссуры век. **Выводы.** Каждый из описанных методов имеет свои преимущества и недостатки. По-видимому, индивидуальный подход к разным исходным ситуациям поможет хирургам получать максимальный эстетический эффект, однако способ, предложенный авторами, имеет меньшее число отрицательных характеристик.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕВИЗИОННОЙ УВЕЛИЧИВАЮЩЕЙ МАММОПЛАСТИКИ

Пшениснов К.П., Шелег М.Ю., Шульгин Э.А.

«Центр пластической хирургии» Ярославль, «Европейский медицинский центр» Москва

Проанализирован 25-летний опыт увеличивающей маммопластики – ревизионного эндопротезирования молочных желез. Выделены две группы показаний: 1. По эстетическим пожеланиям пациенток 2. При осложнениях маммопластики. В группе эстетических показаний пациентов – увеличение размера груди или ее уменьшение. Осложнения ЭПМЖ были связаны со смещением имплантатов, вторичного птоза железы, контрактурой 4 степени, разрывом имплантата, поздние серомы, анимационные искажения. Каждый клинический случай требовал индивидуального подхода. Были применены различные методики коррекции: замена или удаление имплантатов, расширенные варианты мастопексий, в некоторых случаях в

сочетании с резекцией железистой ткани, работа в области субмаммарной складки (фиксация или реконструкция), пересадка жировой ткани и др.

Выводы: – ревизионная маммопластика постоянно повышает удельный вес операций в практике пластического хирурга – тенденции к уменьшению размера или удалению имплантатов больше, чем увеличения груди – формирование ИМС с применением методов реконструктивной хирургии является необходимым при ревизионном протезировании – циркумвертикальная мастопексия по Hammond соответствует требованиям современной ревизионной маммопластики – липофилинг является дополнительным инструментом для коррекции дефектов и восполнения объема при ревизионной маммопластике – для достижения оптимального результата необходимо владение всеми методиками пластической хирургии молочной железы.

ХИМИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО СИНХРОННОГО РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

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

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

Цель: Оценить чувствительность первично-множественного синхронного рака молочных желез к неoadъювантной химиотерапии.

Материалы и методы: В исследование включено 16 пациенток с первично-множественным синхронным раком молочных желез (РМЖ). Возраст пациенток составил от 34 до 67 лет, средний возраст 45 лет. Начальные стадии РМЖ (I-IIA) – зарегистрированы в 13 наблюдениях, местно-распространенные (IIB-IIIC) – в 19 случаях. Гистологическая форма опухолевых узлов у 13 пациенток была одинаковой в обеих молочных железах, у 3 опухолевые узлы в молочных железах отличались.

По ИГХ опухоли суммарно разделились следующим образом: тройной негативный тип в 9, люминальный тип А – в 4, люминальный тип В Her2 – негативный – в 10, люминальный тип В Her2-позитивный – в 5, Her2-позитивный – в 2 наблюдениях. Мультицентричность в одной молочной железе выявлена у 6 больных (37,5%), у остальных пациенток имелась моноцентричная опухоль. Количество курсов НАПХТ от 6 до 8, в 4 случаях химиотерапия была в комбинации с таргетной терапией трастузумабом. У 15 пациенток в НАПХТ были включены таксаны.

Объем хирургического лечения был следующим: радикальная мастэктомия выполнена 7 пациентам, радикальная подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией – 9 пациентам.

Результаты: Лечебный патоморфоз отсутствовал в 2 случаях, был слабо выражен (I степень) – в 4, II степени – в 11, III степени – в 6, IV степени – в 9 случаях. Необходимо отметить, что из 7 пациенток с отечно-инфильтративной формой РМЖ ни в одном случае не был достигнут ЛП IV степени, несмотря на его различные биологические типы. Наиболее часто полный патоморфологический ответ отмечен при тройной негативном типе 37,5±9,1%. Анализ

зависимости лечебного патоморфоза показал, что ответ на лекарственную терапию отличается, несмотря на идентичность гистологической формы и иммуногистохимических параметров, и только у 4 пациентов ЛП был одинаков.

Заключение: По результатам нашего исследования реакция синхронных опухолей у одной и той же больной на НАПХТ в большинстве случаев не совпадала. Наиболее часто полный патоморфоз отмечен при тройном негативном типе, что соответствует современным представлениям о поведении этого агрессивного биологического типа РМЖ. Мы полагаем, что необходимо дальнейшее изучение особенностей реакции синхронных опухолей на неoadъювантное воздействие, накопление клинического материала для достоверного подтверждения полученных данных, что важно для выработки адекватной тактики лечения и наработки теоретических знаний патогенеза лекарственной чувствительности/резистентности опухолей молочной железы.

РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ПОДКОЖНЫХ МАСТЭКТОМИЙ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рассказова Е.А., Зикиряходжаев А.Д., Тукмаков А.Ю.

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

Цель исследования: Оценить рецидивы у больных раком молочной железы (РМЖ), которым выполнены радикальные подкожные мастэктомии с одномоментной реконструкцией. Материалы и методы: С 2013 года по 2017 год в МНИОИ им.П.А.Герцена выполнены радикальные подкожные мастэктомии с различными вариантами реконструкций у 474 больных РМЖ. Реконструкция осуществлялась аутоотканями, а также экспандерами, с последующей заменой на эндопротезы, а также комбинация эндопротезами с или без лоскутов. Средний возраст больных 43,8 лет. Распределение по стадиям пациенток: 0 ст – 26 (5,5%), I ст – 161 (34%), IIA ст – 136 (28,7%), IIB ст – 56 (11,8%), IIIA ст – 63 (13,3%), IIIC ст – 22 (4,6%), III Б ст – 10 (2,1%). НАПХТ выполнена 107 пациенткам, что составило 22,6%. Распределение по биологическим типам РМЖ следующее: люминальный А – 165 (37%), люминальный тип В – 84 (18,8%), люминальный тип В her2 позитивный – 74 (16,6%), тройной негативный – 81 (18,2%), her2 позитивный – 42 (9,4%).

Результаты: Сроки возникновения рецидивов составили от 0,8 до 3,5 лет. В 1 случае местный рецидив диагностирован одномоментно с отдаленными метастазами. Всего у 7 больных диагностирован рецидив, при этом в 3 случаях локальный и в 4 случаях регионарный рецидив (метастазы в подключичных лимфатических узлах). Лечение рецидивов РМЖ было следующим: в двух случаях проведены курсы полихимиотерапии, в 4 выполнены операции – иссечение рецидива в молочной железе (2) и подключичная лимфаденэктомия (1), в 1 случае – лучевая терапия. Несмотря на наличие повторной операции сохранение реконструированной молочной железы после рецидива РМЖ несомненно повышает качество жизни пациенток даже после рецидива. У всех пациенток после удаления рецидива не выявлено повторного рецидива. Метастазы

диагностированы у 18 (3,8%) пациенток. Общая 2 летняя выживаемость составила 98,5%. В 13,6% рецидивы были диагностированы при IIIС стадии РМЖ, наименьший процент рецидива 0,7% при IIA стадии. При люминальном типе А рецидив диагностирован в 0,6%, при люминальном В в 1,2%, при тройном негативном типе – 2,5%, при люминальном В *her2* позитивном – 4,1%. Наибольший процент отдаленного метастазирования – 20% при IIIБ стадии, но число IIIБ стадии, включенное в исследование составило 10, а наименьший процент при I стадии – 1%.

Заключение: Лечение рецидивов РМЖ было комплексным, обязательно повторное иммуногистохимическое исследование рецидивов. У всех пациенток была сохранена молочная железа в случае хирургического лечения рецидива, что улучшает качество жизни пациенток.

ДЕРМАЛЬНО-СУБДЕРМАЛЬНАЯ АТРОФИЯ ПОСЛЕ ПОДКОЖНОГО ВВЕДЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ

Резник А.В.

ООО «Медицинский центр АРклиник», Санкт-Петербург

Актуальность: Препараты глюкокортикоидных гормонов (ГКС) используются в косметологии с целью «управляемой гипотрофии» подкожно-жировой клетчатки: коррекции малярных мешков, ширины кончика носа и т.д. Однако имеют низкую эффективность и высокую частоту осложнений в виде дермально-субдермальной атрофии.

Материалы и методы: Рассмотрен механизм возникновения атрофии кожи и подкожно-жировой клетчатки после инъекции ГКС, включая атрофию мягких тканей в месте введения, механизм распространения ГКС из места введения с последующей атрофией тканей в отдаленных областях. Представлен клинический случай дермально-субдермальной атрофии щеечно-скуловой области после инъекции дипроспана в область малярного мешка. Показаны этапы лечения атрофии, а также этапы последующей коррекции малярных мешков и средней трети лица гиалуроновыми филлерами.

Результаты и выводы: ГКС инъекции не должны использоваться для коррекции малярных мешков из-за высокого риска атрофии кожи и подкожно-жировой клетчатки. Наилучшие результаты достигаются при ранней коррекции дермально-субдермальной атрофии и сочетании нескольких методов коррекции.

СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ И ЭВОЛЮЦИЯ СОЗНАНИЯ: ВРАЧ – РУКОВОДИТЕЛЬ – ЛИДЕР МНЕНИЙ

Резник А.В.

ООО «Медицинский центр АРклиник», Санкт-Петербург

Актуальность: Последнее время социальные сети занимают ведущую роль в качестве маркетингового инструмента клиники косметологии.

Материалы и методы: В докладе представлены преимущества и роль в маркетинговой политике клиники каждого из инструментов: личный бренд врача, бренд руководителя, бренд лидера мнений.

Выводы: Оптимальные результаты продвижения услуг клиники в социальных сетях возможны при гармоничном сочетании и развитии бренда врача, бренда руководителя и бренда лидера мнений.

ЭВОЛЮЦИЯ РОБОТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Решетов И.В., Сукорцева Н.С., Святослав Д.С., Шевалгин А.А., Насилевский П.А.

Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России, Москва

Концепция малоинвазивной хирургии представляет интерес для врачей со времен Гиппократа, но только в двадцатом веке такие технологические достижения, как операционный микроскоп, хирургические роботы, ригидные эндоскопы и лазеры, позволили хирургам начать выполнять операции через естественные отверстия тела или через малые разрезы на коже. Хирургические роботы повсеместно используются в различных хирургических специальностях, но только относительно недавно получили применение в отоларингологии, хирургии головы и шеи. Высокие уровни маневренности инструментария, увеличения, и отличная визуализация делает современных хирургических роботов идеальными для определенных ограниченных пространств головы и шеи, включая ротоглотку, гортаноглотку и гортань. В клинике пластической хирургии ПМГМУ имени И.М. Сеченова было внедрено ряд методов лечения онкологических заболеваний головы и шеи у пациентов, находящихся на ранних стадиях развития онкологического заболевания (T1-T2) и не желающих иметь рубцов в видных местах. Применялись гибридные методики, сочетающие в себе робот-ассистированные и эндовидеохирургические доступы, обеспечивающие минимизацию риска кровопотери и прецензионность хирургических действий. Во всех случаях проводились операции из удаленного доступа, с формированием подкожного тоннеля или через естественные отверстия. С целью оптимизации визуализации новообразований пациенты проходили обследование на МСКТ 640. Успешно проведено 22 операции. Шесть операций были выполнены на щитовидной железе, из подмышечного доступа у женщин, не желающих иметь рубец на передней поверхности шеи. Две операции на лимфатических узлах шеи из заушного доступа у пациентов с метастазами опухоли носоглотки и щитовидной железы. Также было выполнено 11 операций трансоральным способом, в области ротоглотки 7 операций и две выполнены трансоральным способом при удалении опухолей полости носа и 2 ларингоэктомии из переднего шейного доступа, микрохирургическая аутоаутоперфорация 1 операция. 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 лече-

ния 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.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ОШИБКИ В ПЛАНИРОВАНИИ ПЛАСТИКО-РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Саакян С.В., Амирян А.Г., Мякошина Е.Б.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Московский научно-исследовательский институт глазных
болезней им. Гельмгольца», Москва*

Актуальность: Патологические состояния периорбитальной области и передних отделов орбиты как правило, сопровождаются анатомическими и косметическими нарушениями в виде отека и гиперемии век, опущения верхнего века или, наоборот, ее ретракция, выстояние и/или смещение глаза, которые могут являться «масками» опухолевых процессов. Поиск причин, приводящих к данным состояниям, является актуальной задачей, так как неадекватное ведение таких больных с может привести к серьезным последствиям.

Материалы и методы: За период 2016–2018 годы в отделе офтальмоонкологии и радиологии пролечено 11 больных женского пола, поступивших с рецидивами новообразований век после пластических операций в возрасте 34–68 лет. Анамнез заболевания от 11 мес до 5 лет. У всех больных диагнозы верифицированы.

Результаты: Анализ клинической картины, данных обследования показал и проведенного ранее лечения показал, что 6 больных были пролечены ранее по поводу опухолей век (БКР, ПКР и лимфомы), у 2 больных диагностирована ЭОП и у 3 больных псевдотумор вследствие токсикоаллергической реакции. При этом дополнительного обследования для уточнения этиологии процесса перед пластическими операциями проведено не было. Во всех случаях эффект был временным в связи с отсутствием патогенетического лечения.

Заключение: Одним из наиболее частых ошибочных подходов в ведении пациентов с патологией орбиты и периорбитальной зоны является блефаропластика, направленная на «устранение» клинической симптоматики в области век. Принимая во внимание стремительное развитие пластической хирургии и, имея многолетний опыт работы с больными с патологией орбиты (в том числе с онкологическими заболеваниями), необходимо рекомендовать обязательное проведение полного клинического и инструментального (с включением в схему УЗИ и КТ орбит) обследования лиц косметическими дефектами в области век и периорбитальной зоны. Соблюдение строгого протокола обследования позволит избежать диагностических ошибок и неадекватного ведения больного.

ПСЕВДОТУМОР ОРБИТЫ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ТОКСИКОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ БОТУЛОТЕРАПИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Саакян С.В., Склярова Н.В., Алиханова В.Р., Тацков Р.А.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Московский научно-исследовательский институт глазных
болезней им. Гельмгольца» Министерства здравоохранения
РФ, Москва*

Актуальность: Псевдотумор орбиты – патологический процесс с вовлечением тканей орбиты, имитирующий опухоль, в основе которого лежат воспалительные реакции. Клиническая симптоматика псевдотумора разнообразна и диагностика не всегда проста, поскольку заболевание может имитировать злокачественное новообразование.

Материал и методы: В нашу клинику обратились пациентки в возрасте 36 и 48 лет с жалобами на появление пастозности в области периорбитальных тканей, частичный птоз, ограничение подвижности глаза, экзофтальм. Процесс носил монолатеральный характер. В анамнезе у обеих пациенток проведены косметологические процедуры в области скуловой и лобной зоны с использованием ботулотоксина. Спустя неделю от момента проведения процедуры пациентки отметили вышеперечисленные симптомы нарастающего характера. В одном случае, в ходе обследования под верхне-наружной стенкой орбиты пальпировалось мягкоэластическое образование с неровной поверхностью, смещаемое вглубь орбиты. По данным КТ в орбите определялся объемный процесс с вовлечением слезной железы (нельзя исключить изменения со стороны слезной железы парного глаза). По данным эхографии образование орбиты имело гипоехогенную неоднородную структуру с элементами тяжей. В режиме ЦДК патологическая ткань обильно васкуляризирована, кровоток с низкими скоростными сопротивлениями (что не исключало наличие лимфопролиферативного процесса). По результатам обследования поставлен вопрос о дифференциальной диагностике новообразования и псевдотумора орбиты, в связи с чем первым этапом лечения проведена глюкокортикоидная местная и НПВС общая терапия. На фоне лечения получена положительная динамика: значительно сократился объем слезной железы, уменьшилось напряжение и пастозность периорбитальных тканей. При контрольном эхографическом исследовании подтверждено изменение структуры патологической ткани: уплотнение ткани с обеднением ее сосудистого рисунка. Во втором случае по м/ж проведена противовоспалительная пероральная терапия без эффекта. По прекращению терапии отмечено ухудшение состояния: усиление отека периорбитальных тканей, птоза, уплотнение под орбитальной стенкой со смещением глаза книзу, косоглазие и ограничение подвижности глаза во всех направлениях. При обследовании в Институте по данным КТ орбит имелась объемное образование под верхней орбитальной стенкой с вовлечением слезной железы, леватора, верхней и наружной прямых мышц. Проведена эксплораторная орбитотомия. Гистологически подтверждено хроническое продуктивное не гранулематозное иммунное воспаление тканей орбиты. На фоне проведенной в послеоперационном периоде медикаментозной терапии с применением пролонгированных ГКС отмечена значительная положительная динамика. По результатам динамического

наблюдения, 6–12 месяцев, состояние пациенток стабильное. Косметический эффект удовлетворительный.

Вывод: Таким образом, описанные клинические случаи показывают, что ботулинотерапия может являться провоцирующим фактором развития воспаления тканей орбиты как токсико-аллергической реакции на препарат ботулотоксина.

АЛГОРИТМ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ И СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АБДОМИНОПЛАСТИКИ

Седышев С.Х.

Введение

Классическая абдоминопластика (КА) и липоабдоминопластика (ЛА) являются одними из самых объёмных эстетических операций с большим количеством послеоперационных осложнений. Наиболее распространёнными из них являются серомы, гематомы, патологическое рубцевание, некрозы кожи и подкожной жировой клетчатки.

Цель

Разработать алгоритм минимизации числа послеоперационных осложнений

Материал и методы

Исследование проведено проспективно на группе пациентов (n=375), из них жен =361, муж =14. Всем пациентам выполнена КА (n=92) или ЛА (n=283) в период с 11.2016 – 11.2018гг. Средний период послеоперационного наблюдения составил 16 мес.

Результаты

С целью профилактики сером мобилизация кожно-жирового лоскута производилась на уровне фасции Скарпа от надлобковой области до окологупочной, далее на уровне апоневроза. Никаких швов между лоскутом и апоневрозом не накладывалось. Применялось активное дренирование с установкой многоканальных дренажей вдоль горизонтального шва и вертикально по средней линии в течение 7 дней. Это позволило снизить общее количество сером до 4,3% (в том числе сером в надлобковой области до 0%) вне зависимости от типа операции и исходных данных пациента (возраст, масса тела).

Для профилактики некрозов кожи и ПЖК достигалась оптимальная растяжимость и уровень перфузии в лоскуте. При исходном пинч-тесте в эпигастральной области более 20мм выполнялась деликатная липосакция. Мобилизация лоскута производилась тоннельным методом с сохранением латеральной группы перфорантных сосудов. Иссечение избытков лоскута производилось при небольшом сгибании и с имитацией равномерного натяжения по всей ширине лоскута. При невозможности натяжения в прямом положении добавлялся вертикальный компонент по средней линии. Среднее артериальное давление после мобилизации лоскута поддерживалось на уровне не ниже 80 мм рт.ст. Данные действия позволили снизить число некрозов до 0,26%

В целом удовлетворенность результатом операции у пациентов к сроку 12 мес n/o, оцененная по ВАШ, выросла с 76 до 91.

Вывод

Использование данных приёмов может заметно снизить частоту осложнений после абдоминопластики, в том числе таких драматических, как ишемия и некроз кожи и ПЖК.

АБДОМИНОПЛАСТИКА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Сергиенко Е.Н., Волынская И.А.

Областная клиническая больница г. Тверь

Хирургическое лечение пациентов с наличием последствий избыточного питания и послеродовыми изменениями, выраженные образованием кожно-жирового лоскута, а так же больших вентральных грыж, остается актуальной проблемой пластической хирургии. Социальная дезадаптация, снижение трудоспособности и эстетическая неудовлетворенность этих больных определяет характер хирургической тактики.

Цель исследования: Оценка эффективности сочетания абдоминопластики и вентрального грыжесечения. Материал и методы. За период 2014– 2018 гг. в хирургическом отделении ГБУЗ «ОКБ» г. Твери находилось на лечении 1025 больных с последствиями избыточного питания и послеродовыми изменениями мягких тканей передней брюшной стенки, из них пациенты с вентральными грыжами составили 466 (45,5%). Использовались стандартные методы статистической обработки данных. Средний возраст женщин составил 38 лет. Наиболее тяжелую группу представляли больные с большими (109 – 23,4%) и гигантскими (38 – 8,2%) грыжами. Эти грыжи вызывали деформацию и асимметрию живота. Подавляющее число больных предъявляло жалобы на наличие диспептических расстройств, снижение работоспособности и депрессию.

