



IX Национальный конгресс
ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ,
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
И КОСМЕТОЛОГИЯ

www.plastsur.ru
10–12 декабря 2020

Реконструкция формы
Управление временем

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



При поддержке
Правительства
Москвы



Российское общество
пластических,
реконструктивных
и эстетических хирургов



Кафедра пластической
и реконструктивной
хирургии, косметологии
ГБОУ ВПО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова

Пластическая хирургия

| | |
|--|----|
| <i>Абрамов И.В., Иванов В.В., Филимонов В.Б., Тюрин Д.Г.</i> Выбор техники абдоминопластики у пациентов с массивной потерей веса | 10 |
| <i>Аверьянов В.В., Гараев А.Т., Киясов А.П., Ризванов А.А., Обыденнов С.А., Обыденнов Д.М., Зинченко С.В., Исмагилов А.Х.</i> Биодеградируемые хрящевые импланты как альтернатива аутохрящу | 10 |
| <i>Аверьянов В.В., Гараев А.Т., Петрова Е.Ю., Киясов А.П., Ризванов А.А., Обыденнов С.А., Обыденнов Д.М., Зинченко С.В., Исмагилов А.Х.</i> Использования биодеградируемого шовного материала в сердечно-сосудистой хирургии | 11 |
| <i>Аганесов Г.А., Липский К.Б., Юнусов Т.Ш., Енин А.А.</i> Особенности сохраняющей поднахрящичной резекции хрящевой части ребра из прямого доступа при выполнении реконструктивной риносептопластики | 11 |
| <i>Агапов Д.Г.</i> Использование жировых лоскутов в пластике центрального овала лица | 12 |
| <i>Алешина О.А., Горячева Т.П., Сафьянова Е.В.</i> Критерии ортодонтической готовности пациентов с мезиальной окклюзией к ортогнатической операции | 12 |
| <i>Алешина О.Н., Адамян Р.Т., Гилева К.С.</i> Тактика хирургического лечения пациентов с дефектами и деформациями после высоковольтной электротравмы | 13 |
| <i>Алимова С.М., Шарбаро В.И., Тельнова А.В.</i> Ультразвуковая диагностика в планировании малоинвазивных методов коррекции нижней трети лица и шеи | 13 |
| <i>Алмазов И.А.</i> Хрящевые транспозиционные лоскуты в хирургии кончика носа | 14 |
| <i>Андреищев А.Р., Чеботарев С.Я., Горбань В.В., Рудоман С.О.</i> 6 ключей редукционной гениопластики vs WingChin-мандибулопластика | 14 |
| <i>Асирова Г.В., Фролов С.С.</i> Важность каждого этапа реконструкции при устранении врожденных и приобретенных дефектов ушной раковины | 15 |
| <i>Арютин Д.Г., Ваганов Е.Ф., Лологаева М.С., Мельник П.С.</i> Модифицированная эндоскопическая латеральная фиксация как эффективный и безопасный метод коррекции всех видов пролапса гениталий | 15 |
| <i>Арутюнов Г.Р., Гилева К.С., Золотарева А.С.</i> Дентальная имплантация с немедленной нагрузкой в различные виды аутотрансплантатов при лечении больных с дефектами челюстей | 16 |
| <i>Бессонов С.Н.</i> Устранение остаточных и вторичных деформаций лица у взрослых пациентов с расщелинами верхней губы и неба | 17 |
| <i>Бинну Ю.С., Буцан С.Б., Селезнев В.А.</i> Применение аутотрансплантатов теменной кости при устранении линейных дефектов бокового отдела тела нижней челюсти как альтернативы ревааскуляризированным костным лоскутам | 17 |
| <i>Бирюкова Ю.Е., Катаев М.Г., Бегеева Б.Ш.</i> Хирургическая коррекция приобретенного птоза верхнего века у пациентов с анофтальмом | 18 |
| <i>Буцан С.Б., Гущина М.Б., Салихов К.С., Сергеева В.Ю.</i> Результаты невротизации роговицы у пациентов с параличом мимической мускулатуры | 19 |

Васильев В.С., Васильев С.А., Терюшкова Ж.И., Васильев Ю.С., Васильев И.С., Еремин И.И.

Оценка безопасности клинического применения локальных инъекций продуктов на основе жировой ткани у онкологических пациентов 19

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

Выбор оптимального метода волюмизации периорбитальной области аутологичной жировой тканью 20

Васильев М.Н., Искорнев А.А.