Результаты: Все пациенты были оперированы, причем герниопластика местными тканями (в т.ч. дубликатурными методами) проведена в 64,2% случаев, а синтетические сетчатые имплантаты применены у 35,8%. В момент операции максимально бережно относились к тканям, проводили полноценный и надежный гемостаз, профилактику развития компартмент-синдрома в раннем послеоперационном периоде, а в отдаленные сроки – профилактику рецидива грыжи. Всем больным проводили предоперационную подготовку, а в ходе операций применяли современные электрохирургическое оборудование, обеспечивающее «бескровное» и быстрое рассечение тканей. В работе использовали современные шовные материалы, профилактическую антибиотикотерапию и активное дренирование остаточных полостей, применение эластичного компрессионного белья. Интраоперационные приемы, позволяющие улучшить ближайшие и отдаленные результаты операций, претерпели изменения. Особое внимание уделяли этапу моделирования и иссечения избытка кожно-жирового лоскута, моделирующее иссечение грыжевого мешка для последующего безнатяжного надежного закрытия им органов брюшной полости. Во всех наблюдениях герниопластику сочетали с абдоминопластикой, что позволило получить лучший результат и социально адаптировать пациентов.

Выводы: Сочетание абдоминопластики с хирургическим лечением больших вентральных грыж у пациенток с последствиями избыточного питания и послеродовыми изменениями поверхностных мягких тканей передней брюшной стенки позволяет надежно закрыть грыжевой дефект брюшной полости любых размеров, максимально надежно устранить угрозу развития кишечной непроходимости и рецидива грыжи, обеспечить хороший эстетический эффект и значительно улучшить качество жизни пациентов.

**ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТАНДАРТНЫХ СВОБОДНЫХ
ЛОСКУТОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ
ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

Старцева О.И., Мельников Д.В., Иванов С.И., Синельников М.Е., Макаренко Д.А.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова», Москва

Введение: Лоскуты передней брюшной стенки считаются наиболее надежными по качеству реваскуляризации, объемным показателям, и приживаемости. Частота послеоперационных осложнений при использовании свободных лоскутов передней брюшной стенки, таких как DIEP-лоскут и SIEA-лоскут достигает по данным некоторых авторов до 70% и более [Gill, 2004]. Трансплантация лоскутов со сложной реваскуляризацией (лоскуты, имеющие более одного пути артериального притока, венозного оттока) в реципиентную зону позволяет снизить уровень послеоперационных осложнений, утилизируя сложную сосудистую архитектуру передней брюшной стенки.

Материалы и методы: Реконструкция молочных желез с использованием лоскутов передней брюшной стенки со сложной реваскуляризацией выполнена 19 пациентам в период с 2016 по 2018 год. У 12 пациентов были предшествующие вмешательства на переднюю брюшную стенку. Лучевая терапия на область реципиентных сосудов (внутренние грудные артерия и вена) ранее проводилась 7 пациентам. Всем пациентам выполнена односторонняя реконструкция молочных желез свободным лоскутом передней брюшной стенки со сложной реваскуляризацией. 11 пациентам выполнена реконструкция с помощью одностороннего нестандартного лоскута с реваскуляризацией по типу DIEP/SIEA, из них 9 случаев с артериальным притоком по DIEP, венозному оттоку по DIEP и SIEA, 1 случай артериального притока по SIEA с венозным оттоком по SIEA и DIEP, 1 случай артериального притока по SIEA с венозным оттоком по венам DIEP. 6 пациентам выполнена реконструкция с использованием двустороннего нестандартного лоскута с реваскуляризацией по типу biDIEP/SIEA, в 5 случаях с артериальным притоком по DIEP и венозным оттоком по DIEP- и SIEA-системам, в 1 случае с артериальным притоком по DIEP- и SIEA-системам с венозным оттоком по DIEP- и SIEA-системам. 2 пациентам выполнена реконструкция молочных желез с использованием одностороннего нестандартного лоскута с реваскуляризацией по типу DIEP/SIEA с пересадкой лимфатического узла. Для контроля приживаемости лоскута проводилось УЗДГ анастомоза с оценкой скорости кровотока, визуальный осмотр в течение 2 недель после операции, далее через 1, 3, 6, 12 месяцев. Оценивалась жизнеспособность лоскута, скорость кровотока, толщина лоскута, частота развития легких, средней степени тяжести и тяжелых осложнений. Анализ результатов осуществлялся с помощью УЗИ, доплерографии, оценки результатов независимым хирургом, фотодокументирования и анкетирования.

Результаты: Во всех случаях был достигнут положительный результат, с высоким уровнем удовлетворенности операции со стороны пациента, и со стороны независимого хирурга. Всего выполнено 19 реконструкций молочных желез данным методом. Жизнеспособными признаны все

лоскуты. Транзиторные венозные осложнения манифестировали в 1 случае: у пациентки с выполненной двусторонней реконструкцией с реваскуляризацией по типу biDIEP/SIEA с артериальным притоком по DIEP и венозным оттоком по DIEP/SIEA системам, на первые сутки после операции лоскут посинел, капиллярная реакция ускоренная. Венозный застой удалось устранить в результате комплексной консервативной терапии. Потеря объема лоскута более 10% наблюдалась в 3 случаях (15%): 25% у пациентки с реконструкцией лоскутом по типу biDIEP/SIEA, 20% в двух случаях у пациентов с предшествующей лучевой терапией. Обратимое снижение скорости кровотока в первые дни наблюдения после операции наблюдалось в 5 случаях (26%), в каждом из которых удалось достичь стабилизации консервативным лечением. Ревизия потребовалась в 1 случае (5%), у пациентки с предшествующей лучевой терапией СОД 60Гр на реципиентную зону, в первые сутки после операции диагностирован артериальный тромбоз микрососудистого анастомоза, принято решение провести ревизию, реанастомоз, что привело к восстановлению жизнеспособности лоскута. Отсроченные осложнения в виде сером (15%), гематом (5%) были характерны для пациентов с предшествующим облучением грудной клетки. **Выводы:** Использование нестандартных свободных лоскутов передней брюшной стенки со сложной реваскуляризацией позволяет добиться минимального уровня осложнений у пациентов с неблагоприятным преморбидным фоном. Нестандартные лоскуты со сложной реваскуляризацией позволяют минимизировать риск развития послеоперационных осложнений в виду взаимокompенсирующих и дополняющих друг друга сосудистых систем, а так же максимально сохранить анатомическую структуру пересаженного лоскута.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ
ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ
ФИЛЛЕРА НА ОСНОВЕ СТАБИЛИЗИРОВАННОЙ
ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ
ИССЛЕДОВАНИЯ**

Суркичин С.И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Больница с Поликлиникой» Управления делами Президента РФ, Москва

Целью нашего исследования было определить эффективность и безопасность имплантата внутридермального на основе стабилизированной BDDE гиалуроновой кислоты. В группу исследования вошли 10 пациенток с признаками биологического старения, гравитационного птоза, статических морщинами кожи в возрасте от 36 до 55 лет, из них 2 мужчин, 8 женщин. Всем пациентам в проблемные области лица ввели внутридермальный имплантат на основе стабилизированной BDDE гиалуроновой кислоты. Концентрация гиалуроновой кислоты в нем 20 мг/мл, стабилизатор BDDE (1,4-бутандиол диглицидил эфир). Пациентам было проведено клиническое обследование, включающее изучение анамнеза жизни и жалоб, физикальное обследование, инструментальные исследования: фотофиксация,

магнитно-резонансная томография до 6 месяцев после инъекций, иммуногистохимическое исследование до, через 3 месяца после инъекций.

Результаты: Субъективно врачами, выполняющими процедуры, было отмечено, что филлер достаточно пластичный, легко вводится, моделируется в тканях, не мигрирует. Процедура переносима пациентами, не было получено нежелательных эффектов. Желаемый эффект во всех случаях был достигнут. 3 пациентам из 10 филлер вводили в область носогубных складок, 2 пациентам в губы, 1 пациентке в область поверхностных морщин кожи лба, 1 в область гусиных лапок, 2 пациентам в область губоподбородочных складок, 1 пациенту в область скул. Магнитно-резонансная томография была выполнена на аппарате Toshiba с разрешением 1,5 Тл пациентам до исследования, через 6 месяцев после инъекций с целью наблюдения за скоростью биодеградации филлера и способностью к миграции. Срок наблюдения составил 1 год. На снимке до введения филлера видно, что в области введения филлера накопления препарата нет. Сразу после введения стало заметно скопление вещества белого цвета. Через 6 месяцев после введения филлера размер затемнения в области введения филлера уменьшился на 15–30%, при этом филлер не мигрировал, остался в месте первичного введения. Имплантат внутридермальный остается в зоне введения минимум в течение 6 месяцев, не мигрирует, не дает воспалительных реакций в организме.

Кроме того, нами было выполнено гистологическое исследование панч-биоптатов кожи заушной области 2 женщин-добровольцев позднего репродуктивного и перименопаузального возраста: до и после введения препарата. Биоптаты фиксировались в 10% нейтральном формалине, заливались в парафин по общепринятой методике. Серийные парафиновые срезы окрашивались гематоксилином и эозином, толуидиновым синим, по Ван Гизону, ставилась PAS-реакция. Иммуногистохимические реакции также проводились на серийных парафиновых срезах с использованием демаскировки антигенов в ретривере в соответствии с общепринятым протоколом. Методом двойных антител выявляли коллагены 1 и 3 типов (DAKOCYTOMATION, в разведении 1:100), эластин, KI67 (DAKOCYTOMATION, в разведении 1:100). Сравнительный анализ коллагена I и III типов, эластина, а также других гистоморфологических характеристик (наличие воспалительной реакции, ангиогенез и т.д.) проводили с помощью полуколичественного метода оценки интенсивности окрашивания гистологических препаратов (балльная система обсчета).

Морфологические особенности кожи женщин заключались в относительно малой толщине эпидермиса. Иммуногистохимические особенности кожи женщин заключались в следующем:

- Накопление коллагенов 1 и 3 типа
- Накопление эластина в дерме
- Относительно большое количество новообразованных сосудов
- Относительно большое количество пролиферирующих клеток в эпидермисе.

В результате проведенного исследования можно сделать вывод, что препарат не подвергается полной биодеградации как минимум в течение 6 месяцев, не мигрирует из зоны введения, не дает воспалительных реакций в организме, стимулирует образование соединительной ткани в дерме с накоплением в ней коллагена, эластина, поэтому его можно рекомендовать с целью омоложения кожи всем пациентам с признаками биологического старения.

РОДОВОЙ ПАРАЛИЧ – ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ НЕВРОЛИЗ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

Суфианов А.А., Гизатуллин М.Р., Якимов Ю.А., Клименко О.Ф., Салихова Т.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр нейрохирургии», Тюмень

Актуальность: Частота возникновения родовой травмы плечевого сплетения от 1 до 5,8 на 1000 новорожденных. Хирургическое лечение при родовой травме плечевого сплетения является сложной и многоэтапной задачей. Основные виды операции включают в себя невролиз, декомпрессию, сшивание пучков, невротизацию пучков (перемещение нерва), пластику пучков собственными нервами (трансплантация) и ортопедическую коррекцию. В настоящее время невролиз плечевого сплетения проводится открытым способом и является достаточно агрессивным методом, так как производится протяженный разрез кожи от шейного отдела позвоночника до подмышечной области с переходом на плечевую область, разрез мышц большой грудной, малой грудной, иногда требуется распиливание ключицы. Существующий метод хирургического лечения не может считаться безопасным и эффективным, так как сам является серьезным травмирующим фактором, при этом верификация сплетения при спаечном процессе бывает затруднена и связана с риском повреждения структур сплетения. Спаечный процесс традиционного невролиза возникает в 30–70% случаях. В раннем послеоперационном периоде пациент требует обезболивания и охранительного режима с возможной гипсовой иммобилизацией от 10 до 30 дней.

Цель исследования: Оценить возможности хирургического лечения плексопатии с эндоскопической ассистенцией. Материалы и методы: За период 2013–2016 год были прооперированы 26 пациент с диагнозом родовой травма плечевого сплетения, по полу м – 12, ж – 14. По возрасту пациенты были сгруппированы в 3 группы: 1 группа до 6 месяцев – 10, 2 группа с 7 месяцев до 12 месяцев – 5, 3 группа с 1 года до 3 лет – 5, 4 группа старше 3 лет – 6. По степени поражения пациенты были разделены на стандартные группы: верхний паралич 20, нижний паралич 2, тотальный паралич 4. Сила мышц оценивалась по BMRC (British Medical Research Council grading system) от M0 до M5. Всем пациентам было проведено: УЗИ сплетения, МРТ сплетения и ШОП. Критерии для проведения оперативного вмешательства: 1. отсутствие отведения руки к 3 месяцам 2. отсутствие сгибания руки в локтевом суставе к 3 месяцам 3. отсутствие отрыва корешков по данным МРТ Критерии оценки эффективности оперативного вмешательства 1.% визуализации всего плечевого сплетения 2. восстановление сгибания в руке 3. наличие отведения в руке 4. использование руки в игре Результат и обсуждение: Катамнез составил от 6 месяцев до 48 месяцев. 79% случаев произведен полный осмотр плечевого сплетения (от начала формирования нервов до первичных стволов). 21% произведен осмотр до дивизионов. Через 6 месяцев при контрольном осмотре Сила сгибания в локтевом суставе была M0 – у 2, M1 – у 3, M2 – у 10, M3 – у 11, M4 – у 1, M5 – у 0 пациентов. Сила отведения в плечевом суставе была M0 – у 3, M1 – у 6, M2 – у 7, M3 – у 8, M4 – у 2, M5 – у 0 пациентов. 94% пациентов через 6 месяцев имели сгибание в локтевом суставе

81% отведение руки. Использовали руку в игре на 0 баллов 6%, на 1 балл – 62%, на 2 балла – 30%, на 3 балла – 2%.
 Заключение: 1. Использование эндоскопической ревизии и декомпрессии плечевого сплетения позволяет, не повреждая важные анатомические структуры (кости, мышцы, связки, артерии, вены), составляющие стенки пространства, в котором находится сплетение, провести ревизию и декомпрессию от межпозвоночных отверстий до места образования периферических нервов верхней конечности. 2. При использовании данного метода отмечается восстановление сгибания у 94% пациентов, восстановление отведения у 81%.

СПОСОБ МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО УСТРАНЕНИЯ ПАРАЛИТИЧЕСКОГО ЛАГОФТАЛЬМА «АРМИРОВАНИЕМ» НИЖНЕГО ВЕКА

Тихонов А.В., Сафонова М.К., Бастриков Н.И.
 ЗАО «ИнтерЮНА» Ростовская глазная клиника, Ростов-на-Дону

Актуальность: Лагофтальм – неполное смыкание век, сопровождающееся высыханием роговицы и конъюнктивы, и, как следствие, развитием в них хронических воспалительных и дистрофических процессов. Паралитический лагофтальм обусловлен параличом круговой мышцы глаза вследствие поражения лицевого нерва. Отсутствие тонуса тканей значительно осложняет выбор оптимального хирургического лечения и достижение хорошего долгосрочного результата. При параличе круговой мышцы глаза наступает выворот нижнего века, что приводит к косметическому и функциональному дискомфорту. Однако более опасными являются воспалительные и дистрофические изменения переднего сегмента глазного яблока (на фоне его ксероза) от вялотекущего конъюнктивита до изъязвления роговицы и ее перфорации, которые могут привести к утрате зрительных функций и даже потере глаза как органа.

Цель: Разработать доступный, малотравматичный и низкочрезвычайно способ хирургического устранения паралитического лагофталма без резекции частей нижнего века и без необходимости тарзорафии. Материал и методы: Прооперированно 2 пациента (2 глаза) с паралитическим лагофталмом. Срок наблюдения 2 года. Микрохирургическим лезвием в шахматном порядке делались 7 кожно-мышечных разрезов параллельных краю нижнего века длиной 1.5–2.0 мм: два разреза посредине между верхней и нижней границами хряща: первый на границе наружной и средней трети века, второй на границе средней и внутренней его трети. Четыре разреза располагались у самого края верхней и нижней границ хряща попарно друг напротив друга. Еще один разрез делался в области медиальной спайки век. Затем через полученные разрезы проводилась проленовая нить 5/0 на двух иглах. Иглы проводились перекрестно: в непарных (1-м, 2-м и 7-м) разрезах, одна через его верхний, а другая через нижний край; в парных разрезах одна игла через ближние друг к другу края разрезов, а другая через дальние. Нить проводилась с захватом хряща и в каждом перекресте завязывалась в мягких тканях на один узел. При прохождении последнего разреза прошивали медиальную спайку век и надкостницу. Нити натягивали до правильного положения века и завязыва-

ли погружным узлом. Швы на разрезы не накладывались. Длительность операции составляла не более 15 минут.

Результаты: У обоих пациентов за все время после хирургического лечения жалобы отсутствовали, глазная щель оставалась симметрична парной. Смыкание век и их прикрытие к главному яблоку полные, застоя слезы и слезотечения не наблюдалось.

Выводы: Предложенный способ хирургического лечения паралитического лагофталма является простым, малотравматичным, обеспечивающим короткий реабилитационный период с хорошим функциональным и косметическим результатом. Это обусловлено повышением тургора тканей нижнего века и хорошим прилеганием века к главному яблоку, что обеспечивает его более надежную защиту от повреждающих факторов и восстанавливает дренаж слезной жидкости.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ СПИНКИ НОСА

Украинский А.И., Шумило А.В., Украинский Л.С.,
 Брагилев С.В.
 Клиника пластической хирургии «Грандмед», Санкт-Петербург

Темпы роста популярности ринопластики в мире, а также высокий уровень требовательности пациентов к ее результатам, должны предполагать в арсенале пластического хирурга достаточное число возможностей для формирования эстетического вида спинки носа. Как правило, это предполагает решение двух основных задач – повышение проекции спинки носа и обеспечение ее ровности. Для коррекции данных проблем используются синтетические материалы (имплантаты и филлеры), аллотрансплантаты и хрящевые аутоотрансплантаты. Однако, данные материалы имеют общеизвестные преимущества и недостатки. В своей практике, в подавляющем большинстве случаев мы использовали аутоотрансплантаты. С целью изучения показаний и эффективности их применения, мы проанализировали результаты лечения порядка 1100 пациентов прооперированных в клинике «Грандмед» в период с 2000 по 2017 годы. Все пациенты наблюдались от 1 до 3-х лет. Примерно в 92% наблюдений трансплантация выполнялась при «открытом» доступе. 84% прооперированных составили женщины. Все аутоотрансплантаты можно было разделить на 4 группы: инъекционные, однослойные, многослойные и измельченные хрящевые. В процентном соотношении статистика выглядела следующим образом: А – инъекционные (с использованием жировой ткани 4.6%, хрящевой ткани 3.5%). В – однослойные: 1. Хрящевые – 23.8% 2. Фасциальные 2,5% 3. Надхрящичные 4. Белково-тромбоцитарное покрытие (БТП) 1%. С – многослойные хрящевые 24% Д – измельченные хрящевые. 1. В оболочке: фасциальной (DCF) 11.9% и в викриловой сетке («турецкое лакомство») 2. БТХА (белково-тромбоцитарные хрящевые аутоотрансплантаты 5.2%) Такое разнообразие применяемых трансплантатов было обусловлено различными анатомическими ситуациями, а также индивидуальными возможностями донорских зон пациентов (в частности размером четырехугольного и ушных хрящей). Также, при выборе трансплантата мы стремились к оптимизации операционного времени, минимизации травмы

и рисков развития осложнений. С учетом данных факторов мы применяли следующий алгоритм выбора того или иного аутоотрансплантата. В качестве самостоятельной коррекции небольших контурных нарушений спинки носа эффективно применялся липофиллинг. Как правило, вводилось от 1 до 5 мл жира. При более выраженных неровностях или необходимости небольшой проекционной коррекции спинки, хороший эффект обеспечивала шприцевая техника введения хрящевой крошки. При этом, важным было обеспечение ограниченной отслойки мягких тканей и формирование точного кармана. Для коррекции ровности спинки, при ее нормальной проекции и сравнительно тонкой коже, чаще использовалась височная фасция, а при реконструкции носа с использованием реберных трансплантатов, надхрящница. У троих пациентов в подобных случаях был использован БТП, правда со значительным последующим рассасыванием. Данные трансплантаты показали непредсказуемую степень своей биодеградации, и в последующем мы отказались от их активного применения. При сравнительно тонкой коже мы использовали трансплантат из раздавленного четырехугольного хряща. Для коррекции более выраженных проекционных дефицитов спинки носа, до 4–5 мм, в зависимости от ее степени, использовались однослойные, а чаще многослойные комбинированные трансплантаты (ушной и четырехугольный). При невозможности обеспечения достаточной ровности такого трансплантата, хрящи измельчались для формирования комбинированного трансплантата с белково-тромбоцитарной фиксацией в виде БТХА. Для коррекции контура спинки более 5 мм, преимущественно пользовались хрящевые измельченные трансплантаты: турецкое лакомство, DCF или БТХА. При значительных седловидных деформациях 6 мм и более, чаще использовались DCF трансплантаты. При использовании аутоотрансплантатов в своей практике, мы столкнулись со следующими осложнениями: эстетическими в 2% случаев и общехирургическими в 0,05% случаев.

Подводя итоги, хотелось бы отметить, что аутоотрансплантаты являются эффективным инструментом формирования эстетического вида спинки, а так же в большинстве своем обеспечивают надежный, стабильный результат, что является наиболее ценным среди всех возможных типов трансплантатов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА ПРИ ДИАСТАЗЕ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА

Феденко В.В., Евдошенко В.В., Бордан Н.С.

Институт пластической хирургии и косметологии, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, Москва

Введение: Перманентный послеродовой диастаз прямых мышц живота – это распространенная проблема, встречающийся у 10–15% женщин. При одновременном наличии избытков и дряблости кожи проблема решается путем выполнения абдоминопластики. В тех случаях, когда избытков кожи нет, выполнение длинных кожных разрезов исключительно для пластики белой линии представляется нецелесообразным с эстетической точки зрения. В связи с этим представляется актуальной разработкой эндоскопических подходов к этой проблеме.

Материалы и методы: Нами разработана методика лапароскопической пластики белой линии живота путем сшивания внутренних краев прямых мышц с использованием шовного материала с якорными свойствами (типа v-lock) через три прокола (5–10 мм) над лоном (по линии воображаемого разреза Пфаненштиля). Серповидная связка печени полностью отделялась от брюшной стенки для визуализации внутренних краев прямых мышц, после чего нитью 0/0 выполнялось их сшивание на всем протяжении (от мечевидного отростка до лона). Данная операция выполнена у двоих пациенток.

Результаты: Результат операции прослеживался на протяжении 8 и 10 месяцев, и полностью удовлетворил ожидания пациенток и врачей. Клинических признаков диастаза нет. Физическая активность в полном объеме. Косметический результат операции очень высокий.

Выводы: У пациенток с послеродовым диастазом и отсутствием избытков кожи пластика белой линии живота может быть выполнена лапароскопическим путем с высоким косметическим и функциональным результатом без использования грыжевой сетки.

ЭНДОГЕЛЬ – НОВОЕ СЛОВО В PRP-ТЕРАПИИ, ПРИМЕНЕНИЕ БИОЭКСПАНДЕРА С ФАКТОРАМИ РОСТА В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Федякова Е.В.

Клиника «Бьюти Тренд», Москва

Понятие, свойства, протоколы и клинические случаи применения биоэкспандера с факторами роста в эстетической медицине. – Эндогель с факторами роста для коррекции морщин. – Новые возможности биоэкспандера. – 2 свойства в 1 продукте: наполнение и истинный стимулятор неоколлагенеза. – 2 типа вязкости. Протоколы и клинические случаи применения PRP-геля.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ. С ЧЕМ ОБРАЩАЮТСЯ К ОФТАЛЬМОЛОГУ?

Филатова И.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Веки являются вспомогательным аппаратом глаза и при любом хирургическом вмешательстве на веках (реконструктивная или эстетическая блефаропластика) возможна реакция со стороны органа зрения. Учитывая значительную распространенность эстетической блефаропластики (ЭБ) в последние годы, нам представляется актуальным провести анализ осложнений, с которыми пациенты обращаются к офтальмологу после ЭБ. **Материал и методы.** Клиническая группа – 51 пациент в возрасте от 35 до 69 лет, обратившихся к офтальмологу с различными жалобами после проведенной ЭБ (верхняя – 2, нижняя – 6, верхняя и нижняя – 43). Среди пациентов было 3 мужчин и 48 женщин. Срок после проведенной ЭБ варьировал от 5 дней до 5 лет. **Результаты и обсуждение.** Всех пациентов в зави-

симости от предъявляемых жалоб и клинической картины разделили на несколько групп. I группа – жалобы на дискомфорт, чувство сухости (жжения), слезотечение (19 пациентов). В данной группе клиническая картина соответствовала срокам после операции. При отсутствии видимых клинических изменений пациентам следует проводить исследование времени разрыва слезной пленки – пробу Норна (в норме >10 сек), поскольку ее сокращение свидетельствует о недостаточности слезопродукции, что является одним из симптомов «сухого глаза». Лечение заключалось в применении слезозаменителей и кератопротекторов. II группа – жалобы на «отек» глаза (6 пациентов). В данной группе диагностировали изолированный лимфостаз конъюнктивы при отсутствии лагофтальма и других изменений века. У всех 6 пациентов была проведена верхняя и нижняя ЭБ. Из особенностей оперативных вмешательств у данных пациентов можно отметить плотные рубчики у наружных углов глаза и близкое расположение разрезов на нижнем и верхнем веках за наружным углом глаза. Лечение включало физиотерапию: электро- или фонофорез с ферментами, затем с гидрокортизоном; лимфодренаж; массаж с гидрокортизоновой мазью; упражнения для век. III группа – жалобы на слезотечение, неправильное положение века (17 пациентов). Пациентов беспокоил дискомфорт, асимметрия глазных щелей и лагофтальм. У 11 пациентов имела место кератопатия, вызывавшая снижение зрения. Слезотечение у данных пациентов обусловлено тем, что при вывороте нижнего века слезная точка не прилегает к главному яблоку, а при формировании плотного рубчика нарушается ток слезного ручья из-за неадекватной функции мигания. Дефекты эпителия роговицы (кератопатию) при наличии лагофтальма выявляли прокрашиванием флуоресцином. Лечение включало применение кератопротекторов и физиолечение. IV группа – жалобы на выраженную асимметрию глазных щелей, зияющий лагофтальм (4 пациента). В данной группе помимо асимметрии пациентов беспокоило несмыкание век и значительный дискомфорт из-за обильного слезотечения и снижения зрения вследствие кератопатии. Во всех случаях имела место избыточная резекция кожи и круговой мышцы нижних век, вызывающая смещение нижнего века с видимой частью склеры под нижним лимбом. Лечение в данной группе было симптоматическим. При избыточной резекции кожи рекомендованы корректирующие операции после завершения курса физиолечения. V группа – у пациентов в анамнезе ЭБ, все происходящее с глазом позже связывают с последствиями блефаропластики (5 пациентов). В данной группе в сроки от 5 месяцев до 1,5 лет после ЭБ пациенты обращались с жалобами на воспаление век и глаза. При обследовании диагностирован халязион (3), острый мейбомииит (1) и инородное тело роговицы (1). Лечение было хирургическое в случае халязиона, консервативное лечение мейбомииита и удаление инородного тела роговицы с последующим противовоспалительным лечением. В качестве обсуждения следует отметить, что частые жалобы на снижение и расплывчатость зрения, слезотечение, сухость и дискомфорт, тянущие ощущения вдоль швов являются естественным следствием оперативного вмешательства на веках и пациентов следует об этом информировать.

Заключение: Эстетическая блефаропластика – операция, требующая индивидуального подхода высоко квалифицированных специалистов. Во избежание развития осложне-

ний следует учитывать не только степень атрофии кожи век, но и особенности строения век и периорбитальной области, а также функциональное состояние органа зрения. При выполнении ЭБ следует помнить, что данная операция может нарушить равновесие в системе «орган зрения и его вспомогательный аппарат», а пациенты нуждаются в тщательной подготовке и планировании до операции (в том числе обследование у офтальмолога) и послеоперационном уходе и контроле.

КОСМЕТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИСХОДОМ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЫ И СУБАТРОФИЕЙ ГЛАЗА МЕТОДОМ ГЛАЗНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Филатова И.А., Вериго Е.Н., Денисюк В.О.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца» Министерства здравоохранения РФ, Москва

При развитии тяжелых органических изменений в поврежденном глазу для профилактики симпатической офтальмии выполняют удаление слепого глаза с последующим глазным протезированием. В ряде случаев, посттравматическая патология имеет относительно благоприятное течение, которое может характеризоваться как субатрофия и на фоне лечения возможно сохранение глаза.

Цель: Определение показаний к главному протезированию при субатрофии и сравнительная оценка его результатов с протезированием при анофтальме.

Материал и методы: Проведен анализ пациентов за 3 года (2015–2017 гг.). Прослежены отдаленные результаты у 210 пациентов, которым выполнено протезирование субатрофического глаза. Субатрофия глазного яблока характеризуется определенной клинической картиной: глазное яблоко уменьшено в размерах, деформировано, зрительные функции отсутствуют, имеется стойкая гипотония, отслойка внутренних оболочек, увеит. Перед определением показаний к протезированию проводили комплексное диагностическое обследование обоих глаз с анализом клинических данных и инструментальных методов исследования, обязательно включавшим иммунологическое исследование крови на наличие сенсibilизации к антигенам глаза. В качестве группы сравнения исследовали 350 пациентов с анофтальмом, которым вследствие тяжелых посттравматических осложнений выполнено удаление глаза с формированием опорно-двигательной культы.

Результаты и их обсуждение: Установлено, что у 2% пациентов первичное глазное протезирование выполнено на субатрофическом глазу. В группе пациентов, которым проводили протезирование субатрофических глаз, предварительно оценивали результаты клинко-диагностических исследований. У всех пациентов глаз был без признаков воспаления: отсутствовали светобоязнь, цилиарная инъекция и болезненность, чувствительность роговицы была резко снижена, имелись ее дистрофические или рубцовые изменения. В ряде случаев определяли пленчатую катаракту, задние синехии, сращение и зарастание зрачка, неравномерность глубины передней камеры. По данным УЗИ в стекловидном теле вы-

являли шварты, отслойку сетчатки и цилиохориоидальную отслойку, переход из шаровидной формы глаза в овальную, укорочение передне-задней оси и уменьшение объема глаза. По результатам иммунологических показателей в 9,5% случаев определяли сенсбилизацию к ткани роговицы и хрусталика, к увеапигментной ткани и сетчатке реакции были отрицательными. После проведения протезирования в обеих группах проводили сравнительную оценку косметических результатов по критериям: западение верхнего века и протеза (при субатрофии результат оказался лучше на 40%, чем после энуклеации), асимметрия ширины глазных щелей, наличие лагофтальма (в исследуемой группе на 45% меньше, чем после энуклеации), средняя суммарная подвижность протеза на культе и субатрофичном глазу, а также субъективные ощущения пациентов результатами глазопротезирования. Средняя суммарная подвижность субатрофичного глаза оказалась на 6,1 и 27 градусов выше, чем культы после эвисцерации и энуклеации соответственно. Подвижность глазного протеза на субатрофичном глазу была равнозначна результату после эвисцерации и на 20,7 градусов превышала результат энуклеации. Субъективные ощущения пациентов были адекватны результатам после эвисцерации и значительно превышали оценку после энуклеации. На основании проведенных исследований разработаны показания к протезированию субатрофичных глаз: 1. Протезирование возможно не ранее, чем через 12 месяцев после перенесенной травмы при отсутствии воспаления в течение этого периода. 2. Отсутствие зрительных функций, значительное снижение или отсутствие чувствительности роговицы. 3. Следует избегать форсированного протезирования и травматизации тканей. Смыкание век на протезе должно быть полным, а промаргивание – свободным. 4. Рекомендовано на ночь извлекать протез из конъюнктивальной полости (в отличие от практики использования глазного протеза при анофтальме!) и соблюдать тщательную гигиену. 5. Больным с субатрофией, пользующимися глазными протезами, следует находиться на диспансерном учете у офтальмолога.

Заключение: Таким образом, одним из методов медицинской реабилитации пациентов с посттравматической субатрофией является глазное протезирование, для которого определены показания. Установлено, что косметические результаты при использовании глазных протезов при субатрофии адекватны, а после энуклеации превышают таковые при удалении глаза с последующим протезированием.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ ПТФЭ

Филатова И.А., Шеметов С.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Актуальность: Для оптимального выполнения реконструктивно-пластических операций на веках довольно часто необходимо использовать имплантаты синтетического происхождения. Такие имплантаты должны обладать рядом свойств, одним из которых является безопасность их использования и

минимальное влияние на окружающие их ткани. Целью данного исследования явилась оценка влияния имплантатов из политетрафторэтилена на микроциркуляцию тканей век.

Материалы и методы: Данное исследование проводили методом лазерной доплеровской флоуметрии на аппарате ЛАКК-02 (исполнение 4) (НПП «Лазма», Россия). При исследовании определяли показатель микрогемоциркуляции (М), который является среднеарифметическим значением уровня перфузии (средний поток эритроцитов) в единице объема ткани за единицу времени. Показатель микроциркуляции измеряют в перфузионных единицах (перф. Ед.). Исследование проводили пациентам до и после хирургического лечения (через 1, 6 и 12 мес.). Оценивали микроциркуляцию в тканях века в местах предполагаемого хирургического вмешательства. Критерием отбора для проведения исследования микроциркуляции тканей век явилось отсутствие гипертонической болезни или гипертоническая болезнь 1-й стадии компенсированная лекарственными средствами; отсутствие нарушения сокращения миокарда и ритма пульса, отсутствие хирургического вмешательства на веках не менее чем 1 год назад. Деление на верхние и нижние веки произведено не было, так как достоверной разницы между верхними и нижними веками при определении возрастной нормы выявлено не было. Исследование микроциркуляции было проведено 54 пациентам, которые были разделены на 4 группы в соответствии с возрастом: 1–6–11 лет; 2–12–21 г.; 3–22–41 г.; 4–42–61 г. Исследование проводили в стандартных условиях в соответствии с инструкцией указанной производителем. Во время исследования пациент находился в горизонтальном положении. Датчик устанавливали на зону предполагаемого хирургического вмешательства при дооперационном обследовании. Длительность исследования каждой области составляла 3–4 минуты. Показатели микроциркуляции до операции в сравнении с возрастной нормой, полученной в работе Романовой И.А. (2011г.) были следующими (М) (М±m) (пф.ед): группа 1 – 10,76±0,64 (норма 11,16±0,84); группа 2 – 13,70±0,50 (норма 13,17±0,76); группа 3 – 14,74±0,80 (норма 15,04±0,70); группа 4 – 13,20±0,78 (норма 12,86±0,69). Оценку микроциркуляции тканей век проводили в основной группе через 1, 3, 6 и 12 месяцев после хирургического лечения. При послеоперационном обследовании датчик располагали в зоне проекции установленного имплантата на верхнем и нижнем веках. Датчик располагали перпендикулярно к плоскости исследуемой области, без давления на исследуемую область. Результаты сравнивались с полученными ранее в работе Романовой И.А. «Значение микроциркуляции крови в прогнозировании и оценке результатов реконструктивных операций на веках» Москва 2011. Так же в этой работе была изучена динамика изменений гемодинамических параметров кожи век после реконструктивных вмешательств на веках методом местной пластики. Для этого проведено исследование на группе из 27 человек с повреждениями век различной этиологии. Возраст пациентов варьировал от 26 до 59 лет (средний 42,4 года). Результаты данного исследования были взяты для сравнения с результатами, полученными в нашем исследовании. Для более точного сравнения из исследуемых пациентов была подобрана группа пациентов, соответствующая группе сравнения. Группа составила 39 человек в возрасте от 25 до 60 лет (М=43,7 ±11,2 лет). Возраст пациентов от 25 до 61 года включает 2 возраст-

ные группы (3 и 4). Средний показатель микроциркуляции 3 группы $14,92 \pm 0,56$, 4 группы $12,85 \pm 0,69$ пф.ед. За норму был принят средний показатель между этими двумя значениями, и составил $13,88 \pm 0,62$ пф.ед. Показатели микроциркуляции после операции пластики век местными тканями через 1 и 12 месяцев были $13,65 \pm 0,79$ и $11,63 \pm 0,67$ соответственно. После операции пластики век с использованием имплантата из ПТФЭ показатели микроциркуляции (пф.ед) через 1, 6 и 12 месяцев были $14,20 \pm 1,13$, $13,30 \pm 0,85$, $12,25 \pm 0,74$ соответственно.

Выводы: В результате оценки и сравнения, полученных данных статистически достоверной разницы между сравниваемыми группами не получено. Основываясь на этом можно сделать вывод, что использование в хирургическом лечении имплантатов из политетрафторэтилена по предложенной методике не оказывает значительного влияния на микроциркуляцию окружающих имплантат тканей.

ПЕРСПЕКТИВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОВОЛНОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ «PELLEVE» КАК МЕТОД УСТРАНЕНИЯ СЛЕЗОТЕЧЕНИЯ

Филатова И.А., Шеметов С.А., Павленко Ю.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Эпифора была и остается одной из ведущих проблемой в офтальмологии. Ранняя диагностика, адекватные и своевременные методы лечения способны восстановить слезоотведение и избавить пациентов от мучительных жалоб. Диагностические мероприятия для выявления причины и локализации патологии слезных путей в основном включают: наружный осмотр состояния века, положения заднего ребра и прилегания века к главному яблоку, положения слезной точки, размер слезной точки; определение тонуса нижнего века – щипковая проба, горизонтального смещения нижнего века; пальпация области внутреннего угла и слезного мешка; исследование присасывающей функции слезных канальцев при помощи канальцевой пробы; определение проходимости слезных путей диагностическим промыванием и зондированием. Среди пациентов со слезотечением отдельную группу составляют пациенты с сохранной проходимостью слезных путей при промывании, но отрицательной канальцевой пробой и сниженным тонусом века. Механизм нарушения слезоотведения в этой ситуации кроется в ослаблении насосной функции слезоотводящих путей, одной из причин которой является снижения тонуса века. Восстановить тонус века возможно при горизонтальном укорочении века, однако хирургические методы не позволяют в полной мере воссоздать тургор тканей века. В настоящее время существуют не хирургические методы повышения тонуса тканей. Одним из таких методов является процедура «pelleve».

Цель: Оценить эффективность применения на веках радиоволновой методики «pelleve» с целью устранения слезотечения и улучшения слезооттока.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 11 пациентов 8 женщин, 3 мужчин, средний возраст составил $56 \pm 7,8$ лет. У всех пациентов были жалобы на слезотече-

ние, при промывании слезных путей проходимость оставалась свободной, однако канальцевая проба была отрицательной (больше 5 минут), а также отмечался сниженный тонус век. Тонус век оценивали «щипковой» пробой. Для устранения слезотечения у пациентов с сохранной проходимостью слезных путей, но отрицательной канальцевой пробой и сниженным тонусом век использовали процедуру «pelleve». Данную процедуру, выполняли на аппарате surgitron компании Ellman international, inc.(USA). Всем пациентам выполнена процедура «pelleve» на нижних веках по установленному протоколу. Процедура повторялась от 2 до 3 раз с минимальным интервалом один месяц. Контроль результата проводили через 4–6 месяцев после последней процедуры. Результаты. В первые минуты после процедуры отмечали гиперемию на зоне воздействия, которая уменьшалась и полностью проходила в течение 20–30 минут. Во время проведения процедуры пациенты отмечали чувство тепла. Выраженного дискомфорта или болевых ощущений пациенты не отмечали. Оценку эффективности процедуры проводили по изменению тонуса век, уменьшения времени канальцевой пробы, а также на основе жалоб пациентов. В контрольный срок после проведенной процедуры отмечали разглаживание не глубоких морщин кожи век, повышение тургора кожи, время возвращения века при щипковой пробе заметно уменьшалось. У 7 пациентов жалобы на слезотечение прошли, при этом канальцевая проба составила от 2 до 4 минут. У оставшихся 4 пациентов сохранились жалобы на слезотечение, однако они отметили уменьшение интенсивности слезотечения, канальцевая проба составила от 3,5 до 5 минут у 3 пациентов, и у одного более 5 минут. Таким образом, у 7 пациентов из группы исследования отмечено снижение слезотечения и уменьшение субъективных жалоб. Данные изменения можно объяснить тем, что во время процедуры происходит воздействие полностью выпрямленных и фильтрованных радиоволн высокой частоты (4.0 МГц) на ткани век. Это воздействие запускает в тканях процессы, приводящие к частичной денатурации коллагена, сокращению коллагеновых волокон, расположенных в подкожно-жировой клетчатке, а также стимулирует активацию фибробластов и генерацию в дерме нового коллагена что приводит к лифтинг-эффекту.