Улучшение результатов лечения атрофических изменений тканей шеи и нижней трети лица 20

Газимагомедова А.Р., Гилева К.С.

Применение свободного лоскута с периаурикулярной области и его интраоральная реваскуляризация в реконструктивной хирургии лица 21

Гилева К.С., Арутюнов Г.Р., Золотарева А.С.

Современный подход комплексного хирургического лечения пациентов с врожденными аномалиями ЧЛО 22

Гилева К.С.

Интраоральная реваскуляризация лоскутов при устранении дефектов лица 22

Гилева К.С., Адамян Р.Т., Алешина О.Н.

Средняя височная вена в качестве реципиентной вены при реконструкции дефектов верхней и средней зон лица 23

Гилева К.С., Иванова Е.Д., Ходячий А.Е.

Пластика мягкотканых дефектов лица перфорантным субментальным лоскутом 23

Голубков Н.А.

Тромбопрофилактика при пластических операциях 24

Голубков Н.А.

Эндоскопическое устранение гинекомастии 24

Голубков Н.А.

Эндоскопическая абдоминопластика 24

Голубков Н.А.

Комбинированный лифтинг лица и шеи 24

Голубков Н.А.

Эндоскопический лифтинг лица 25

Горбань В.В., Андрищев А.Р., Чеботарев С.Я., Рудоман С.О., Лигатюк Д.Д.

Опыт феминизирующей хирургии лица 25

Горячева Т.П., Алешина О.А.

Стоматологическая реабилитация с косметологической поддержкой 25

Голованова В.А., Сиротина О.Б.

Безоперационный SMAS-лифтинг. Субъективная оценка и объективный анализ морфофункциональных изменений мягких тканей лица в динамике. Трехлетний опыт 26

Грищенко С.В.

Инволюция и эволюция подходов к блефаропластике, 20-летний анализ результатов 27

Грищенко С.В.

Хирургическая реабилитация пациентов с приобретенными дефектами век 27

Гущина М.Б., Неробеев А.И., Гущин А.В.

Ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с орбитальными проявлениями болезни Реклингхаузена 28

Гущина Н.В., Сарыгин П.В.

Оптимизация выбора хирургического метода лечения пациентов с последствиями ожоговой травмы 29

Давыдов Д.В.

Имплантаты для реконструкции орбиты. выбор материала. 29

Дзалаева Ф.К.

Эстетическая оценка стоматологических реставраций при использовании междисциплинарного подхода к стоматологической ортопедической реабилитации пациентов с адентией. 30

Дзотцоев А.К., Егоров Ю.С., Прокопенко Д.С.

Оптимизация мастопексии. 30

Денис А.Г., Абушкин И.А., Васильев В.С.

Пластическая хирургическая реабилитация детей в исходе осложненных форм тмладенческих гемангиом и агрессивных методов лечения. 31

Добрякова О.Б., Кузнецова Н.В.

Сравнительная характеристика видов открытой капсулотомии у пациенток с фиброзной капсулярной контрактурой 3–4. 32

Древецкий А.П.

Хирургическая тактика при удалении имплантов молочной железы. 32

Дутова М.О., Давыдов Д.В., Лежнев Д.А.

Мультисрезовая компьютерная томография как метод планирования и контроля ринопластики. 32

Ершова О.Ю., Блинов В.С., Блохина С.И.

Результаты альвеолопластики с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии у пациентов с врожденной расщелиной альвеолярного отростка в двух группах. 33

Жуков М.И., Стефкивская О.В.

Хирургическая коррекция вторичногоптоза молочных желез «snoopy breast» методом вертикальной ретромаммарной мастопексии. 34

Иванов В.Г., Волох М.А., Куприн П.Е., Жильцова Е.К., Трофименко К.С., Сурмач А.А., Асеева З.А.

Обоснование препекторальной установки имплантов/экспандеров. Нет ли противоречия в терминах? 35

Иванов В.Г., Волох М.А., Куприн П.Е., Жильцова Е.К., Трофименко К.С., Сурмач А.А., Асеева З.А.

Оптимальный доступ для выполнения подкожной мастэктомии. 35

Иванов В.Г., Волох М.А., Куприн П.Е., Трофименко К.С., Сурмач А.А., Жильцова Е.К., Асеева З.А.

Раннее выполнение первого этапа отсроченной реконструкции молочной железы экспандером после лучевой терапии. 36

Иванов В.Г., Волох М.А., Куприн П.Е., Трофименко К.С., Сурмач А.А., Жильцова Е.К., Асеева З.А.

Формирование перипротезной капсулы экспандером, заполненным воздухом, после подкожной мастэктомии. 36

Иванов С.А., Поддубный А.А.

Функциональные результаты после реконструкции крыла носа – значение неанатомической трансплантации хряща. 37

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

Объемная коррекция мягких тканей в реконструктивной и эстетической хирургии век. 38

Касихина Е.И., Майоров Р.Ю., Ващенко М.О.

Побочные эффекты системной терапии изотретиноином у подростков с акне: анализ и комментарии. 38

Карапетян Г.Э., Черепанова Т.В., Пахомова Р.А.

Применение сетчатого никелид титанового имплантата при абдоминопластике с одномоментной герниопластикой. 39

Катаев М.Г.

Хирургическая составляющая в лечении эссенциального блефароспазма. 40

Катаев М.Г., Захарова М.А., Бирюкова Ю.Е.

Подвешивающие операции приптозе верхнего века: как избежать проблем. 40

Кононец О.А., Алексеева Е.И.

«Пожизненная гарантия» на силиконовые имплантаты молочных желез – миф или реальность? 41

Коростелев М.Ю., Шихалева Н.Г., Новиков К.И.

Способ формирования несвободного двухуровневого лоскута с осевым типом кровоснабжения. 41

Кораблева Н.П., Побережная А.В., Жолтиков В.В., Лебедева Ю.В., Цехмистро Я.В.

Возможности липофилинга молочных желез 42

Короткова Н.Л., Митрофанов Н.В., Терещук С.В., Мураев А.А., Сафьянова Е.В.

Применение микрохирургических технологий в реабилитации пациентов с последствиями ожогов лица 43

Ким И.А., Носуля Е.В.

Типы отношения пациентов к деформации наружного носа 43

Кулиев А.Т., Соболевский В.А.

Опыт применения дезэпидермизированного аутодермального лоскута при одномоментной реконструкции молочной железы эндопротезом 44

Лебедева Ю.В., Кораблева Н.П., Жолтиков В.В.

Коррекция птоза молочных желез и гипоплазии нижнего медиального квадранта при I типе тубулярной деформации молочных желез 44

Лей Я., Черкесов И.В., Коршунов В.В., Иванов С.Ю., Мураев А.А.

Применение контролируемой локальной гипотермии в послеоперационном периоде после ортогнатических операций 45

Липский К.Б., Аганесов Г.А., Юнусов Т.Ш., Енин А.А., Гадагатль А.А.

Перераспределение слизи носа при поднадхрящичной диссекции при сохраняющей закрытой ринопластике 46

Липский К.Б., Аганесов Г.А., Юнусов Т.Ш., Енин А.А., Гадагатль А.А.

Сложные случаи в риносептопластике. Наш опыт 47

Логвиненко М.Ю.

Дифференцированный подход к нитевой и хирургической коррекции азиатских век 47

Лонская Е.А., Костина А.Н., Куракин К.А.

Использование методики W-пластики при проведении верхней блефаропластики 48

Лологаева М.С., Арютин Д.Г., Ваганов Е.Ф., Геворгян Д.А., Мельник П.С.

Коррекция заднего пролапса и эстетических нарушений промежности 49

Мантурова Н.Е., Косминкова И.Н., Гуцин А.В., Лопанчук П.А., Мишурина Е.А., Бендосенко В.А.

Базовые оценочные навыки в системе первичной специализированной аккредитации пластических хирургов 49

Мантурова Н.Е., Гладышева В.В.

Дифференциальный подход к выбору метода абдоминопластики 50

Мантурова Н.Е., Искорнев А.А., Этибарян А.В., Косминкова И.Н.

Патофизиологические аспекты возрастных изменений верхней трети лица 50

Мариничева И.Г., Грицюк А.М., Мариничева Е.А.

Пластика голеней имплантатами: анализ специфических осложнений 51

Милюдин Е.С., Волова Л.Т.

Аллогенные биоматериалы в окулопластике 52

Мисюрин Ю.В., Семенов Ф.В.

Опыт применения пьезохирургии при удалении экзостозов наружного слухового прохода 52

Мяснянкин М.Ю.

Новые возможности применения метода спектрофотометрического интрадермального анализа в дерматоонкологии 53

Мяснянкин М.Ю., Гельфонд М.Л.

Неoadъювантная фотодинамическая терапия с хирургическим лечением больных меланомой кожи 54

Мяснянкин М.Ю.