Выводы: Применение радиоволновой технологии «pelleve» представляется перспективным методом устранения слезотечения, вызванного атонией век, и заслуживает внимания для дальнейшего изучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННИХ ПАРАЛИЧЕЙ ГОРТАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СО2 ЛАЗЕРА

Хоранова М.Ю., Нажмудинов И.И., Магомедова К.М.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-клинический центр оториноларингологии» Федерального медико-биологического агентства России, Москва

Лечение двусторонних параличей гортани остается актуальной проблемой в современной ларингологии. Ведущее место в этиологии параличей гортани отводится хирургической травме возвратного нерва во время операций на щитовидной железе.

Целью данной работы является оптимизация лечения двусторонних параличей гортани с использованием CO₂-лазера.

Материалы и методы: За период с 2017 по 2018 г. в клинике пролечено 70 пациентов с диагнозом: Двусторонний периферический паралич гортани. Состояние после струмэктомии. Средний возраст – 53 года, 82,6% составили женщины. Основные жалобы пациентов на затруднение дыхания и дисфонию. Исследование пациентов до хирургического лечения и в послеоперационном периоде включает: общеклиническое обследование, непрямая ларингоскопия, ларингостробоскопия, спирометрия, акустический анализ голоса. В зависимости от степени стеноза, возраста, индекса массы тела, сопутствующей патологии, больным была выполнена экономная хордэктомия, либо расширенная хордэктомия. Операция проводится под общим эндотрахеальным наркозом и прямой микроларингоскопией, с использованием CO₂-лазера фирмы «Lumenis». В суперимпульсном режиме, мощностью 3 Вт, иссекается задняя треть собственно голосовой складки с фрагментом голосовой мышцы и вестибулярной складки, частичным резецированием голосового отростка черпаловидного хряща.

Заключение: Восстановление дыхательной функции достигнуто за счет расширения задней области просвета голосовой щели, а сохранение социально-адаптированного голоса осуществляется за счет нетронутых передних двух третей голосовых складок. Положительный результат достигнут у 70 пациентов. Данный метод является одним из эффективных и малоинвазивных способов лечения двусторонних параличей гортани.

ДИСМОРФОФОБИЯ В ПРАКТИКЕ ЭСТЕТИЧЕСКОГО ХИРУРГА: ПОНЯТИЕ, КРИТЕРИИ, ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ, ТАКТИКА

Храмцова Н.И., Плаксин С.А., Заякин Ю.Ю.

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

Впервые патология под названием «дисморфофобия» была описана в конце XIX в. итальянским психиатром Е. Morselli как навязчивая идея о телесной деформации, как «страх быть измененным» (от лат. *dis* — приставка, означающая отделение, отрицание, нарушение; греч. *morphe* — форма и греч. *phobos* страх). Характеризуя дисморфофобию, Морселли в качестве клинической иллюстрации описал больного, страдавшего от неприятных ощущений в области рубца на носу, которые вызывали у него навязчивые мысли о том, что нос его имеет шаровидную форму и поэтому привлекает внимание окружающих. От ипохондрических идей этот синдром отличается тем, что больные обеспокоены главным образом не состоянием их здоровья, а тем, что их «позорный недостаток» привлекает всеобщее внимание. При описании дисморфофобии Е. Morselli впервые подчеркнул и такую (впоследствии акцентируемую рядом авторов) особенность, как стремление больных постоянно рассматривать себя в зеркале. Первой работой, посвященной собственно дисморфофобии, стала статья Н.Е. Осипова «Мысли и сомнения по поводу одного случая «дегенеративной психопатии»», вышедшая в 1912 г. Применяя (со ссылкой на Е. Morselli) термин

«дисморфофобия», Н.Е. Осипов описывает больную с твердой убежденностью в наличии слишком высокого роста и «крайне уродливой нижней части лица», в связи с чем она упорно добивалась хирургического вмешательства. Помимо убежденности в собственном уродстве, у больной имелись идеи отношения и мысли о самоубийстве. Что касается «симптома зеркала», то основное внимание уделяется тому, что больные не только много времени уделяют подробному рассматриванию своего «дефекта», но и стараются «подыскивать» наиболее удачное, по их мнению, выражение лица, соответствующую позу или походку, чтобы по возможности скрыть свой мнимый недостаток или сделать его менее заметным. Многие больные подробно изучают свое лицо и для того, чтобы «лучше уяснить себе», какая именно «коррекция» им требуется и как ее лучше осуществить. Описывая дисморфофобию, Г.И. Каплан (1994) выделяет 3 диагностических критерия для дисморфического расстройства тела: охваченность каким-либо воображаемым дефектом своей внешности у человека с нормальной внешностью (если имеется ее незначительный дефект, реакция на него чрезвычайно преувеличена); уверенность в дефекте не имеет бредовой интенсивности, как при бредовом расстройстве; проявляется не только во время нервной анорексии или транссексуализма. Каневская Я.А. (2004) рассматривает недовольство внешностью не в качестве симптома психических расстройств, а напротив, предпосылку для их развития». В настоящее время проводятся многочисленные исследования дисморфофобии на пациентах клиники эстетической хирургии, а также в дерматологической практике. Данные исследований свидетельствуют о поздней диагностике дисморфофобии (до установления диагноза проходит более 15 лет), что отражает необходимость своевременного выявления дисморфофобии. В МКБ-10 дисморфофобия отдельно не выделяется и описывается в структуре «Ипохондрического расстройства» (F45.2), в то время как бредовый вариант дисморфофобии – в разделе другие хронические бредовые расстройства» (F22.8). Для выявления дисморфофобии предложено большое количество опросников. В англоязычной литературе наибольшую состоятельность показали опросники DCQ и BDDQ-DC. Мы перевели на русский язык и апробировали их на клиентах клиники эстетической хирургии. Русскоязычные версии анкет оказались не понятными для половины опрошенных, а также содержали несколько вопросов открытого типа, ввиду чего оказались неудобными для анализа, статистической обработки и интерпретации. Статистический анализ ответов на вопросы анкеты показал низкий уровень внутренней согласованности (альфа Кронбаха – 0,4). Поэтому на основании этих опросников нами предложен оригинальный русскоязычный опросник, состоящий из 12 вопросов закрытого типа, позволяющий выявить клиентов, находящихся в «группе риска» по наличию дисморфофобии. При выявлении таких клиентов, рекомендована консультация клинического (медицинского) психолога или психиатра, которая позволит уточнить наличие синдрома и оказать квалифицированную помощь. До консультации специалиста выполнение эстетической операции данной категории клиентов не рекомендуется, так как, так как любое изменение внешности может привести к непрогнозируемой реакции, связано с риском получения негативных впечатлений и с большой долей вероятности потребует повторной коррекции.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ
ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИБЛЕФАРОНА
И ВТОРИЧНОГО ЗАВОРОТА НИЖНЕГО ВЕКА
У ДЕТЕЙ****Чеснокова Е.Ф.***Оренбургский филиал Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н.Федорова»» Министерства здравоохранения РФ, Оренбург*

Эпиблефарон – это горизонтальная складка кожи, прилежащая к верхнему или нижнему краю век, ротирующая ресницы к роговице (чаще встречается на нижнем веке). В течение первых лет это состояние, как правило, спонтанно купируется по мере роста ребенка. Длительно существующий эпиблефарон приводит к изменению интрамаргинального края века, а именно сглаженности заднего его ребра, что ведет уже анатомически к завороту века и всех негативных явлений, связанных с данной патологией.

Целью работы явилась сравнительная оценка эффективности оперативного вмешательства двух методов лечения при эпиблефароне: эксцизии кожной складки и более расширенной реконструктивной блефаропластики с укреплением ретрактора нижнего века.

Материал и методы: Мы оценивали клинические результаты в сроки от 6 месяцев и до 1 года после оперативного лечения эпиблефарона в 2-х группах пациентов в возрасте от 1 года до 9 лет. В 1 группу вошло 5 детей с выраженным эпиблефароном, у которых признаки вторичного заворота нижнего века проявлялись в виде касания ресниц нижнего века конъюнктивы и роговицы глазного яблока за счет механической ротации и выражались в светобоязни, отделяемого из глаз, беспокойства и возбужденного состояния ребенка, клинически в 2-х случаях из 5, кроме субъективных жалоб имелись анатомические изменения в виде краевой дистрофии роговицы в нижнем отделе. Всем пациентам проводилось оперативное лечение: под наркозом, после обработки операционного поля проводился субцилиарный разрез нижнего века по всей ширине глазной щели и «ланцетовидная» эксцизия излишней кожной складки и прилегающей к ней поверхностных слоев круговой мышцы нижнего века в каждом случае индивидуально, на кожу накладывались рассасывающие узловые швы 8-00. Во 2 группу вошло 5 детей также с выраженными клиническими признаками эпиблефарона, осложненным заворотом нижнего века с частичным или полным сглаживанием заднего ребра интрамаргинального края нижнего века. В этой группе всем пациентам проводилась расширенная реконструктивная блефаропластика нижнего века – под наркозом, после обработки операционного поля проводился субцилиарный разрез нижнего века, круговая мышца расслаивалась по ходу волокон в проекции дистального края тарзальной пластинки на всем протяжении века, выделялись волокна ретрактора и 3 порциями укорачивались на 3–5 мм методом дубликатуры с подшиванием к краю тарзальной пластинки рассасывающей нитью 6-00, после чего как и в 1 группе проводилась эксцизия излишней кожной складки и накладывались узловые швы на кожу. По-

слеоперационное ведение и течение реабилитационного периода в двух группах не отличались. Рану обрабатывали раствором хлоргексидина водного, шовный материал рассасывался самостоятельно в течение нескольких недель. Эстетически субцилиарный рубец от разреза нивелировался за несколько недель.

Результаты и обсуждения: После оперативного лечения пациентов наблюдали в сроки 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев и 1 год. В 1 группе пациентов клинический результат сохранялся во всех случаях в сроки до 1 месяца, но в 2-х случаях выявили рецидив эпиблефарона в сроки от 3 до 6 месяцев наблюдения после операции, что объясняется чрезмерным давлением мягких тканей подглазничной области на край нижнего века и ротацию ресниц к главному яблоку за счет высокого тургора кожи и подкожной клетчатки, в результате чего субцилиарно формируется излишняя кожная складка на нижнем веке. Через 1 год наблюдения в 3-х из 5 случаев стабильное состояние купирования эпиблефарона после проведения эксцизии кожной складки сохранялось. Во 2 группе стойкий клинический результат оперативного лечения эпиблефарона и вторичного заворота нижнего века сохранялся на протяжении всего срока наблюдения у всех пациентов.

Выводы: 1) метод оперативного лечения эпиблефарона и вторичного заворота нижнего века – расширенная блефаропластика с укреплением ретрактора нижнего века более эффективный и дает предсказуемый результат в отдаленных сроках наблюдения; 2) метод укрепления ретрактора нижнего века является методом выбора при выраженных изменениях вызванных эпиблефароном, заключающихся в изменении интрамаргинального края или изменениях дистрофического характера на роговице; 3) в послеоперационном периоде реабилитация пациентов проходит в короткие сроки и не отличается от выбора оперативного лечения эпиблефарона сравнительно вышеизложенных двух методик.

**ЭСТЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КОСТНОЙ
ПЛАСТИКЕ В ОБЛАСТИ ВРОЖДЕННОЙ
РАСЩЕЛИНЫ ГУБЫ, НЕБА И АЛЬВЕОЛЯРНОГО
ОТРОСТКА****Чкадуа Т.З., Гилева К.С., Романова Е.М., Мохирев М.А.**
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», Москва

Взрослые пациенты с врожденной расщелиной губы неба и альвеолярного отростка являются той категорией пациентов, которая заслуживает особого внимания. Долгая реабилитация является закономерностью при данной патологии, что не дает возможность быстро интегрироваться в социум. Череда операций по безуспешному устранению дефекта альвеолярного отростка отодвигает на достаточно длительный срок выполнение эстетических операций, таких как ринопластика, пластика губ. Наличие дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти, как отсутствие опоры для мягких тканей губы и крыльев носа, приводит к деформации назолабиального комплекса.

Цель работы: Повышение эффективности хирургического

лечения у пациентов с врожденной расщелиной губы и неба с использованием ревааскуляризованного надкостнично-кортикального бедренного аутотрансплантата.

Материалы и методы: Нами были проанализированы результаты хирургического лечения 7 пациентов с расщелиной губы, неба и альвеолярного отростка. Пациентам была успешно проведена микрохирургическая аутотрансплантация надкостнично-кортикального бедренного лоскута в область расщелины альвеолярного отростка, выполнена дентальная имплантация и изготовлены ортопедические конструкции. Всем пациентам через 6 месяцев выполнялось устранение деформации костно-хрящевого отдела носа (в том числе с использованием хрящевых реберных аутотрансплантатов) и хейлопластика (z-пластика, операция Кессельринга, bull-horn). Сроки наблюдения составили 1,5 года, наблюдался устойчивый положительный результат, который не требовал проведения дальнейших корригирующих операций.

Результаты: Стабильный функциональный и эстетический результат в области назолабиального комплекса был получен у всех пациентов после устранения дефекта альвеолярного отростка при помощи ревааскуляризованного надкостнично-кортикального бедренного аутотрансплантата с дальнейшей установкой ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты, установленные в пластически восстановленную верхнюю челюсть.

Выводы: Восстановление анатомической целостности альвеолярного отростка верхней челюсти является первоначальной задачей у пациентов с данной патологией, решение которой позволяет создать необходимую опору для крыльев носа, а восстановление зубной дуги во фронтальном отделе приводит к правильному позиционированию верхней губы. Очередность проведения многоэтапного хирургического лечения, начиная от реконструкции костных структур до мягких тканей, обеспечивает в дальнейшем хороший устойчивый результат эстетических операций в области назолабиального комплекса.

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ РТА

Чойнзонов Е.Л., Мухамедов М.Р., Гарбуков Е.Ю., Шиянова А.А.

Научно-исследовательский институт онкологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Цель: Вопросы лечения и реабилитации больных с опухолями органов головы и шеи остаются сложной проблемой современной клинической онкологии. Возмещение послеоперационных дефектов полости рта, включая структуры верхней и нижней челюсти у онкологических больных, является наиболее сложной проблемой современной реконструктивной хирургии.

Материалы и методы: Проведен анализ 59 больных с раком полости рта, которым было выполнено хирургическое лечение с последующей реконструкцией дефектов полости рта в период с 2008 по 2015 гг. Всего выполнено 64 микрохирургических реконструкции (5 больных выполнено по две реконструкции). По стадиям: T2 – 13; T3 – 17; T4 – 29. По наличию регионарных метастазов в лимфатические узлы

шеи: N1 – 10, N2 – 5. По локализации опухолевого процесса больные распределились следующим образом: язык – 18%; слизистая альвеолярного отростка нижней челюсти – 31%; альвеолярный отросток верхней челюсти – 8%, верхняя и нижняя губа и слизистая щеки – 25%, слизистой дна полости рта – 22%. По локализации дефекта, требующего реконструкции, пациенты распределились следующим образом: язык и дно полости рта – 14 случаев; нижняя челюсть – 20 случаев, нижняя челюсть и язык – 12 случаев, нижняя челюсть и щека – 9 случаев, верхняя челюсть – 3 случая. В качестве реконструктивного материала использовались свободные ревааскуляризованные лоскуты: костно-кожный малоберцовый лоскут – 26; кожно-фасциальный лоскут с передне-боковой поверхности бедра – 14; лучевой лоскут – 8; кожно-мышечный торакодорзальный лоскут – 2; лоскут из большого сальника – 1; костный лоскут из гребня подвздошной кости – 1; кожно-костный лопаточный лоскут – 2, суральный кожно-фасциальный перфорантный лоскут – 5. Также нами использовались перемещенные (на ножке) лоскуты: подбородочный лоскут – 3; кожно-мышечный пекторальный лоскут – 2. В послеоперационном периоде оценивались функциональные и косметические результаты, выполнялись функциональные пробы и фотографирование пациентов по стандартным методикам.

Результаты: Функциональные результаты: приемлемо понятная речь восстановлена у 100%; нормальное глотание, жевание, обычная диета – 93%; открывание рта, подвижность языка (за счет оставшейся части), без выраженного слюнотечения – 93%; дыхание через естественные пути восстановлено у всех (100%) больных; симметрия лица восстановлена – 70% (8 случаев потери костного лоскута). Рецидивы после проведенного лечения отмечены в 14 случаях (23%), из них местных рецидивов – 11 случаев (18%) и метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов шеи – 3 случая (5%).

Заключение: Реконструктивные операции улучшают функциональные результаты и качество жизни прооперированных пациентов. Для получения хороших функциональных результатов и уменьшения послеоперационных осложнений при выполнении реконструктивных операций, необходим выбор адекватного реконструктивного материала.

СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА И ШЕИ «БЕЗ СЛЕДОВ»

Шаробаро В.И., Авдеев А.Е., Пенаев А.А., Алимова С.М., Пенаева С.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова, Федеральный научно-клинический центр, Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Центральная клиника Литфонда, Клиника Моссталмед, Институт красоты на Арбате, Клиника доктора А.А. Пенаева, Москва, Россия

Введение. Одной из самых востребованных проблем пластической хирургии и косметологии продолжает оставаться коррекция нижней трети лица и шеи. Косметологические методики бесследны, но зачастую нера-

дикальны и недолговременны. Хирургические методики более радикальны и долговременны, но оставляют следы. Однако очень важными факторами предпочтения метода омоложения являются его бесследность и долговременность результатов. 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 последующей оценкой результатов лечения 1312 пациентов с избытками и птозом тканей нижней трети лица, подбородочной области и шеи, оперированных в 7 клиниках г.Москвы в период с 2008 по 2018 гг. (11 лет). Из них 1089 пациентам (83%) одновременно была выполнена оперативная коррекция других анатомических областей. Пациентов женского пола было 1128, мужского – 184. 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 10 лет. Отдаленные результаты лечения оценивались как самими пациентами, так и тремя хирургами. Результаты. Важнейшую роль в достижении долговременных 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 должно определять выбор лечебной тактики. 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 выполнение нитевого лифтинга и(или) 1-2 сеанса шлифовки CO₂ фракселирующим лазером помогали решению кожных проблем. Умеренный мышечный птоз платизмы корригировали закрытой миотомией. У ряда пациентов с микрогенной операцией 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 7 пациентов (0,5%) отмечалась контурная деформация вследствие липосакции, устраненная консервативно в течение 3-х месяцев, у 4-х пациенток (0,3%) не удалось достичь желаемого сокращения кожных покровов. Других клинически значимых осложнений отмечено не было. В отдаленном периоде практически все пациенты оказались полностью удовлетворены результатами хирургической коррекции, оценив их как хорошие (n=1270, 96,8%). Сорок два пациента (3,2%) выставили оценку удовлетворительно, 36 из которых от какой-либо дополнительной коррекции отказались, объяснив, что результат их устраивает (2,7%); у 6 пациентов (0,5%) 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. Сис-

тематизированный подход к хирургической коррекции нижней трети лица и шеи позволяет достигнуть хороших и долговременных эстетических результатов практически у 97% пациентов «без следов от операции» и с минимальным риском осложнений.

НЕРАССАСЫВАЕМЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ ФИЛЛЕРЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (ВАЗЕЛИН, СИНТОЛ, СИЛИКОН И Т.П.) В БОЛЬШИХ ОБЪЕМАХ

Шаробаро В.И., Мантурова Н.Е., Иванов Ю.В., Авдеев А.Е., Забозлаев Ф.Г., Тельнова А.В.