Первая пластическая органосохраняющая операция 1 пальца левой кисти по удалению подногтевой меланомы с пластикой дефекта кожно-мышечным лоскутом на сосудистой ножке 54

Неробеев А.И., Большаков М.Н.

Удаление обширных капиллярных мальформаций с пластическим замещением дефекта 55

Нгуен Д.Б., Мантурова Н.Е., Качкинбаев И.К.

Анатомические и технические особенности выполнения эстетической блефаропластики у пациентов азиатской этнической группы 56

Нураева А.Б., Галимова В.У.

Использование аллогенного трансплантата для замещения объемных дефектов в офтальмохирургической практике 56

Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С.

Фейслифтинг в нашей клинике 57

Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С., Аверьянов В.В.

Аугментация молочных желез периареолярным доступом 58

Панченко Д.В., Красенков Ю.В., Поташина О.А., Михайлова Е.Ю.

Оценка эффективности использования пьезоостеотомии в ринопластике 58

Петрова К.С., Немирова С.В., Петрова Г.А., Карпенко А.А., Чернышов С.Н., Погодин И.Е.

Опыт применения ЗД-ОКТ для оценки состояния сосудов микроциркуляторного русла кожи в процессе восстановления ткани после операции укрытия ожоговой раны свободным кожным трансплантатом и оценки состояния васкуляризации рубца 59

Пискунова Е.В.

Использование гормональной терапии для оптимизации результатов в эстетической хирургии 60

Пискунова Е.В.

Целесообразность коррекции урогенитальной патологии в сочетании с операцией абдоминопластики в клинике пластической хирургии 61

Подольский М.Ю., Протасов А.В.

Применение ботулотоксина типа А в хирургии передней брюшной стенки 61

Попов В.В., Искорнев А.А., Этибарян А.В.

Эстетический анализ верхней трети лица в пластической хирургии 62

Прокопенко Д.С., Дзотцоев А.К., Егоров Ю.С.

Что важнее при аугментационной маммопластике: база, проекция, объем импланта? 63

Протасов К.А.

Мастопексия с сохранением возможности грудного вскармливания 63

Пухова А.Г., Татунов М.А., Медведев А.А., Мазанова А.Р.

Абдоминопластика – способ лечения ожирения или метод коррекции фигуры? 64

Рахимов А.Я., Зайнутдинов А.М., Исмагилов А.Х.

Оценка качества жизни у пациенток после пластической хирургии контуров тела 64

Рахимов А.Я.

Липоскульптура. Upgrade 2020 65

Решетов И.В., Сукорцева Н.С., Устюжанин Д.В., Закирова А.А.

Функциональные результаты и методы их оценки после реконструкции органов полости рта реиннервированными лоскутами у онкологических больных 65

Рождественская Н.К., Колесникова Е.П.

Анализ методов реювнциации у мужчин в практике косметолога и пластического хирурга 66

Рудоман С.О., Андреищев А.Р., Горбань В.В.

Сравнительная оценка различных материалов, используемых для контурной пластики лица 66

Рябков М.Г., Спиридонов А.А., Тихонова О.А., Меньшенина Е.Г., Погодин И.Е., Киселева Е.Б., Симонов А.С.

Обоснование применения липотрансфера в реконструктивной пластике хронических ран голени и стопы: микрорельеф, микрофлора, микроциркуляция 67

| | |
|--|----|
| <i>Саакян С.В., Амирян А.Г.</i> Склеропластика после брахитерапии увеальной меланомы | 68 |
| <i>Саакян С.В., Филатова И.А., Макарова А.А.</i> Орбитальные импланты в детской офтальмоонкологии: критерии допустимости | 68 |
| <i>Сарибекян Э.К., Колбанов К.И., Ортабаева Д.Р.</i> Фиброматоз аугментированной молочной железы. Случай хирургического лечения с реконструкцией грудной стенки ксеноперикардом | 69 |
| <i>Сергиенко Е.Н., Сергиенко В.М.</i> Клинический опыт реконструкции ушных раковин после термической травмы | 70 |
| <i>Сибекова Ф.А., Иванов В.Г., Волох М.А.</i> Липофилинг как способ коррекции риплинга после подкожной мастэктомии с одномоментной реконструкцией имплантом | 70 |
| <i>Ситанович Р.Д.</i> Мужская контурная пластика: аугментация мандибулярного угла | 71 |
| <i>Столярж А.Б., Тетерин Д.К., Котюх А.В., Горбунов Ю.И., Кузнецова Л.В.</i> Использование TRAM-лоскута после обширной флегмоны паховой области и области передней поверхности бедра | 71 |
| <i>Столярж А.Б., Тетерин Д.К., Котюх А.В., Горбунов Ю.И., Чеботарь В.И., Кузнецова Л.В.</i> Контурная пластика тела (КПТ) после бариатрической операции необходимость или дополнительная опция? | 72 |
| <i>Столярж А.Б., Тетерин Д.К., Котюх А.В., Чеботарь В.И., Кузнецова Л.В.</i> Определение тактики лечения пролежней покровных тканей у спинальных больных | 72 |
| <i>Сухарев В.А., Иванов С.Ю., Терещук С.В., Васильев Е.А.</i> Улучшение качества жизни пациентов путем сохранения чувствительности нижней губы при первичном устранении дефектов нижней челюсти | 73 |
| <i>Сухопарова Е.П., Зиновьев Е.В.</i> Патофизиологическое обоснование замедления течения раневого процесса у пациентов с метаболическим синдромом | 73 |
| <i>Терещук С.В., Сухарев В.А., Васильев Е.А., Керимов А.А.</i> Реконструктивная микрохирургия при огнестрельных ранениях | 74 |
| <i>Терещук С.В., Иванов С.Ю., Сухарев В.А., Васильев Е.А.</i> Новый подход к использованию трансплантат из наружного края лопатки для устранения дефектов верхней и нижней челюсти | 75 |
| <i>Терещук С.В., Сухарев В.А., Васильев Е.А.</i> Лоскуты на кожных перфорантах лицевой артерии | 75 |
| <i>Трефилов А.А., Крюков Е.В., Терещук С.В., Асеева И.А., Сухарев В.А., Васильев Е.А.</i> Лучевая диагностика в предоперационном планировании реконструктивных операций в области лица с применением перфорантных трансплантатов | 76 |
| <i>Тюрин Д.Г., Филимонов В.Б., Иванов В.В., Абрамов И.В.</i> Оптимизация тактики хирургического лечения диастаза прямых мышц живота | 76 |
| <i>Филатова И.А., Боровкова Н.В., Шеметов С.А., Павленко Ю.А., Федосеева Е.В., Пономарев И.Н.</i> Особенности техники местной анестезии при лечении рубцов век | 77 |
| <i>Филатова И.А.</i> Неадекватные кожные трансплантаты при реконструкции век | 77 |
| <i>Филатова И.А., Шеметов С.А., Мохаммад И.М., Кондратьева Ю.П.</i> Опыт применение имплантатов в офтальмохирургии | 78 |
| <i>Фортуна Э.Ю., Стоян А.В., Михайлуца В.В., Йордэжеску Р.М., Верега Г.М.</i> Травма мягких тканей как патогномичный фактор возникновения болезни Дюпюитрена | 79 |

| | |
|--|-----------|
| <i>Хакунова А.И., Набиев Ф.Х., Либин П.В.</i> | |
| Наш опыт применения реберно-хрящевого аутоотрансплантата в реконструктивной ринохирургии. | 79 |
| <i>Ходжабагян Э.С., Абрамян Д.О., Пшениснов К.П., Голубев И.О.</i> | |
| Патологический порог непереносимости холода для нормативного населения нескольких регионов России | 80 |
| <i>Храмцова Н.И., Плаксин С.А., Соцков А.Ю., Пономарев Д.Н.</i> | |
| Состав липографта при различных методах его фильтрации | 80 |
| <i>Чкадуа Т.Э., Висаитова Э.Ю., Верещагина Н.В.</i> | |
| Транспозиция васкуляризированной височной фасции при паротидэктомии с сохранением лицевого нерва | 81 |
| <i>Шакиров Б.М.</i> | |
| Пластика в лечении послеожоговых сгибательных контрактур пальцев стопы. | 81 |
| <i>Шаповалов С.Г.</i> | |
| Парциальная реконструкция лица после касательного бытового огнестрельного ранения | 82 |
| <i>Короткова Е.А., Шелег М.Ю.</i> | |
| Протокол совместного ведения пациентов пластическим хирургом и косметологом при возрастных изменениях лица, шеи, декольте и кистей. | 82 |
| <i>Шелег М.Ю., Шульгин Э.А.</i> | |
| Сравнительный анализ вертикальной мастопексии с композитной мастопексией с Т-рубцом. | 83 |
| <i>Шелег М.Ю., Короткова Е.А., Шульгин Э.А.</i> | |
| Комплексный подход к коррекции возрастных изменений лица – наша философия для получения оптимальных результатов. Эндоскопически ассистированное гибридное омоложение лица. | 84 |
| <i>Сихалева Н.Г., Коростелев М.Ю., Новиков К.И., Начкебия Л.Н.</i> | |
| Лечение пациентов с постожоговыми деформациями конечностей. | 84 |