Федеральный научно-клинический центр ФМБА России, Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова, Институт Красоты на Арбате, Москва

Актуальность. Проблемы со здоровьем после коррекции контуров тела инъекционным введением «безоболочечных» нерассасываемых филлеров больших объемов существует с конца XIX века, к сожалению, не теряя своей актуальности во многих странах и сегодня. С этой целью используют различные наполнители, инъекции проводятся не только специалистами с медицинским образованием или без такового, но и самими пациентами. Привлекательность процедуры заключается в относительной дешевизне и простоте методики, в отсутствии следов от инъекций и видимости результата сразу же после манипуляции, причем практически все пациенты не представляют возможные последствия и наносимый своему здоровью вред.

Пациенты и методы. Авторы представляют свой опыт по хирургическому лечению 8 пациентов, которым для коррекции формы и объема мягких тканей был инъекционно введен медицинский вазелин (для коррекции молочных желез, n=5) и синтол (различные области для коррекции мышц, n=3) и современное состояние проблемы по данным литературы.

Результаты и заключение. Инъекционное введение больших количеств (более 50 мл) небiodeградируемых филлеров в мягкие ткани недопустимо и ведет к многочисленным осложнениям. «Безоболочечные» филлеры на масляной основе невозможно удалить миниинвазивными методиками (пункция, миниразрезы и т.п.) из-за множественного диффузного поражения в виде олеогранулем – кист разного размера и окружающего их распространенного воспаления и фиброза тканей. Единственным методом их удаления является хирургический, который сопровождается послеоперационными рубцами, и нередко, контурными деформациями мягких тканей. Миграция данных филлеров по другим анатомическим областям (от шеи до нижних конечностей) значительно усложняет ситуацию, лечение и результаты. В случаях категорического отказа пациентов от оперативного лечения при отсутствии жалоб они должны быть надлежащим образом информированы о возможных последствиях и осложнениях и находиться под динамическим медицинским наблюдением. Интраоперационное ультразвуковое исследование целесообразно для контроля радикальности удаления патологических участков. Вовремя проведенное хирургическое лечение по удалению нерассасываемых филлеров

позволяет избежать серьезных осложнений и добиться хороших эстетических результатов.

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛЮ «ХИРУРГИЯ КИСТИ» ФГБУ «РНЦ «ВТО» ИМ. АКАД. Г.А. ИЛИЗАРОВА

Шихалева Н.Г., Васильева Н.И., Губин А.В., Коростелев М.Ю.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава, Курган

Повреждения кисти составляют до 50% от всех травм в Российской Федерации [Воробьев В.В. и др., 2010]. Среди причин инвалидности 12,5% случаев приходится на повреждение кисти [Волкова А.М., 1991]. При этом в настоящее время в большинстве субъектов Российской Федерации медицинская помощь больным с травмой и заболеваниями кисти оказывается в общехирургических и травматологических отделениях районных и городских больниц, оперативные вмешательства производятся при отсутствии хирургических кистевых наборов, без применения микрохирургической техники и современных методов остеосинтеза. Все это приводит к частым неудовлетворительным результатам лечения и, как следствие, высокому уровню инвалидности (А.В.Новиков, 2007; И.А.Обухов и соавт., 1999; Т.П.Розовская и соавт., 1990). Наиболее качественное лечение проводится в немногочисленных (около 20) центрах хирургии кисти, расположенных на базе профильных научно-исследовательских институтов, а также крупных, в том числе муниципальных, больниц (Фадеев М. Г., 2009). Несмотря на актуальность рассматриваемой проблемы, в Российской Федерации существует ряд проблем в нормативной базе в вопросах организации специализированной, в том числе и высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) больным с патологией кисти.

Целью данной работы стало проведение анализа проблем в организации и медикаментозного обеспечения лечебного процесса пациентов с патологией кисти в ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова в условиях финансирования в системе ОМС и ВМП. Материал и методы. Были проанализированы 3514 историй болезни пациентов, пролеченных в ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова с 2013 года по 2017 год включительно (5 лет) в отделении хирургии кисти. Основная цель работы отделения – оказание плановой и неотложной помощи пациентам с острой травмой и заболеваниями кисти. Финансирование лечебного процесса производится из нескольких источников: 1. субвенции из Федерального ФОМС, которые обеспечивают оказание ВМП; 2. средства из Территориального ФОМС, которые финансируют специализированную медицинскую помощь согласно Территориальной программе государственных гарантий; 3. коммерческие услуги, в том числе и те, которые оказываются на основе договоров с различными учреждениями.

Результаты: Распределение видов финансирования лечения 720 пациентов в 2017 году было следующее: ВМП –19,3%, ОМС –76,7%, другие –4%. В процессе работы выявлены определенные проблемы в организации маршрутизации пациентов с острой травмой и заболеваниями кисти, врожденными

и приобретенными дефектами кисти и предплечья; практически не определены объемы помощи для разных медицинских организаций и сроки их проведения. Требуют отдельного рассмотрения система обучения специалистов, соответствующая этим объемам. Особую роль играет и соответствующее финансирование лечебного процесса. Проблемы, с которыми сталкивается система ОМС: низкие тарифы при травме и заболеваниях кисти, не обеспечивающие адекватного финансирования лечебного процесса; отсутствие возможности софинансирования лечебного процесса; система штрафов, «карающая» в основном за дефекты в заполнении медицинской документации; в случае политравмы, оплата идет только одного оперативного вмешательства; сложности в обеспечении медикаментами и расходными материалами (особенно острая проблема возникает с отсутствием в ЖНВЛП современных средств, для обработки и лечения ран). Проблем экономического характера в системе ВМП гораздо меньше, что связано с более высокими тарифами. Источники нормативно-правового регулирования в сфере здравоохранения включают в себя: Конституция РФ, Закон РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Закон РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» и т.д. Помимо этого существуют «тематические» приказы и законы: Стандарты оказания медицинской помощи, Федеральные клинические рекомендации, Национальное руководство по травматологии и ортопедии, Профессиональные стандарты «Специалист в области травматологии и ортопедии» (проект) и «Врач-пластический хирург» (проект). Необходимо отметить, что существуют противоречия в приказах и Стандартах оказания медицинской помощи.

Выводы: Решение правовых проблем в организации медицинской помощи больным с патологией кисти должно происходить комплексно и, не только на местах, но и на всех уровнях управления здравоохранения, включая Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Эта работа должна быть последовательной, своевременной и основываться на современных медицинских научных знаниях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОСТРУЙНОЙ ГИДРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РУБЦОВОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Шурова Л.В.

Научно-исследовательский институт хирургии детского возраста Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н.Сперанского Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Цель: Повысить качество лечения пациентов с последствиями термической травмы с помощью высокоструйной гидрохирургической обработки (ВГХО) рубцов.

Задачи: Обосновать возможность технологии ВГХО рубцовой ткани у ожоговых реконвалесцентов детского возраста и разработать показания к ее применению.

Материалы и методы: ВГХО рубцовой ткани проведена у 25 детей в возрасте от 8 до 17 лет с нормотрофическими (13 пациентов), гипертрофическими (10 детей) и келоидными (2 больных) рубцами. Процедура ВГХО с помощью системы «Versajet» состояла в удалении рубца на всю его толщину с помощью высокоскоростного (350–1400 м/сек) потока жидкости. Принцип действия аппарата заключался в создании в «рабочем окне» трубки высокого давления локального вакуума, что позволяло одновременно «резать» и удалять патологические ткани (эффект Вентури). Для «обработки» 1 кв см рубцовой поверхности требовалось от 1 до 3 минут. Гемостаз в области раневого дефекта после ВГХО обеспечивался аппликацией марлевых салфеток, пропитанных 3% раствором перекиси водорода. Раны закрывались атравматичными сетчатыми покрытиями с перуанским бальзамом и мазью на водорастворимой основе. В послеоперационном периоде боли и отека тканей в области воздействия не наблюдалось. Отмечалась повышенная экссудация с раневой поверхности, что делало необходимым осуществлять смену повязок каждые 24 часа после операции. Нахождение влажных повязок на ране более суток значительно снижало темпы их эпителизации. Полная эпителизация ран происходила через 14–21 день после операции (при условии ежедневных перевязок).

Результаты: Исходы применения ВГХО у детей с послеожоговыми рубцами кожи зависели от толщины и типа рубца. У пациентов с нормотрофическими рубцами, толщиной до 3 мм, на месте гидрохирургического воздействия формировалась нормальная кожа в результате эпителизации по типу «заживления под струпом». У больных с гипертрофическими и келоидными рубцами кожи, толщина которых была более 4 мм, заживление ран после ВГХО происходило за счет стяжения их краев с образованием нежной кожи розового цвета. Отсутствие патологических изменений рубцов после эпителизации ран на месте ВГХО подтверждено состоянием микроциркуляции в области интереса методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Так после ВГХО в зоне эпителизированных участков капиллярный кровоток не превышал норму более чем в 1,5–2 раза, в то время как после традиционных хирургических операций и лазерной дермабразии показатели ЛДФ отличались увеличением от нормативных в 5–10 раз. Такое щадящее воздействие процедуры ВГХО при удалении рубцов обусловило отсутствие активизации процессов коллагенеза, в том числе в келоидных и гипертрофических рубцах. В течение 2 лет наблюдения после ВГХО рецидивов образования келоидов гипертрофических рубцов не было.

Выводы: Малая травматичность процедуры и отсутствие выраженной реакции тканей после гидродермабразии рубцов, подтвержденных клиническими данными и результатами ЛДФ, позволяет применять ее у детей с послеожоговыми рубцами всех типов без угрозы рецидивов образования патологических форм и келоидов. Показаниями к применению метода ВГХО у больных с рубцами кожи являются нормотрофические, гипертрофические и келоидные рубцы. Внедрение в клиническую практику технологии ВГХО позволяет расширить спектр хирургических процедур, заключающихся в удалении методом абразии эпидермиса и сосочкового слоя дермы рубцовой ткани. Простота выполнения и безопасность процедуры позволяет повысить эффективность лечения детей с последствиями термической травмы в целом.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЛУБОКОЙ ФРАКЦИОННОЙ ЛАЗЕРНОЙ АБЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ

Шурова Л.В., Будкевич Л.И., Вихриева Н.С.

Научно-исследовательский институт хирургии детского возраста Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Цель: Показать возможность применения процедуры глубокой фракционной лазерной абляции (ГФЛА) у детей с рубцами кожи.

Задачи: Разработать показания к применению ГФЛА в комбустиологии детского возраста.

Материалы и методы: ГФЛА использована у 25 больных, возраст которых составил от 6 до 16 лет, с послеожоговыми рубцами кожи. Критерием выбора являлось наличие послеожоговых нормотрофических и гипертрофических рубцов, эстетику которых невозможно улучшить с помощью традиционных хирургических методов, а так же рубцовые стяжения в области суставов, вызывающие контрактуры 1 степени. Давность существования рубцов составила от 8 месяцев до 9 лет. Операцию проводили с помощью аппарата UltraPulse® Encore™ (компании Lumenis) с использованием модуля «DeepFX». Мощность лазерного излучения и глубина воздействия определялись в зависимости от толщины рубцовой ткани, и составляла 20–40 МДж (миллиджоулей). Площадь воздействия составляла не более 6% поверхности тела (п.т.). При обработке рубцового поля размерами 1% требовалось 1–3 минуты. Это позволяло у детей с обширными рубцами одновременно обрабатывались несколько областей без повышения травматичности операции и незначительного увеличения ее продолжительности. Раны закрывались повязками с 1% раствора Диоксида и сетчатыми атравматическими покрытиями. В ранний послеоперационный период наблюдались незначительные болевые ощущения, чувство жжения или пощипывания на месте операции, которые быстро купировались после местного охлаждения (прикладывания пузыря со льдом поверх повязок). Через сутки после операции у всех больных развивалась разной степени выраженности эритема на месте абляции, и в 10% случаев оставались точечные ранки. У пациентов с гипертрофическими рубцами возникала умеренная отечность тканей. Все эти изменения расценивались, как нормальная реакция организма на воздействие лазерной энергии в режиме глубокой абляции. Перевязки выполнялись ежедневно с обработкой ран 1% Гидрокортизоновой мазью и 1% раствором Диоксида. Всем детям с целью профилактики инфекционных осложнений внутривенно вводились антибиотики. При минимальной реакции тканей на лазерное воздействие их применяли 2 суток с последующим переходом на энтеральный путь введения. При наличии отечности рубцов или кровоточивости после операции антибактериальные препараты назначались до 7 дней. Через несколько недель после заживления ран начиналось противорубцовое лечение препаратами на основе силикона и ферменкола.

Результаты: Изменения рубцовой ткани и общее состояние пациента в ранний послеоперационный период оце-

нивались ежедневно и до момента выписки. В процессе эпителизации ран после ГФЛА осуществлялся мониторинг таких изменений тканей, как эритема, отечность, кровоточивость. После выписки (на 7-10 день после операции) осмотр проводили через 2, 4 и 6 месяцев с оценкой состояния рубцов по пятибалльной шкале клинических признаков (цвет, эластичность, толщина, наличие зуда, плотность). Статистический анализ обработки полученных данных показал достоверное (по критерию Вилкоксона) улучшение всех указанных показателей. У всех пациентов наблюдалось уменьшение толщины рубцов от 30 до 60%. На месте стяжений отмечено появление эластичности рубцов, ограничивающих объема движений в суставах. При этом максимальный эффект получен после лечения больных с контрактурами суставов 1 степени, обусловленных наличием нормотрофических или гипертрофических рубцов кожи. Положительным моментом применения ГФЛА рубцов кожи являлась возможность проведения ее в нескольких областях поверхности тела у одного больного за одно вмешательство без удлинения длительности и повышения травматичности операции. Осложнений не было ни в одном наблюдении.

Выводы: Эффект от применения ГФЛА у детей с послеожоговыми рубцами определяется точностью расчетов мощности и глубины воздействия в зависимости от толщины рубцовой ткани. Показаниями к использованию ГФЛА в комбустиологии детского возраста являются нормотрофические и гипертрофические рубцы кожи, вызывающие как эстетические дефекты кожи, так и рубцовые стяжения в области суставов. ГФЛА возможно осуществлять на нескольких участках тела с рубцами в процессе однооперативного вмешательства.

РИНОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ НОСА: ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ

Ясонов С.А., Лопатин А.В., Васильев И.Г.

Обособленное структурное подразделение «Российская детская клиническая больница» Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва

Традиционно считается, что из-за высокого риска формирования вторичных деформаций, связанных с повреждением зон роста оперировать на костном и хрящевом отделах носа ребенка нецелесообразно до того времени пока рост не окончится. Это мнение абсолютно справедливо, и во всех случаях, когда рассматривается вопрос о реконструктивной ринопластике у ребенка, следует взвешивать все возможные последствия предстоящего хирургического вмешательства. Естественно, что если деформация малозаметна и/или не вызывает серьезных психосоциальных нарушений ее коррекция должна быть отложена до окончания пубертатного периода, однако в тех случаях, когда имеется выраженный дефект, его приходится устранять уже в раннем возрасте. Одной из основных причин деформаций носа у де-

тей являются врожденные пороки развития. Некоторые из них могут приводить к нарушению дыхания и/или приема пищи и в таких случаях оперативное лечение следует проводить как можно раньше. Однако у большинства детей пороки развития носа не сопровождаются функциональными нарушениями, но практически все деформации лица могут стать причиной психической травмы как у ребенка, так и у его родителей. В этих случаях основным вопросом становится не максимально ранний возраст, в котором возможно устранение дефекта, а оптимальный возраст, когда можно и следует начать этапное хирургическое лечение. Вторым важным вопросом является определение объема вмешательства наиболее приемлемого для того возраста, в котором оно проводится.

Материал и метод: Наш опыт оперативных вмешательств на структурах наружного носа составляет более 1600 операций, выполненных более чем у 1300 детей. Большинство случаев представлены деформациями, возникающими в структуре типичных расщелин верхней губы и носа (1105). Более редкая группа представлена деформациями носа в структуре атипичных расщелин лица (131). Третья группа представлена полным или частичным врожденным отсутствием носа (3).

Результат: В первой группе наиболее частым вмешательством являлась коррекция кончика и перегородки носа. Наш опыт подтверждает общее мнение, что при щадящем подходе коррекция асимметрий хрящевого отдела носа можно проводить у детей начиная с периода новорожденности. В этот период более целесообразна закрытая репозиция хрящей носа из-за снижения риска вторичных рубцовых стенозов носовых ходов, однако при щадящем исполнении открытая ринопластика может дать более эстетически приемлемый результат. Открытая репозиция хрящей носа является методом выбора при вторичных реконструкциях у пациентов с остаточными деформациями носа после первичных устранения расщелин. Такое вмешательство может быть выполнено уже в дошкольном возрасте, однако наиболее эффективно проводить его после завершения костного роста. У пациентов с атипичными расщелинами обычно требуется не только вмешательство на хрящевом отделе носа, но и на костном скелете. Часто деформация носа сочетается с орбитальным гипертеллоризмом, без устранения которого эффект и радикальность лечения будут минимальными. В этой группе ранние коррекции проводятся начиная с первого года жизни. Обычно первым этапом устраняют кожные и хрящевые дефекты, а начиная с возраста 10 лет выполняют коррекцию деформаций спинки носа. Для этих случаев традиционно пользуются полнослойными трансплантатами со свода черепа, как наиболее доступного и пригодного с точки зрения предсказуемости резорбции материала. Так же используют хрящевые трансплантаты, полученные из перегородки носа, реберные хрящи и хрящи ушной раковины. Окончательная коррекция деформаций носа, как и во всех других случаях, проводится после завершения роста ребенка. Самым сложным представляется лечение пациентов с полным или частичным отсутствием наружного носа. Для устранения такой деформации мы пользуемся перемещенным лоскутом со лба с одновременным восстановлением костного и хрящевого отделов носа пол-

нослойным аутоотрансплантатом со свода черепа и хрящевым трансплантатом из ушной раковины.

Заключение: В настоящее время у детей доступны практически все приемы и методы комплексной реконструкции носа, которые распространены во взрослой пластической хирургии. В разные возрастные периоды и, естественно, с разным конечным результатом можно использовать костные, костно-хрящевые и хрящевые аутоотрансплантаты, дерматензию, перемещенные кожные и стебельчатые лоскуты. Главное условие успешности хирургического лечения это четкое определение объема вмешательства в зависимости от возраста пациента.

DIAGNOSTIC CHALLENGES AND SURGICAL APPROACH OF LIMBS' DEGLOVING SOFT-TISSUES INJURES

Calistru A., Catarau O., Melenciu M., Taralunga M., Rosca V., Garbuz M., Stratan V.

1 – SMPI Institute of Emergency Medicine 2 – SMPhU Nicolae Testemitanu, Kisinev

Aim: to study clinical presentation, management of soft-tissue degloving injuries of the limbs, outcome and to propose a treatment protocol for varying degrees of severity. **Material and methods:** during the period of 2013-2017 were examined and treated 13 patients with different degrees of degloving injures. The study group consisted of 4 males and 9 females. Average age was 58 years, with age limits 32–74 years. The injury was classified as pattern 1,2,3,4 (Arnez, Z.M. & Khan, U. 2010). In all cases was appreciated the flap's viability. All patients had treatment with washing, debridement, 5 patients with resection of avulsed flap and converting the flap to split-thickness graft (Krasovitev method), 2 cases-axial flaps, 2 cases-primary split-thickness graft, 3 cases-flap was sutured to its original position. **Results:** in study group were pattern 1 – 3 cases, pattern 2 – 2 cases, pattern 3 – 2 cases, pattern 4 – 5 cases. In 10 cases – stable patients with deemed unviable flaps whom underwent primary plastic surgery. In 1 case – stable patients with non-viable flaps (late appeal) whom resection of avulsed flap, underwent negative pressure therapy followed by plastic surgery. In 1 case were unstable patients that received staged surgical treatment.

Conclusions: Degloving injures are part of multiple and associated trauma, accompanied by hemorrhage and shock. In order to avoid flap necrosis and to add a new skin donor area is important to recognize the problem and to manage properly those injuries. In treatment and determination of surgery's term, priority has active surgical tactic with carrying out autodermplasty in first 4-6 hours. **Key-words:** Degloving injures, Krasovitev, management.