Косметология

| | |
|--|-----------|
| <i>Нуоип J.P.</i> | |
| Клиническое исследование лечения морщин на лице с помощью фракционной высокочастотной микроигльчатой системы | 86 |
| <i>Борзых О.Б., Карпова Е.И., Демина О.М.</i> | |
| Генетика качества кожи и эффективность использования косметологических процедур | 86 |
| <i>Голованова В.А., Сиротина О.Б.</i> | |
| Безоперационный SMAS-лифтинг. Субъективная оценка и объективный анализ морфофункциональных изменений мягких тканей лица в динамике. Трехлетний опыт | 87 |
| <i>Дубовая Е.Г., Королькова Т.Н.</i> | |
| Правовая грамотность врача как необходимая компетенция и существенный элемент системы качества и безопасности медицинской помощи на примере пандемии COVID-19. | 87 |
| <i>Егорова О.Н., Бурденко М.В.</i> | |
| Панникулит как проявление синдрома ASIA. | 88 |
| <i>Нехорошев М.В., Железнова С.Н., Гуреева Е.В., Бочарова Е.А.</i> | |
| Косметические средства на основе бурых водорослей. | 88 |
| <i>Финченко С.Н., Марантиди Э.Г., Дудина Е.Н.</i> | |
| Эстетическая психосоматика как метод коррекции возрастных изменений лица и тела | 89 |
| <i>Фисенко Г.И., Кладова А.Ю., Аляева Э.Ю.</i> | |
| К вопросу об эффективной коррекции рубцовых изменений кожи лица | 89 |

Конкурс молодых ученых

Баисова Л.М., Неробеев А.И.

Оценка тяжести клинического течения сосудистых мальформаций головы и шеи.
Оценка рисков и определение тактики лечения. 91

Ботоев С.Р., Гилева К.С.

Оценка эффективности методов реконструкции нижнеальвеолярного нерва
при резекции нижней челюсти по поводу доброкачественных опухолей 91

Боровикова А.А., Тамаров А.Н., Боровиков А.М.

Капсулопластика как способ коррекции ятрогенных деформаций молочной железы. 92

Гольцман Е.В., Потемкин В.В.

Анализ структуры гипо- и гиперкоррекций при выполнении модифицированной
резекции верхней тарзальной мышцы 92

Калинина С.А., Дмитриева И.В., Топольницкий О.З., Федотов Р.Н.

Применение армированных композитных эндопротезов при лечении детей
с двусторонними анкилозирующими заболеваниями ВНЧС 93

Калинина С.А., Топольницкий О.З., Федотов Р.Н.

Особенности лечения и реабилитации детей и подростков с двусторонними
анкилозами височно-нижнечелюстных суставов 94

Мартикайнен Е.А., Гилева К.С., Адамян Р.Т.

Методика первичного истончения и моделирования DIEP-лоскута. 95

Медведев Ю.А., Петрук П.С., Шпицер И.М., Мигачев А.С.

Реконструкция стенок верхнечелюстного синуса при переломах средней зоны лицевого черепа 95

Мирзабеков С.Г., Пшениснов К.П.

Современные аспекты умбиликопластики 96

Неробеев А.И., Долова А.Р., Ижаев Р.А., Салихов К.С., Большаков М.Н.

Аутотрансплантация грудино-подъязычной мышцы при хирургическом лечении
паралича мимической мускулатуры 97

Неробеев А.И., Ижаев Р.А., Салихов К.С., Большаков М.Н., Долова А.Р.

Аутотрансплантация малой грудной мышцы при хирургическом лечении паралича мимической мускулатуры 98

Петрова К.С., Карпенко А.А., Ткаченко А.П.

Определение признаков активности грануляционной ткани ожоговых пациентов
методом оптической когерентной томографии. 98

Побережная А.В., Кораблева Н.П., Жолтиков В.В., Матевосян Е.Н., Цехмистро Я. В.

Варианты моделирования паренхимы при вертикальной мастопексии на верхне-медиальной
питающей ножке. Наш опыт 99

Поддубный А.А., Иванов С.А., Юрковский А.М.