References: 1. Classification of soft-tissue degloving in limb trauma. Arnez ZM, Khan U, Tyler MP. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2010 Nov;63(11):1865-9. 2. Clinical analysis of 54 cases of large area soft tissue avulsion in the lower limb. Chen Y, Liu L. Chin J Traumatol. 2016 Dec;19(6):337-341. 3. The therapeutic challenges of degloving soft-tissue injuries. Rifat Latifi, Hany El-Hennawy, Ayman El-Menyar, Ruben Peralta, Mohammad Asim, Rafael Consunji, Hassan Al-Thani. J Emerg Trauma Shock. 2014 Jul-Sep; 7(3): 228–232.

OUR APPROACH IN HEAD AND NECK RECONSTRUCTION USING FREE FLAP

Calistru A., Catarau O., Melenciu M., Vrabie V., Taralunga M., Stratan V., Garbuz M., Crudu M., Fortuna E.

1 – SMPI Institute of Emergency Medicine 2 – SMPhU Nicolae Testemitanu, Kisinev

Introduction: Reconstruction of defects in the head and neck poses a unique challenge. Unlike other areas of the body, immediate or early closure of head and neck defects is vital for several reasons. Key to success of surgery is choosing an appropriate reconstructive option based on the patient's wishes and necessities. Where possible, free tissue transfer provides the best functional and aesthetic outcomes for the vast majority of defects.

Aim: to present an algorithm to guide choice of flap selection based on our clinic experience and review principles of reconstruction and secondary surgery for head and neck defects.

Material and methods: is reported a clinical series of patients undergoing head and neck reconstructions in last decade and grouped them according to the regions (1) scalp, (2) oral cavity, (3) mandible and (4) neck and choice of reconstruction by different types of free flaps. The study group was consisted from 14 patients, 10 males and 4 females. Average age was 46 years, with age limits 20-66 years. According to etiology, there were 8 defects due to cancer, and 6 defects due to trauma. Defect sizes varied up to 32 cm. Associated lesions were in 3 cases. **Results:** during last decade in the IEM were performed a total of 12 reconstructions. The radial flap was the donor site in 8 reconstructions, followed by the LD flap – 3, free fibula osseocutaneous flap used in 2 cases and omentum – 1 case. In case of reconstruction of the bone and/or soft tissue (mandibular defects) we recommend to use fibula osseocutaneous flap (2), for medium-sized soft tissue defects (7) – non-innervated radial flap; for large defects and necessity to refill the cavity after bone and muscular resection or in the presence of infected granular wounds/osteitis of cranial bones (2) – LD flap using muscles to cover cavities. In case of massive defects (total or subtotal lack of scalp) it can be used the omentum flap. In case of oral mucosa defects and/or tongue with a possible necessity for further innervation (1), we recommend to use radial flap with reinnervation by suturing lateral or medial cutaneous nerve of the forearm to sensory nerves of the recipient site. 85% of the reconstructions were immediately after excisions or trauma. Surgical re-exploration was necessary in 3 patients; the failure rate from marginal necrosis of the flap was in 2%. Other complications encountered in our group: hematoma – 1 case, venous deficiency – 1 case, arterial – 1 case. In 1 case was performed titanium plate fixation for parietal bone defect after excision. All flaps survived and all donor sites were closed primarily. After a mean follow-up time of 8.1 (5-18) months, there were no problem with the donor or recipient sites.

Conclusions: Head and neck defects can lead to devastating cosmetic and functional deficits with resultant psychological, physical, and nutritional detriment. In our experience, free tissue transfers have been shown to be a successful method for one staged reconstruction in all cases, with flap success rates of 98-99% and low re-explorations rate (2%). In treatment and choice of reconstruction it is important to determine the

6–8 декабря 2018 года
«Radisson Royal Hotel, Moscow»

goals of reconstruction and to select the most appropriate option for the particular defect. KEY WORDS: Free flap, head and neck, reconstruction, algorithm.

References: 1. Cheng MH, Huang JJ. Oral cavity, tongue, and mandibular reconstructions. In: Neligan PC, editor. Plastic surgery. 3rd ed. London: Elsevier Saunders; 2013. pp. 307–335. 2. Hurvitz KA, Kobayashi M, Evans GR. Current options in head and neck reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 2006;118:122e–133e. 3. Choi JW, Lew DH, Lee WJ, et al. Analysis of 180 head and neck reconstructive cases with free flap transfer. *J Korean Soc Plast. Reconstr. Surg.* 2003;30:573–578.

Конкурс молодых ученых

ИССЛЕДОВАНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ИСТОНЧЕНИЯ И МОДЕЛИРОВАНИЯ ПЕРФОРАНТНОГО ЛОСКУТА ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДРА

Абдуллаев К.Ф.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», Москва

Детальное понимание анатомии перфорантных сосудов (далее ПС) принципиально для безопасной работы с перфорантными лоскутами. Если вопросы формирования этих лоскутов изучены уже достаточно хорошо, то аспекты их моделирования и истончения все еще остаются предметом дискуссии. В то время как одни авторы демонстрируют потрясающие результаты реконструктивных вмешательств с применением тонких лоскутов, другие высказывают опасения относительно надежности и предсказуемости выделения ПС в поверхностных подкожных пространствах, что требуется для получения тонких лоскутов. В то же время существует лишь небольшое количество научных работ, посвященных детальному изучению анатомии ПС в поверхностных тканях, т.е. над собственной фасцией. Мы изучили особенности прохождения ПС в подкожном слое бедра и разработали на этой основе безопасные методики моделирования и истончения переднебокового бедренного лоскута. Полученные знания были применены в клинике ФГБУ «ЦНИИСиЧЛХ», что позволило повысить качество лечения пациентов с мягкоткаными дефектами лица.

Цель: Повысить качество лечения пациентов с мягкоткаными дефектами лица. Задачи: 1) изучить поверхностную, подкожную анатомию ПС переднебокового бедренного лоскута 2) разработать методики моделирования и первичного истончения переднебокового бедренного лоскута при лечении пациентов с мягкоткаными дефектами лица 3) применить полученные результаты в клинике.

Материалы и методы: на 32 конечностях 20 свежих нефиксированных трупов, после предварительного контрастирования сосудистого русла латерального, огибающего бедро ангиосома водным раствором бриллиантовой зелени (1:1), осуществили послойное методическое препарирование тканей поверхностного, надфасциального пространства переднебоковой области бедра. В ходе препарирования, изучению и описанию подвергли все выявленные ПС и их ветви. Исследовали следующие анатомические характеристики ПС: диаметр на уровне собственной фасции, диаметр на уровне поверхностной фасции, подкожное отклонение, толщина полнослойного лоскута, толщина тонкого лоскута. Результаты: В результате исследования изучили 80 ПС. Локализацию ПС сгруппировали в соответствии с классификацией А В С (ReigongYu, 2004). Выявлено 20 сосудов группы А (верхняя треть бедра), 32 сосуда группы В (средняя треть бедра) и 28 сосудов группы С (нижняя треть бедра).

Средний диаметр ПС на уровне собственной фасции составил $2,1 \pm 0,9$ мм (95% доверительного интервала (далее ДИ) от 1.89 мм до 2.28 мм). Значимые различия выявлены только при сравнении с ПС из группы А = $3,0 \pm 0,7$ мм (95% ДИ от 2.7 мм до 3.3 мм) ($p < 0.001$). Средний диаметр ПС на уровне поверхностной фасции составил $1,2 \pm 0,6$ мм (95% ДИ от 1.10 мм до 1.37 мм). Значимые различия выявлены только при сравнении с ПС из группы А = $1,8 \pm 0,7$ мм (95% ДИ от 1.49 мм до 2.18 мм) ($p < 0.001$). Среднее уменьшение диаметров ПС при их прохождении через подкожный жировой слой составило $0,8 \pm 0,6$ мм (95% ДИ от 0.71 мм до 0.98 мм) и было примерно одинаковым для всех ПС. Подкожное отклонение ПС в среднем составило $15,3 \pm 9,2$ мм. (95% ДИ от 13.30 мм до 17.46 мм). Значимые различия выявлены только при сравнении с ПС из группы А = $19,0 \pm 10,1$ мм (95% ДИ от 14.26 мм до 23.86 мм) ($p = 0.013$). Количество ветвей в среднем составило 3 и не различалось в зависимости от локализации. Средняя толщина полнослойных лоскутов составила $18,2 \pm 8,9$ мм. (95% ДИ от 16.29 мм до 20.27 мм) и различалась только в группе С = $13,7 \pm 6,8$ мм (95% ДИ от 11.01 мм до 16.47 мм) ($p = 0.01$). Средняя толщина тонких лоскутов составила $6,1 \pm 2,7$ мм. (95% ДИ от 5.49 мм до 6.70 мм) и не отличалась в зависимости от локализации.

Обсуждение: Полученные закономерности использованы при разработке алгоритмов безопасного моделирования и истончения переднебокового бедренного лоскута. Разработанные методики внедрены в работу клиники ФГБУ «ЦНИИСиЧЛХ». Применение разработанных методик повысило качество реконструктивных вмешательств при мягкотканых дефектах лица.

Выводы: Истончение и моделирование переднебокового лоскута бедра требует детального понимания анатомических особенностей прохождения перфорантных сосудов лоскута в подкожном пространстве донорской области. Анатомические характеристики перфорантных сосудов связаны с их локализацией, что следует учитывать при планировании лоскута.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГУБ

Богов-Младший А.А., Богов А.А.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая больница» Республики Татарстан, Казань

Коррекция формы и вида губ человека начинает свое развитие еще со времен древнего Египта, когда врачи того времени занимались такой патологией как заячья губа. В современном обществе врачи сталкиваются с видоизменением губ в большей степени связанным с возрастными изменениями или же с веяниями моды, нежели с врожденным или приобретенным дефектом. Особую нишу в эстетической коррекции губ занимает контурная пластика биосовместимыми филлерами, при помощи

которых можно с наименьшей травматизацией добиться отличного, однако временного результата. В связи с этим мы пытаемся найти оптимальный подход к изменению формы губ с сохранением эффекта и наименьшей травматизацией. Мы не используем полиакриламидных гелей и синтетических имплантов, которые однозначно решают проблему с объемом, но со временем могут привести к различным деформациям губы. Так же мы не взяли на вооружение биодеградируемые мезониты, которые больше работают на коррекцию контура губы и не дают пожизненного результата. В последнее время мы в меньшей степени используем аутоимпланты, так как они взаимосвязаны с дополнительными разрезами в донорских областях, на что пациенты зачастую не согласны. Одним из вариантов решения мы предлагаем различные комбинации из операции VY + Булхорн + Липофиллинг. При сборе анамнеза у пациента, мы выясняем, какой аспект по изменению формы губ его беспокоит. Если же пациент желает скорректировать контур губы, мы прибегаем к операции Булхорн, при необходимости придать объем – используем VY. В большинстве случаев оперируем в комбинации этих методов, добиваясь увеличения объема и изменения контура губы. При недостаточно удовлетворяемом результате увеличения или для коррекции, используем липофиллинг. Для наилучшего сохранения объема вводимого жира мы применяем клетки СВФ получаемые из жировой ткани и липофиллинг с невирусными плазмидами, которые несут в своем составе VEGF (сосудистый эндотелиальный фактор роста) и bFGF (основной фактор роста фибробластов). Так же как и клетки СВФ, эти факторы на генном уровне способствуют неоваскулогенезу и способствуют выживанию адипоцитов. При этом липофиллинг, как с клетками СВФ, так и с невирусными плазмидами несущими в себе VEGF и bFGF, считаем как отдельную боевую единицу для успешной коррекции губ. Так же в последнее время, мы дополнили нашу комбинацию пресечением мышц депрессоров, опускающих угол рта, и получили еще больше положительных результатов. Комбинируя данные не сверхтравматичные хирургические методики, мы добиваемся оптимального и удовлетворяющего результата индивидуально для каждого пациента, с продолжительным сохранением результата.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ВЕНОЗНЫХ АНГИОДИСПЛАЗИЙ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Возницын Л.В., Калинина С.А., Топольницкий О.З., Яковлев С.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, кафедра детской челюстно-лицевой хирургии, Москва

Введение: Сосудистые поражения челюстно-лицевой области являются самым распространенными доброкачественными образованиями у детей. Частота их встречаемости по данным различных авторов составляет от 1:500

до 1:1200 новорожденных. Врожденные пороки развития кровеносных сосудов (ангиодисплазии) встречаются у 1.5% новорожденных, при этом до 70% из них приходится на долю венозных ангиодисплазий. Диагностика венозных ангиодисплазий челюстно-лицевой области у детей остается актуальной проблемой до настоящего времени в связи с отсутствием общепринятой классификации, малым возрастом пациентов, что значительно ограничивает выбор дополнительных методов обследования. Идея: Диагностика венозных ангиодисплазий челюстно-лицевой области у детей остается актуальной проблемой до настоящего времени в связи с отсутствием общепринятой классификации, малым возрастом пациентов, что значительно ограничивает выбор дополнительных методов обследования. Цель исследования: усовершенствование методов диагностики венозных ангиодисплазий челюстно-лицевой у детей, разработать алгоритм мероприятий, направленных на диагностику данной патологии, определение размеров, топографии, ангиоархитектоники, гемодинамических показателей венозной ангиодисплазии. Материалы и методы исследования: в период с сентября 2016 по сентябрь 2017 года в КЦЧЛПХ и стоматологии МГМСУ осуществлено лечение 25 детей с диагнозом «венозная ангиодисплазия» ЧЛО. По половому признаку количественный состав разделится следующим образом – с данной патологией девочки наблюдались ровно в 1.5 раза чаще, чем мальчики. 13 пациентов обратились в данный период первично, 12 детей поступили в плановом порядке для продолжения лечения. Обращает на себя внимание высокий процент ошибочной первичной диагностики данной патологии. Из 13 пациентов, обратившихся первично, только у одного пациента был выставлен диагноз «венозная ангиодисплазия». 5 пациентов были направлены в клинику с диагнозом «гемангиома», 6 пациентов поступили с диагнозом «новообразование», 1 пациент с диагнозом «гипертрофия жевательной мышцы». Процент правильной первичной диагностики составил 7.6%.

Результаты исследования и обсуждения: Всем обратившимся пациентам после клинического обследования было выполнено ультразвуковое исследование ЧЛО с цветным доплеровским картированием. По нашим наблюдениям данный метод должен являться первичным звеном в диагностике данной патологии у детей, поскольку обладает рядом преимуществ: является неинвазивным, не требует специальной подготовки пациента и анестезиологического пособия. Также, ЭХОграфия в сочетании с цветным доплеровским картированием является достаточно информативным при данной патологии: позволяет не только выявить сосудистый компонент новообразования, но и определить характер кровотока, ангиоархитектонику, линейную, объемную скорость кровотока и его интенсивность. Последний показатель наиболее важен при оценке динамики лечения. УЗ-исследование при венозных ангиодисплазиях также позволяло выявить наличие полостей, резко увеличивающихся в объеме при выполнении компрессионных проб. Также 4 пациентам, обратившимся в нашу клинику первично, после проведенного ультразвукового исследования было назначено дополнительно магнитно-резонансная томография. МРТ мягких тканей ЧЛО в T2-взвешанном изображении позволяло четко визуализировать венозную мальформацию, установить ее размер, точную локализацию, соотношение с соседними

анатомическими структурами и, что крайне важно, определить объем венозной мальформации. К недостаткам МРТ следует отнести длительность его проведения, что у детей младшего возраста требует анестезиологического пособия, а также отсутствие данных о гемодинамических нарушениях в очаге поражения. Первичным звеном в диагностике венозных ангиодисплазий ЧЛО у детей вне зависимости от возраста является УЗИ с цветным доплеровским картированием, в виду легкости его проведения, отсутствия необходимости в специальной подготовке пациента и высокой информативности метода. При сложной анатомической локализации венозной мальформации необходимо дополнять обследование МРТ, с целью определения точных размеров образования, его расположения относительно соседних анатомических структур, точного расчета объема мальформации и особенности ее кровоснабжения.

ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ МЫШЦЫ МЮЛЛЕРА ВЕРХНЕГО ВЕКА – МАЛОИЗУЧЕННЫЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПРИОБРЕТЕННОГО ПТОЗА ВЕРХНЕГО ВЕКА, ДОКАЗАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИМ И ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМИ.

Дзагурова З.Р., Катаев М.Г., Шацких А.В.

*Федеральное государственное автономное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский
центр «Межотраслевой научно-технический комплекс
«Микрохирургия глаза» имени академика С.Н.Федорова»
Минздрава РФ, Москва*

Введение: Этиологические факторы приобретенного птоза на сегодняшний день не охватывают все возможные причины данной патологии. Особое внимание привлекает роль мышцы Мюллера (ММ) верхнего века в возникновении приобретенного птоза ввиду ее недостаточной изученности. В единичных зарубежных публикациях описывается жировая дистрофия ММ как возможная самостоятельная причина птоза верхнего века, однако полноценных исследований проведено не было.

Идея: Подтвердить теорию о новой малоизученной причине приобретенного птоза верхнего века.

Цель: Доказать, что жировая инфильтрация ММ верхнего века является самостоятельной причиной приобретенного птоза верхнего века.

Материалы и методы: На дооперационном этапе проведено стандартное офтальмологическое обследование, определены параметры, необходимые для планирования операции: marginalreflexdistance (MRD1), ширина глазной щели, высота и симметричность верхней орбитопальпебральной складки, функциональная активность леватора верхнего века, визуальная оценка области, соответствующей проекции ММ верхнего века при его вывороте. Всем пациентам проведено хирургическое лечение по поводу приобретенного птоза верхнего века транскутанным доступом. В световом микроскопе изучены биоптаты комплекса «конъюнктура – ММ» 69 пациентов (79 глаз) с приобретенным птозом верхнего века (min MRD1 -3мм, max MRD1+2мм). Средний возраст женщин 55 лет (min 19;

max 86; SD 19,5); мужчин – 55 лет (min 17; max 82; SD 18,6). Исключены случаи с врожденным и приобретенным птозом травматической, нейрогенной и миогенной этиологии. Биоптаты подготовлены методом парафинизации и окрашены гематоксилином и эозином, методикам Ван Гизон и Маллори. Статистическая обработка: программа Statistica, версия 10.0.

Результаты: У 19 пациентов (21 глаз), средний возраст 45 лет (min 17; max 76; SD 20,5) на дооперационном этапе определялось значительное утолщение слоя ткани в проекции ММ при вывороте верхнего века в сравнении с интактным глазом. Интраоперационно определялось практически полное отсутствие апоневроза леватора и утолщение ММ. Измененная ММ, предварительно отсепанованная от конъюнктивы, резецирована. Удаленная ММ характеризовалась повышенной плотностью и ригидностью. В результате гистопатологического исследования выявлена морфологическая картина заместительной частичной жировой дистрофии гладкомышечной ткани. Прорастание липоцитов в толщу ММ привело к ее деформации, разделению на пучки, дисперсии гладких мышечных волокон. Остальным 50 пациентам (58 глаз) с апоневротическим птозом выполнена стандартная резекция апоневроза леватора. При изучении препаратов в световом микроскопе в этих случаях ММ имела четкую структуру, компактное расположение и отсутствие среди пучков гладкомышечных волокон жировой клетчатки.

Обсуждение: Жировая дистрофия ММ является малоизученной причиной приобретенного птоза верхнего века. Результаты нашего исследования предполагают новый алгоритм диагностики и лечения птоза, обусловленного жировой дистрофией ММ верхнего века. Резекция дистрофичной мышцы дает стойкий положительный клинический результат.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРИМЕНЕНИЕ АРМИРОВАННЫХ КОМПОЗИТНЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Дмитриева И.В., Калинина С.А., Топольницкий О.З.,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, кафедра детской челюстно-лицевой хирургии, Москва

Введение: При потере опорных тканей костей лица, особенно нижней челюсти, развиваются стойкие вторичные деформации всех костей лицевого черепа, развиваются функциональные нарушения, нарушения внешнего дыхания и др. Сегодня «золотым стандартом» является свободная аутопластика из гребня подвздошной кости или трансплантатом на сосудистом анастомозе из малоберцовой, подвздошной костей, или аутореберным трансплантатом. Однако данный вид применения аутоотрансплантатов целесообразно проводить после окончания активного роста костей лица (10–13 лет). Нами предложено замещение дефектов эндопротезами на основе ме-

Единственным эффективным способом лечения деформации нижней челюсти после перенесенного анкилоза ВНЧС является хирургическое вмешательство. Благодаря комплексному обследованию детей отделения ДЧЛХ МГМСУ стало возможным выявить особенности развития вторичных деформаций мягких тканей челюстно-лицевой области, определить факторы, влияющие на формирование и прогрессирование деформаций. Оптимальный алгоритм реабилитационных мероприятий для пациентов детского возраста с дефектами и деформациями нижней челюсти включает в себя оказание комплексной хирургической и ортодонтической помощи на всех этапах роста ребенка.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РУБЕЦ НА ШЕЕ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ. ЭНДОСКОПИЧЕСКИ- АССОЦИИРОВАННЫЙ ПОДХОД К УДАЛЕНИЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ШЕИ

Колегова Т.Е., Яременко А.И.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение: Формирование послеоперационного рубца в эстетически и функционально значимой области является медицинской, психологической, этической и правовой проблемой. Разработка и внедрение в клиническую практику малоинвазивных эндоскопически-ассоциированных методов позволит значимо улучшить эстетические и функциональные результаты операций. Идея Разработка новых и модификация имеющихся эндоскопически-ассоциированных методов хирургического лечения доброкачественных новообразований шеи.