Ультразвуковое исследование кровотока в лобном лоскуте 100

Симонов А.С., Спиридонов А.А., Марков С.Н., Балеев М.С.

Липосакция с эндоскопической фасциотомией как способ мобилизации кожно-жирового
лоскута для пластики пролежней в области таза 100

Сухих С.О., Куприянов Ю.А., Касян Г.Р., Пушкарь Д.Ю.

Стандартизация контроля натяжения синтетического протеза при оперативном лечении
недержания мочи у женщин 101

Худоян А.К., Пшениснов К.П.

Пути улучшения эстетических результатов одномоментной двухэтапной реконструкции молочной железы 103

Шпицер И.М., Шайхалиев А.И., Мигачев А.С., Петрук П.С., Гостева Е.А.

Методики модификации поверхности титанового эндопротеза височно-нижнечелюстного сустава 103

ВЫБОР ТЕХНИКИ АБДОМИНОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С МАССИВНОЙ ПОТЕРЕЙ ВЕСА

Абрамов И.В., Иванов В.В., Филимонов В.Б., Тюрин Д.Г.

*Рязанский государственный медицинский университет,
Рязанская областная клиническая больница, Рязань*

Введение. В результате значительной потери веса у пациентов наблюдается деформация контуров тела, не поддающиеся коррекции диетой и физическими упражнениями. Абдоминопластика является наиболее распространенной операцией у данного контингента больных. Патоморфологические изменения в виде диастаза прямых, косых мышц, релаксации апоневротических структур, птоз кожно-жирового фартука являются точками приложения основных технических приемов и опорными моментами выбора метода оперативного лечения. У данных пациентов оперативное вмешательство всегда является в большей степени реконструктивным, чем эстетическим, так как не только ведет к изменению контуров тела, но и восстанавливает ортоптические соотношения органов брюшной полости. **Цель и задачи исследования.** Рассмотреть критерии выбора метода лечения пациентов с массивной потерей веса с целью дифференцированного выбора метода оперативного лечения.

Материалы и методы исследования. За период с 2018–2020 год под нашим наблюдением находилось на лечении 50 пациентов (35 женщин и 15 мужчин) с различными формами деформаций передней брюшной стенки после массивной потери веса. Средний возраст пациентов, поступивших на абдоминопластику $36,8 \pm 8,6$ лет. В 8 случаях значительная потеря веса достигнута с помощью рационального питания и физического тренинга. В 42 случаях потеря веса достигнута после бариатрических операций. Средняя потеря веса составляла $28,5 \pm 9,4$ кг. Критерием выбора метода лечения являлись совокупность объективных патоморфологических изменений и субъективных мировоззрений пациента к конечному результату, комплекс сопутствующих заболеваний.

Результаты. Особенностью проведения абдоминопластики у данных пациентов является углубленное предоперационное обследование с акцентом на комплекс обменно-дисциркуляторных изменений, формирующих основу факторов риска периоперационных осложнений с обязательной их полной коррекцией в фазу стабилизации веса. Критерием выбора метода лечения является степень компенсации морбидного фона, степень патоморфологических изменений, степень идеалистических представлений пациента как о конечном результате, так и об организации процесса. Основа оперативного лечения – это дифференцированный выбор между 3 способами абдоминопластики и липосакцией, которая применяется не только для 3D-моделирования контуров, но и с целью латеральной мобилизации тканей для сохранения осевого кровоснабжения. 28 пациентам выполнялась классическая абдоминопластика с низким горизонтальным разрезом. Данный способ позволяет компенсировать излишки тканей в нижней и верхней части живота, в верхней трети бедра, но без сокращения нижних горизонтальных (прямых и косых) параметров. У 16 пациентов использовали Т-инверсионный вид абдоминопластики, когда присутствовал вертикальный рубец

в результате других оперативных вмешательств и имела значительная релаксация апоневротических структур передней брюшной стенки, перемещение кожно-жировых лоскутов происходит как в медиальных направлениях, так и вниз. Этот способ применяли как альтернативу бодилифту, позволяющему скорректировать нижние горизонтальные параметры. 6 пациентам выполнялась мини-абдоминопластика, когда отсутствовала необходимость широкой мобилизации кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки (при небольших избытках кожи над пупком), в данном случае мобилизовался и иссекался участок тканей только в зоне над лоном. Применялись способы как с сохранением, так и с отсечением основания пупка. Степень повышения внутрибрюшинного давления контролировалась интраоперационно с целью определения достаточности реконструкции мышечно-фасциальной структур и контроля безопасности операции. Как показывает практика, дифференцированный подход при юридически зафиксированных предоперационных акцентуациях пациентов ведет к удовлетворенности как результатами, так и организацией процесса у 48 из 50 пациентов. Наиболее частыми осложнениями абдоминопластики в наших наблюдениях являлись серомы брюшной стенки, возникшие в общей сложности у 5 (10%) пациентов при широкой мобилизации тканей и использовании «тяжелых» сетчатых имплантатов в положении on-line. Отмечен 1 случай краевого некроза, излеченный консервативно.