Цель: Разработать новые и модифицировать имеющиеся методики рациональных эндоскопически-ассоциированных доступов к анатомическим структурам и образованиям шеи. Определить преимущества и недостатки эндоскопически-ассоциированных доступов перед «традиционными» (общепринятыми в хирургической практике) доступами.

Материалы и методы: Произведена диссекция 3 человеческих кадавров (по две стороны у каждого) с целью разработки эндоскопически-ассоциированных доступов к верхней и средней трети шеи. С использованием эндоскопически-ассоциированных доступов прооперировано 49 пациентов со следующими нозологическими формами заболеваний: 3 – с диагнозом липома боковой поверхности шеи; 13 – с диагнозом боковая киста шеи; 1 – с диагнозом срединная киста шеи; 5 – с диагнозом аденома поднижнечелюстной слюнной железы; 10 – с диагнозом слюннокаменная болезнь поднижнечелюстной слюнной железы; 7 – с диагнозом аденома околоушной слюнной железы; 3 – с диагнозом киста околоушной слюнной железы; 7 – с диагнозом шилоподъязычный синдром. Были использованы эндоскопически-ассоциированные доступы из области волосистой части головы: ретроаурикулярный и авторский (патент на изобретение №2625283); и аксиллярные доступы. С использованием «традиционных» доступов прооперирован 51 пациент со следующими нозологическими

формами заболеваний: 4 – с диагнозом липома боковой поверхности шеи; 11 – с диагнозом боковая киста шеи; 2 – с диагнозом срединная киста шеи; 6 – с диагнозом аденома поднижнечелюстной слюнной железы; 12 – с диагнозом слюннокаменная болезнь поднижнечелюстной слюнной железы; 8 – с диагнозом аденома околоушной слюнной железы; 3 – с диагнозом киста околоушной слюнной железы; 5 – с диагнозом шилоподъязычный синдром. Через год после операции всем пациентам проведено клинико-психологическое исследование.

Результаты: Ретроаурикулярный доступ предпочтителен для удаления новообразований околоушной слюнной железы, липом боковой поверхности шеи, крупных новообразований поднижнечелюстной слюнной железы. Авторский эндоскопически-ассоциированный доступ целесообразно использовать для удаления боковых кист шеи, резекции удлиненного шиловидного отростка, удалении поднижнечелюстной слюнной железы при слюннокаменной болезни, выполнении биопсии лимфоузлов шеи. Аксиллярный доступ к структурам и образованиям верхней трети шеи вызывает сомнения. Применение «традиционных» доступов для удаления доброкачественных новообразований шеи приводит к формированию эстетических дефектов и функциональных нарушений в прооперированной области. Выявлены различия в оценке качества жизни и самоотношения. Пациенты, прооперированные с использованием эндоскопически-ассоциированных доступов, оценивали качество жизни, удовлетворенность своей внешностью и физическое состояние выше, чем пациенты, прооперированные с использованием «традиционных» доступов.

Обсуждение: Эстетические и функциональные результаты не оставляют сомнений в целесообразности применения эндоскопически-ассоциированных доступов для удаления доброкачественных новообразований шеи, малоинвазивной диагностики отдельных видов злокачественных опухолей. Доказано влияние послеоперационного рубца на удовлетворенность качеством жизни, своей внешностью и отношением к себе у пациентов, прооперированных с использованием «традиционных» доступов.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫМИ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ

Логвиненко М.Ю., Омурзаков Б.А., Токтосулов А.Т., Токтосулова С.А.

Медицинский центр доктора Омурзакова, Бишкек

Актуальность проблемы: Частота выявления дефектов нижней челюсти среди людей трудоспособного возраста и детей обосновывает высокую социально-экономическую значимость проблемы. Наряду с психоэмоциональным дискомфортом обширные и сложные дефекты влекут за собой нарушения дыхания, жевания и речи.

Цели исследования: Разработка методик для получения удовлетворительных функциональных и эстетических результатов при дефектах нижней челюсти. Совершенствование методов закрытия невазуляризованными и васкуляризованными костными аутоотрансплантатами с использованием микрохирургической техники.

Материал и методы исследования: Прооперированно 30 больных с дефектами нижней челюсти по поводу доброкачественных и злокачественных опухолей. Мужчин было 17 и женщин 11. Возраст больных колеблется от 15 до 60 лет. Пациентам выполнялась сегментарная резекция нижней челюсти и одномоментная реконструкция, путем замещения дефекта свободным васкуляризованным или неаваскуляризованным трансплантатом в зависимости от площади поражения. Пациенты были разделены на 3 группы: в I группе использовался неаваскуляризованный ауто-трансплантат из гребня подвздошной кости (18 случаев), при небольших дефектах, без нарушения анатомической целостности нижней челюсти; во II группе использовался васкуляризованный кожно-фасциальный ауто-трансплантат из лучевой кости (4 случая), при более выраженных дефектах нижней челюсти с нарушением анатомической целостности. В III группе пациентов использовался васкуляризованный ауто-трансплантат малоберцовой кости (МБК) (6 случаев), при обширных дефектах.

Результаты и обсуждение: В I группе пациентов с использованием неаваскуляризованного трансплантата из гребня подвздошной кости с целью усиления нижнечелюстного каркаса при малых дефектах в случае сохранной анатомической целостности эстетические результаты среди 18 больных оценены как отличные у 10 человек, хорошие у 6 человек, у 2-х удовлетворительные. Все операции закончились приживлением пластического материала. Со стороны донорского участка были отмечены транзиторная хромота, гипестезия кожи латеральной поверхности бедра, в последующем проходила через 2–3 недели. Во II группе с использованием трансплантата лучевой кости было выявлено, что лучевая кость позволяет успешно возмещать дефекты небольших размеров. У всех больных, которых наблюдали в сроки от 1 года до 5 лет после операции, функция нижней челюсти восстановлена полностью. Эстетические результаты были хорошие. Было проведено 4 реконструктивных операций, однако наш опыт показал, что нарушается внутрикостное кровоснабжение трансплантата и происходит рассасывание ниже распила при формировании угла нижней челюсти. Нарушений функций верхних конечностей на стороне формирования трансплантата из лучевой кости у больных в отдаленном периоде не отмечалось. Недостатком является наличие косметического рубца в области нижней трети предплечья запястья. В III группе с использованием васкуляризованного трансплантата МБК все больные благополучно перенесли вмешательство. Использование МКБ целесообразно в сложных случаях, когда дефект челюсти по длине превышает 7–12 см, с нарушением анатомической целостности. Существенных осложнений в реципиентной и донорской зонах не наблюдались. Отдаленные результаты пересадки МКБ у больных оказались также успешными. Из 6 больных у 4 отмечены отличные, у 1 хорошие и у 1 случай дал рецидив основного заболевания. За период наблюдения от 1 года до 5 лет функция нижней челюсти была сохранена. Выводы: Таким образом, использование метода микрохирургической ауто-трансплантации васкуляризованных и неаваскуляризованных лоскутов для возмещения дефектов костей различной локализации позволило решить поставленные задачи в короткие сроки и достаточно эффективно, получить положительные функциональные и эстетические результаты у большинства оперирован-

ных пациентов с минимальным ущербом для здоровья. 1. В 98,2% случаев получили хороший результат. 2. При небольших дефектах используется неаваскуляризованный гребень подвздошной. 3. Замещение протяженных дефектов нижней челюсти васкуляризованными костными трансплантатами из МКБ является надежным и эффективным методом хирургического вмешательства, который обеспечивает положительные результаты у 95% больных. 4. Использование методик фиксации нижней челюсти с помощью реконструктивной пластины с титановым покрытием позволило получить оптимальные отдаленные результаты.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА

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

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)

Введение. Проблема оказания специализированной медицинской помощи больным с повреждениями лицевого черепа является актуальной в связи с высокими показателями дорожно-транспортных происшествий, несчастных случаев в быту и на производстве, спортивных травм, а также неблагоприятной криминогенной обстановки. Согласно данным литературы переломы скулоглазничного комплекса (СГК) занимают второе место в структуре повреждений лицевых костей (до 30%). В настоящее время при выявлении смещения костных фрагментов наиболее широкое распространение получили способы открытой репозиции и накостного металлоостеосинтеза с применением титановых пластин. Альтернативной методикой является использование фиксирующих конструкций из сплавов с эффектом памяти формы. Указанное направление ещё недостаточно распространено и на наш взгляд является перспективным. Своевременно начатое лечение и оптимальная хирургическая тактика в отношении указанной категории больных позволяют сократить общие сроки реабилитации, избежать осложнений косметического и функционального характера. Цель работы: повышение эффективности хирургического лечения пациентов с переломами СГК на основе применения фиксирующих конструкций из никелида титана (TiNi) и титана (Ti), с учетом локализации и характера повреждений кости Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов с основным диагнозом «Перелом скулоглазничного комплекса со смещением фрагментов», которые проходили лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии УКБ №2 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). В зависимости от выбранного способа металлоостеосинтеза все больные были разделены на три группы (n=40): группа I – остеосинтез с применением мини-скоб из TiNi с эффектом памяти формы; группа II – остеосинтез с применением Ti пластин; группа III – остеосинтез с применением комбинированного метода (TiNi+Ti). Фиксацию фрагментов скулоглазничного комплекса в типичных точках производили с помощью мини-скобок из никелида титана C- и U-образной формы следующих размеров: 1 – Ø = 0,8 мм, L = 7 мм, L1 = 4 мм, F

= 14 Н; 2 – Ø = 0,8 мм, L = 5 мм, L1 = 4 мм, F = 12 Н, а также мини- и микропластинами прямой, С-образной и L-образной формы. Результаты. Среди пострадавших преобладали лица мужского пола – 106 (88,3%) наблюдений; женщины – 14 (11,7%). Соотношение больных по половому признаку составило 7,57:1. Возраст пациентов находился в диапазоне от 16 до 70 лет. Средний возраст обследованных больных составил 33,42±11,95 года. При сборе анамнестических данных установлено, что в подавляющем большинстве случаев – 92 (76,67%), травма была получена в результате бытового конфликта. В ходе клинико-рентгенологического обследования было выделено пять типов переломов СГК, характеризующихся смещением фрагментов. Так, тип I был выявлен у 28 (23,3%) больных; тип II – 28 (23,3%) больных; тип III – 21 (17,5%) больной; тип IV – 16 (13,3%) больных; тип V – 27 (22,5%) больных. В ходе исследования установлено, что средняя длина разреза в области латерального края брови в группе I составила 14,57±1,33мм; в группе II – 19,31±3,44мм; в группе с применением комбинированной методики остеосинтеза – 14,03±1,98мм. При оценке местного статуса и изучении данных контрольных рентгенограмм отмечено полное восстановление симметрии положения скуловых костей и дуг в 116 (96,67%) случаях. Результаты лечения больных с переломами скулоглазничного комплекса изучены в сроки 1,5-3, 6 и 12 месяцев после проведенного оперативного вмешательства. Оценка отдаленных результатов (до 4 лет) выполнена у 103 (85,83%) больных. Выводы. Таким образом, хирургическая тактика при лечении пациентов с переломами скулоглазничного комплекса, основанная на технических приемах металлоостеосинтеза с применением фиксирующих конструкций из никелида титана и титана, показала свою высокую эффективность. За счет рационального выбора хирургических доступов, вида фиксирующих конструкций и точек фиксации достигнуто снижение травматичности операций, уменьшение количества осложнений, что в целом способствовало ранней реабилитации пострадавших.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ ВТОРИЧНОГО ПТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПО ТИПУ «BALL-IN-SOCK» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОБСТВЕННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ КАПСУЛЫ

Стефкивская О.В., Жуков М.И.

Донецкий национальный медицинский университет им М. Горького, кафедра комбустиологии и пластической хирургии Факультета интернатуры и последипломного образования, Донецк

Введение: По данным международных статистических организаций, увеличивающаяся маммопластика занимает лидирующие позиции среди других пластических операций. Имея достаточно длительный мировой опыт выполнения аугментации молочных желез с помощью имплантатов, возникают все новые отдаленные послеоперационные осложнения. В связи с этим пациентки все чаще обращаются повторно с целью коррекции проявившихся деформаций. Наиболее частым осложнением отдаленного послеоперационного периода является вторичный птоз

молочных желез.

Идея: Актуальна разработка оптимальной техники коррекции вторичного птоза молочных желез имплантатами после аугментационной маммопластики в отдаленном периоде с целью сохранения стабильного результата. Цель работы: разработка и внедрение хирургической техники коррекции вторичного птоза молочных желез по типу «ball-in-sock» после аугментационной маммопластики имплантатами с использованием собственной соединительнотканной капсулы.

Материалы и методы: Проведен анализ пациенток за период 2015–2018 гг. с вторичным птозом молочных желез. Оценочными критериями для отбора пациенток для определенной хирургической тактики были: тип вторичного птоза, степень вторичного птоза, наличие капсулярной контрактуры, оценка состояния имплантата и покровных тканей, необходимость подбора дополнительных методов коррекции. Пациентки распределены по группам и частоте встречаемости типа вторичного птоза: I – «ball-in-sock» – 21, II – «snoopybreast» – 16, III – «bottomingout» – 9. Всем пациенткам были предложены различные варианты моделирования соединительнотканной капсулы при различных типах вторичного птоза: с/без сохранения имплантата, с применением проленовой сетки, метода липофиллинга. При коррекции птоза по типу «ball-in-sock», как самого часто встречающегося, методика определялась по месту установки имплантатов, а соответственно и локализации собственной соединительнотканной капсулы: субгландулярно, субпекторально. С целью восстановления и фиксации исходного уровня верхнего склона молочной железы применялась проленовая сетка. Соединительнотканная капсула раскраивалась в зависимости от локализации и степени птоза. Формировался балкон, поддерживающий нижний склон молочных желез. Имплантаты молочных желез сохранялись, а количество рубцов на коже не увеличивается. Далее реабилитация проводилась, как после первичной увеличивающей маммопластики.

Результаты: В 97% случаев после проведения оперативно-го лечения пациентки отметили удовлетворительные результаты. В 3% случаев отмечался рецидив птоза другого типа в связи с пренебрежением реабилитационных мероприятий и большого объема собственно молочной железы. Выводы: Возможность применения хирургической методики с использованием соединительнотканной капсулы расширяет спектр оперативных вмешательств с целью коррекции вторичного птоза по типу «ball-in-sock», дает более стабильный и эффективный результат в сравнении с другими методиками, позволяет получить более эстетически приемлемый эффект.

ОПЫТ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ХРЯЩЕВЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ И ТКАНИ SURGICEL ПРИ КОРРЕКЦИИ КОНТУРНЫХ НАРУШЕНИЙ СПИНКИ НОСА

Украинский Л.С.

Клиника «Грандмед», клиника «Композит», Санкт-Петербург

Неровности спинки носа, возникающие после резекции горбинки спинки носа, относятся к одним из распростра-

ненных осложнений после ринопластики. Как известно, для их коррекции могут использоваться: синтетические ткани, ауто- и аллотрансплантаты. Все эти материалы имеют общеизвестные плюсы и минусы. Поэтому поиск идеального способа устранения неровности спинки продолжается. Аутогенный хрящ идеально подходит для всех видов графтов, используемых в пластике носа, поскольку обладает низкой степенью резорбции и не предполагает иммунного ответа. Однако использование трансплантатов имеет свои минусы, такие как разрывы при подготовке, исходно фрагментированный донорский хрящ, возможное смещение и контурирование краев. Использование мелкоизмельченного хрящевого трансплантата практически лишено данных проблем, но требует точного кармана в мягких тканях спинки, что далеко не всегда возможно достичь. Цельный, «слегка раздавленный» аутохрящ (по классификации Ozcan Sakmak), является наиболее конкурентоспособным, поскольку имеет низкий процент биодеградации и его сравнительно легко подготовить и зафиксировать. Однако не всегда есть возможность получить единый раздавленный хрящ необходимых размеров. Для соединения фрагментов хряща в своей практике мы использовали целлюлозную ткань (Surgicel), которая выполняла в первую очередь армирующую функцию. В литературе ходят противоречивые данные о влиянии данного материала на выживаемость и пролиферацию хрящевой ткани.

Целью данной работы была оценка эффективности комбинированного использования фрагментированного аутохрящевого трансплантата с тканью Surgicel.

Материал и методы: За период с 2013 по 2018 год был проведен анализ результатов операций 274 пациентов с применением однослойного трансплантата. Среди них было 233 женщины (85%), 41 мужчина (15%). Возраст пациентов от 18 до 64 лет. Первичная ринопластика выполнена у 227 (83%) пациента, вторичная у 47 (17%). У 244 пациентов (89%) была выполнена открытая, у 30 (11%) закрытая ринопластика. Источником трансплантатов был перегородочный хрящ у 230 (84%), ушной хрящ у 44 (14%) пациентов. Показаниями к использованию данных трансплантатов было наличие небольших контурных нарушений после резекции горбинки. Для анализа влияния Surgicel на жизнеспособность трансплантата и оценки эффектив-

ности его применения в случаях с фрагментарным видом графтов, были выделены две группы: I: А – цельный хрящевой аутоотрансплантат обернутый в Surgicel (62 пациента – 32,2%), В – цельный хрящевой аутоотрансплантат (131 пациент – 67,8%) II: А – фрагментированный хрящевой аутоотрансплантат, обернутый в Surgicel (38 пациента – 46,9%), В – фрагментированный сшитый хрящевой аутоотрансплантат (43 пациентов – 53,1 %). Через 3, 6, 12 месяцев после операции выполнялось фотографирование пациентов в стандартных условиях. Методом «экспертных оценок», при которой тремя специалистами, имеющими опыт выполнения подобных операций со стажем более 5 лет, выполнялась пальпация спинки носа и оценка фотографий до и после операции. При этом сравнивались результаты IA группы, для которой IB была контрольной и IIA группы, для которой IIB была контрольной. Все результаты делились на: хорошие (спинка носа ровная), удовлетворительные (спинка носа имеет незначительные неровности и не требует дополнительной коррекции), неудовлетворительные (заметные неровности, значительная биодеградация трансплантата, общехирургические осложнения).

Результаты: В результате оценки IA группы, хорошие результаты получены у 55 пациентов (88,7%), удовлетворительные у 5 пациентов (8%), неудовлетворительные у 2 пациентов (3,3%). IB (контрольной) группы, хорошие результаты получены у 117 пациентов (89,3%), удовлетворительные у 10 пациентов (7,6%), неудовлетворительные у 4 пациентов (3%). IIA группы, хорошие результаты получены у 31 пациента (81,5%), удовлетворительные у 6 пациентов (15,8%), неудовлетворительные у 1 пациента (2,8%). IIB – (контрольной) группы – хорошие результаты у 33 пациентов (76,7%), удовлетворительные у 8 пациентов (18,6%), неудовлетворительные у 2 пациентов (4,7%).

Выводы: Сравнительный анализ результатов применения цельных аутоотрансплантатов в I группе не выявил достоверных отличий в приживлении трансплантатов и отрицательного влияния Surgicel на интеграцию хрящевой ткани при свободной пересадке. Анализ II группы показал, что использование Surgicel облегчает технику формирования покровного трансплантата и способствует получению ровной спинки носа, даже при использовании фрагментированных хрящевых графтов.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Абдуллаев К.Ф., Васильев Е.А., Орлова Е.В., Сафарян Д.Л., Большаков М.Н.</i> Клинический случай реконструкции периоральной области после укуса собаки	81
<i>Аганина Е.Н., Губайдуллин К.С.</i> Профилактика лигатурных свищей при пластике ушных раковин.	81
<i>Аптикеева Э.Д., Колесова Н.П.</i> Лазерная хирургия при узловой ринофиме у пациента с сахарным диабетом.	82
<i>Аршакян В.А.</i> Радиочастотная липосакция и подтяжка груди при помощи аппарата Body Tite	82
<i>Аршакян В.А.</i> Система планирования увеличивающей маммопластики «Natural Beauty»	83
<i>Байтингер В.Ф., Курочкина О.С., Карпов Е.Н.</i> Идиопатическая лимфедема нижних конечностей (praesox и tarda) – лимфосцинтиграфические находки	83
<i>Байтингер В.Ф., Селянинов К.В., Корнелик С.Е.</i> Результаты компьютерного моделирования и анимации артериального кровотока при реперфузии осевого кожно-фасциального лоскута	84
<i>Баранов Н.А., Салов И.А., Масляков В.В., Коршунова Г.А.</i> Микрохирургический шов сухожилия сгибателей пальцев кисти и периферических нервов при острой травме	85
<i>Басалай В.М., Подгайский В.Н., Квачева З.Б., Петрова Д.Ю., Часнойть А.Ч., Трацевская Е.Н.</i> Аутологичные фибробласты слизистой оболочки десны в коррекции возрастных изменений кожи лица	85
<i>Бобров Д.С., Лычагин А.В., Ригин Н.В.</i> Реконструкция подошвенной связки при 3–4 степени нестабильности второго плюснефалангового сустава.	86
<i>Богов А.А., Филиппов В.Л., Масгутов Р.Ф., Топыркин В.Г., Ханнанова И.Г.</i> Результаты новой концепции в лечении контрактуры Дюпюитрена.	87
<i>Богов А.А., Богов-Младший А.А.</i> Повторные операции после применения MACS – лифт на лице.	88
<i>Брайловская Т.В., Абрамян С.В., Вербо Е.В., Ходячий А.Е., Дениев А.М., Тангиева З.А., Калинин Р.В.</i> Рентгенологическая оценка результатов костно-пластических операций с использованием ревааскуляризированных аутотрансплантатов	88
<i>Буцан С.Б., Гилева К.С., Смаль А.А.</i> Двустороннее применение малоберцовых аутотрансплантатов при устранении обширных дефектов челюстно-лицевой области.	89
<i>Быкова Ю.Н., Титова Л.А.</i> Применение новой технологии получения термически обработанных модификаций тромбоцитарной аутоплазмы для коррекции возрастных изменений мягких тканей лица и тела.	89
<i>Васильев В.С., Васильев С.А., Васильев Ю.С., Васильев И.С., Семенова А.Б., Терюшкова Ж.И., Димов Г.П., Ломакин Е.А.</i> Дифференцированный подход к применению вспомогательных хирургических методов при тотальной реконструкции молочной железы методом липографтинга	91

<i>Васильев В.С., Гребенников С.И., Васильев С.А., Семенова А.Б., Ломакин Е.А., Димов Г.П., Терюшкова Ж.И., Важенин А.В., Васильев Ю.С., Васильев И.С.</i> Классификация продуктов на основе липоаспирата и алгоритм их клинического применения	91
<i>Васильев И.С., Васильев С.А., Васильев Ю.С., Васильев В.С., Карпов И.А.</i> Возможности ботулинического нейротоксина типа А в коррекции формы и положения бровей	91
<i>Васильев С.А., Васильев Ю.С., Васильев И.С., Васильев В.С., Карпов И.А.</i> Персональная эволюция методик фейслифтинга с расширенной диссекцией SMAS	92
<i>Васильев Ю.С., Васильев С.А., Васильев В.С., Васильев И.С., Карпов И.А.</i> Липофиллинг губ как компонент комплексной эстетической коррекции лица	92
<i>Гавеля Е.Ю., Рогинский В.В., Надточий А.Г., Котлукова Н.П., Мустафина Ф.Н.</i> Малоинвазивные методы лечения детей с сосудистыми поражениями головы и шеи	93
<i>Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г., Мамашева Г.Д., Гаджимурадова К.М.</i> Прогрессирующий лентикулярный меланоз пика	94
<i>Гилева К.С., Романова Е.М., Миронова Е.А., Смаль А.А.</i> Клинический опыт применения FAMM-лоскута в реконструкции мягких тканей полости рта	94
<i>Гилева К.С., Абдуллаев К.Ф., Романова Е.М., Смаль А.А.</i> Эстетический подход к ревазуляризации лоскутов в области лица и шеи	95
<i>Голубков Н.А., Чернядьев С.А., Коморник Е.А., Колыванов Г.А., Кузьмин В.В.</i> Безопасность в пластической хирургии: тромбопрофилактика	96
<i>Е. Губанова, Е. Санчес, А. Шарова (Россия), М.Х. Табет (Лебанон), И. Бергерова (Чехия), О. Моисеева (Украина), А. Чемерис (Казахстан), Р. Реймонд (Бейрут), И. Прыгова (Франция), И. Карлисли (Австралия). Докладчик: Губанова Е.И.</i> Удовлетворенность пациента и врача длительным лечением глabellaрных морщин abobotulinum toxin A: Первые результаты APREAL-неинтервенционного исследования	97
<i>Гуляев А.А.</i> Эстетика лица – антигравитационный миофациальный подход	97
<i>Гущина М.Б.</i> Сравнительный анализ использования различных донорских зон головы при свободной кожной пластике в области век	98
<i>Давудова Б.Х., Нажмудинов И.И., Магомедова К.М.</i> Хирургическое лечение подскладочного стеноза гортани	99
<i>Давыдов Д.В., Лежнев Д.А., Дутова М.О.</i> Мультисрезовая компьютерная томография как метод выбора визуализации структур носа	99
<i>Денис А.Г., Абушкин И.А., Гаврилова О.А., Васильев И.С., Колядов Н.Ф., Лапин В.О., Галиулин М.Я.</i> Эстетический, индивидуальный подход в выборе метода лечения младенческих гемангиом	100
<i>Дзотцоев А.К., Егоров Ю.С.</i> Клинический случай: капсулярная контрактура на имплантах с разной текстурой	100
<i>Дзотцоев А.К., Егоров Ю.С.</i> Пластыри в хирургии молочных желез	101
<i>Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О.</i> Комбинированный метод лечения папилломатоза гортани с применением нового метода адьювантной терапии	101
<i>Егоров В.И., Тюкин В.Ю., Кочнева А.О.</i> Двусторонняя врожденная атрезия хоан: особенности хирургической тактики лечения	102

<i>Ермошенкова М.В., Зикиряходжаев А.Д., Масри А.А.</i> Липосакция и липофиллинг в реабилитации больных раком молочной железы.	102
<i>Жуков М.И., Стефкивская О.В.</i> Хирургический метод симультанной коррекции при абдоминопластике с аугментационной маммопластикой.	103
<i>Захди Н.Г.</i> Сложившийся дуэт IPL с эрбиевым микропилингом для быстрого лечения различных дисхромий и улучшения качества кожи косметологических пациентов.	103
<i>Зеленин Н.В., Зеленин В.Н.</i> Способ эндопротезирования груди с сохранением брюшной порции большой грудной мышцы.	104
<i>Зеленин Н.В., Мантурова Н.Е., Шурыгина И.А., Шурыгин М.Г., Гранина Г.Б.</i> Перспективы получения более качественных послеоперационных рубцов.	104
<i>Иванов В.Г., Волох М.А., Абзалева Г.Р., Сурмач А.А.</i> Новые возможности реконструкции молочной железы экспандерами/имплантатами больших объемов после подкожной мастэктомии.	105
<i>Иванов В.Г., Волох М.А., Абзалева Г.Р., Сурмач А.А.</i> Понятие о запланированной ошибке в реконструктивной хирургии молочной железы.	106
<i>Иванов В.Г., Волох М.А., Абзалева Г.Р., Сурмач А.А.</i> Рипплинг и его коррекция после препекторальной установки имплантатов.	107
<i>Ищенко А.Л.</i> Новые возможности в эстетической и реконструктивной хирургии молочных желез с имплантатами с пенополиуретановым покрытием (ППУ).	107
<i>Казанцев И.Б., Цуканов А.И., Серяков В.И.</i> Возможности минимально инвазивного лифтинга лица при ограниченной диссекции тканей.	108
<i>Калиновский Д.К.</i> Реконструкция дефектов костей средней зоны лица с использованием стандартных и индивидуальных имплантатов.	109
<i>Коморник Е.А.</i> Порядки оказания медицинской помощи в нестандартных случаях деформаций передней брюшной стенки.	109
<i>Кононец О.А.</i> Мой 17-летний опыт в хирургической коррекции формы и объема молочных желез силиконовыми имплантатами.	110
<i>Коростелев М.Ю., Стариков О.В., Грицкова Е.Н., Новиков К.И., Шихалева Н.Г.</i> Мультидисциплинарный подход при лечении тяжелой политравмы с участием пластического хирурга (на клиническом примере лечения ребенка 2 лет).	110
<i>Короткова Н.Л., Сафьянова Е.В.</i> Методики эстетической ринопластики при лечении больных с врожденными аномалиями, приобретенными деформациями и дефектами носа.	111
<i>Крайник И.В., Апостолиди К.Г., Бекша И.В.</i> Новый способ реконструкции перегородки носа.	112
<i>Крайник И.В., Ильин А.В., Соловьева Т.С., Крайник А.И.</i> Обоснование использования плазмы с цитратом натрия для плазмотерапии.	112
<i>Кунпан И.А.</i> Вертикальная маммопластика с полным сохранением объема ткани молочной железы.	113

Куприн П.Е., Фишман М.Б.

Сравнительная оценка современных рестриктивных операций у больных с ожирением 113

Машкина А.С.

Редерманейролифтинг: улучшение эстетического вида кожи в 1 процедуру 114

Машкина А.С.

Усталый взгляд: инъекционная терапия мешков и темных кругов под глазами 115

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

Клиническая диагностики и лечения переломов нижней стенки глазницы 115

Мельников Д.В., Старцева О.И., Иванов С.И., Синельников М.Е., Пищикова Е.Д.

Одномоментная мастэктомия с реконструкцией молочных желез свободным DIEP-лоскутом – метод лечения олеогранулематозной мастопатии после введения вазелина в молочную железу 116

Митрошенков П.Н., Митрошенков П.П., Токарев П.В.

Применение интраоперационной компьютерной навигации при устранении дефектов и деформаций лица 116

Мишина Е.С., Омельяненко Н.П., Ковалев А.В., Волков А.В., Сморгчов М.М.

Структурная динамика кожи при моделировании дерматотензии 117

Мустафин Ч.К.

Способ прогнозирования образования капсулярной контрактуры после эндопротезирования молочных желез 118

Мустафина Ф.К.

Возраст-ассоциированные процессы в микроциркуляторном русле кожи и слизистой. Оценка эффективности antiage-программ 118

Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С.

Анатомическое обоснование абдоминопластики 119

Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С.

Липофилинг 120

Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С.

Причины возникновения гинекомастии 120

Павлюк-Павлюченко Л.Л., Николаева-Федорова А.В., Валиев Л.Л.

Вариабельность первичной эндонозальной ринопластики при асимметричных и кривых носсах 121

Плаксин С.А.

Поздние серомы после эндопротезирования молочных желез 121

Плаксин С.А., Храпцова Н.И.

Сравнительная характеристика образцов жира, полученных различными способами аспирации 122

Поляков А.П., Ратушный М.В., Ребрикова И.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Сугаипов А.Л., Никифорович П.А., Мордовский А.В.

Реконструкция покровных тканей лица после удаления злокачественных опухолей 122

Поляков А.П., Ратушный М.В., Мордовский А.В., Маторин О.В., Ребрикова И.В., Никифорович П.А.

Химерный свободный лоскут на торако-дорзальных сосудах. Анатомическая характеристика и новый взгляд на область применения 123

Потемкин В.В., Агеева Е.В.

Эффекты укорочения верхней тарзальной мышцы 123

Пржедецкий Ю.В., Позднякова В.В., Пржедецкая В.Ю.

Оригинальный способ онкопластической редукции молочных желез 124

*Пржедецкий Ю.В., Пржедецкая В.Ю.***Проблемы медиальной зоны при верхней блефаропластике** 125*Пшениснов К.П., Шелег М.Ю., Шульгин Э.А.***Современные аспекты ревизионной увеличивающей маммопластики** 125*Рассказова Е.А., Зикиряходжаев А.Д., Болотина Л.В., Волченко Н.Н., Сарибекян Э.К.***Химиочувствительность первично-множественного синхронного рака молочных желез** 126*Рассказова Е.А., Зикиряходжаев А.Д., Тукмаков А.Ю.***Рецидивы после радикальных подкожных мастэктомий с одномоментной реконструкцией у больных раком молочной железы** 126*Резник А.В.***Дермально-субдермальная атрофия после подкожного введения глюкокортикостероидов** 127*Резник А.В.***Социальные сети и эволюция сознания: врач – руководитель – лидер мнений** 127*Решетов И.В., Сукорцева Н.С., Святославов Д.С., Шевалгин А.А., Насилевский П.А.***Эволюция роботической хирургии в лечении злокачественных новообразований головы и шеи** 127*Саакян С.В., Амирян А.Г., Мякошина Е.Б.***Трудности дифференциальной диагностики и ошибки в планировании пластико-реконструктивных операций при патологии периорбитальной области** 128*Саакян С.В., Склярова Н.В., Алиханова В.Р., Тацков Р.А.***Псевдотумор орбиты как проявление токсикоаллергической реакции ботулотерапии (клинический случай)** 128*Седышев С.Х.***Алгоритм оптимизации результатов и снижения количества осложнений после абдоминопластики** 129*Сергиенко Е.Н., Волинская И.А.***Абдоминопластика у пациентов с большими вентральными грыжами** 129*Старцева О.И., Мельников Д.В., Иванов С.И., Синельников М.Е., Макаренко Д.А.***Применение нестандартных свободных лоскутов передней брюшной стенки при реконструкции молочных желез** 130*Суркичин С.И.***Результаты исследования по изучению эффективности и безопасности филлера на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты с применением лабораторно-инструментальных методов исследования** 130*Суфианов А.А., Гизатуллин М.Р., Якимов Ю.А., Клименко О.Ф., Салихова Т.А.***Родовой паралич – эндоскопический невролиз плечевого сплетения** 131*Тихонов А.В., Сафонова М.К., Бастриков Н.И.***Способ малоинвазивного хирургического устранения паралитического лагофтальма «армированием» нижнего века** 132*Украинский А.И., Шумило А.В., Украинский Л.С., Брагилев С.В.***Опыт применения аутоотрансплантатов при формировании спинки носа** 132*Феденко В.В., Евдошенко В.В., Бордан Н.С.***Лапароскопическая пластика белой линии живота при диастазе прямых мышц живота** 133*Федякова Е.В.***Эндогель – новое слово в PRP-терапии, применение биоэкспандера с факторами роста в эстетической медицине** 133

<i>Филатова И.А.</i> Осложнения после блефаропластики. С чем обращаются к офтальмологу?	133
<i>Филатова И.А., Вериго Е.Н., Денисюк В.О.</i> Косметическая реабилитация пациентов с исходом тяжелой травмы и субатрофией глаза методом глазного протезирования	134
<i>Филатова И.А., Шеметов С.А.</i> Результаты оценки микрогемодиализации после хирургического лечения с использованием имплантатов из ПТФЭ	135
<i>Филатова И.А., Шеметов С.А., Павленко Ю.А.</i> Перспектива использования радиоволновой технологии «pelleve» как метод устранения слезотечения.	136
<i>Хоранова М.Ю., Нажмудинов И.И., Магомедова К.М.</i> Результаты хирургического лечения двусторонних параличей гортани с применением CO2 лазера	136
<i>Храмцова Н.И., Плаксин С.А., Заякин Ю.Ю.</i> Дисморфофобия в практике эстетического хирурга: понятие, критерии, подходы к выявлению, тактика	137
<i>Чеснокова Е.Ф.</i> Сравнительная оценка методов оперативного лечения эпиблефарона и вторичного заворота нижнего века у детей	138
<i>Чкадуа Т.З., Гилева К.С., Романова Е.М., Мохирев М.А.</i> Эстетический подход к костной пластике в области врожденной расщелины губы, неба и альвеолярного отростка	138
<i>Чойнзонов Е.Л., Мухамедов М.Р., Гарбуков Е.Ю., Шиянова А.А.</i> Методы хирургической реабилитации пациентов с опухолями полости рта	139
<i>Шаробаро В.И., Авдеев А.Е., Пенаев А.А., Алимова С.М., Пенаева С.А.</i> Систематизация хирургической коррекции нижней трети лица и шеи «без следов»	139
<i>Шаробаро В.И., Мантурова Н.Е., Иванов Ю.В., Авдеев А.Е., Забозлаев Ф.Г., Тельнова А.В.</i> Нерассасываемые инъекционные филлеры мягких тканей (вазелин, синтол, силикон и т.п.) в больших объемах	141
<i>Шихалева Н.Г., Васильева Н.И., Губин А.В., Коростелев М.Ю.</i> К вопросу организации работы по профилю «хирургия кисти» ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова	141
<i>Шурова Л.В.</i> Результаты применения высокоструйной гидрохирургической обработки рубцовой ткани у детей с последствиями термической травмы	141
<i>Шурова Л.В., Будкевич Л.И., Вихриева Н.С.</i> Опыт использования глубокой фракционной лазерной абляции у детей	142
<i>Ясонов С.А., Лопатин А.В., Васильев И.Г.</i> Ринопластика у детей с врожденными деформациями носа: возрастные аспекты реконструкции	143
<i>Calistru A., Catarau O., Melenciuc M., Taralunga M., Rosca V., Garbuz M., Stratan V.</i> Diagnostic challenges and surgical approach of limbs' degloving soft-tissues injuries.	144
<i>Calistru A., Catarau O., Melenciuc M., Vrabie V., Taralunga M., Stratan V., Garbuz M., Crudu M., Fortuna E.</i> Our approach in head and neck reconstruction using free flap	144

Конкурс молодых ученых

<i>Абдуллаев К.Ф.</i> Исследование анатомических условий для первичного истончения и моделирования перфорантного лоскута переднебоковой поверхности бедра	146
<i>Богов-Младший А.А., Богов А.А.</i> Варианты хирургической коррекции губ	146
<i>Возницын Л.В., Калинина С.А., Топольницкий О.З., Яковлев С.В.</i> Клинические аспекты диагностики венозных ангиодисплазий челюстно-лицевой области в детском возрасте	147
<i>Дзагурова З.Р., Катаев М.Г., Шацких А.В.</i> Жировая дистрофия мышцы мюллера верхнего века – малоизученный этиологический фактор приобретенного птоза верхнего века, доказанный клиническим и гистопатологическим методами	148
<i>Дмитриева И.В., Калинина С.А., Топольницкий О.З.,</i> Современные взгляды на применение армированных композитных эндопротезов в лечении детей и подростков с дефектами и деформациями челюстей	148
<i>Калинина С.А., Топольницкий О.З., Дмитриева И.В.</i> Совершенствование алгоритма хирургического лечения деформации нижней челюсти после перенесенного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава у детей	149
<i>Колегова Т.Е., Яременко А.И.</i> Послеоперационный рубец на шее как осложнение. Эндоскопически-ассоциированный подход к удалению доброкачественных новообразований шеи	150
<i>Логвиненко М.Ю., Омурзаков Б.А., Токтосувов А.Т., Токтосунова С.А.</i> Реконструктивная хирургия дефектов нижней челюсти васкуляризированными аутоотрансплантатами	150
<i>Петрук П.С., Медведев Ю.А., Шаманаева Л.С.</i> Сравнительная оценка способов металлоостеосинтеза при переломах скулоглазничного комплекса	151
<i>Стефкивская О.В., Жуков М.И.</i> Хирургический метод коррекции вторичного птоза молочных желез по типу «ball-in-sock» с использованием собственной соединительнотканной капсулы	152
<i>Украинский Л.С.</i> Опыт сочетанного применения хрящевых аутоотрансплантатов и ткани Surgicel при коррекции контурных нарушений спинки носа	152