Выводы: 1. При выборе техники абдоминопластики нужно подходить комплексно с учетом патоморфологических изменений и субъективных представлений пациента о конечном результате, морбидного фона и его компенсации. 2. С целью улучшения внешних результатов, абдоминопластику необходимо сочетать с контурирующей липосакцией.

БИОДЕГРАДИРУЕМЫЕ ХРЯЩЕВЫЕ ИМПЛАНТЫ КАК АЛЬТЕРНАТИВА АУТОХРЯЦУ

Аверьянов В.В., Гараев А.Т., Киясов А.П., Ризванов А.А., Обыденнов С.А., Обыденнов Д.М., Зинченко С.В., Исмагилов А.Х.

*Институт фундаментальной медицины и биологии
Казанского (Приволжского) федерального университета,
Казань*

Резюме. Данная работа представляет первые испытания биодеградируемого материала на основе лактидов, выполненные на лабораторных животных – поросятах. Хронический эксперимент представляет собой внедрение в дефект ушной раковины лабораторного животного биодеградируемого имплантата с последующим извлечением и гистологическим исследованием образца через 65 дней. **Актуальность.** Травмы, хирургические повреждения после удаления новообразований, а также генетические нарушения могут привести к уродству и дисфункции лица. Существуют несколько видов имплантов для замещения дефекта: синтетические – силикон и биологические – ауто- (собственный реберный хрящ), алло- (консервированный хрящ донора). В случае силиконового имплантата имеет место инкапсуляция или отторжение со стороны организ-

ма, что ведет к реоперации по замене импланта. Биологические импланты подвержены резорбции в следствии апоптоза как ауто-, так и аллоимплантов.

Цель. Исследование направлено на применение материала, изготовленного синтетическим путем. Главное преимущество синтетического материала состоит в том, что он полностью биосовместим, при его создании используются возобновляемые природные материалы, не используются донорские ткани животных и людей, не используются при его создании иные стволовые клетки.

Материалы и методы. Лабораторные животные – поросята породы Вьетнамский вислорухий. Количество животных 6. Операционный доступ – наружная часть правой ушной раковины. Разрез кожи и отсепарирование окружающих тканей тупым методом. Отделение надхрящницы от хряща ушной раковины, имплантация хрящевого протеза размерами 15x5 мм, толщиной 1 мм вместо искусственно созданного дефекта хряща. Послойное ушивание раны и гемостаз. Антибиотикотерапия в первые 5 суток после операции. Длительность хронического эксперимента 120 дней. Гистологические исследования. На гистологических срезах вокруг хрящевого протеза идет постепенное биорезорбция ретикулоэндотелиальными клетками и замещение его на соединительную ткань.

Результаты и выводы. Суть синтетического хрящевого протеза состоит в том, что после имплантации в организм начинается реакция на протез в виде асептического воспаления. Клетки ретикулоэндотелиальной системы (макрофаги) производят постепенную переработку составных частей хрящевого протеза, параллельно выделяя факторы роста фибробластов. Фибробласты с фиброцитами в свою очередь синтезируют межклеточное вещество (соединительно тканый каркас). Из краев раны хрящевые клетки (хондробласты) мигрируют в сторону хрящевого протеза (из-за выделяемых макрофагами и тромбоцитами факторов роста). Тем самым посредством биодеградации и одновременного синтеза собственной ткани на месте синтетического хрящевого протеза образуется ткань, похожая на окружающую (хрящевую). Это как тканевая инженерия, только внутри организма, в этом случае мы предоставляем для будущего собственного хряща «фундамент», а организм моделирует его с течением времени

ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОДЕГРАДИРУЕМОГО ШОВНОГО МАТЕРИАЛА В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Аверьянов В.В., Гараев А.Т., Петрова Е.Ю., Киясов А.П., Ризванов А.А., Обыденнов С.А., Обыденнов Д.М., Зинченко С.В., Исмагилов А.Х.

*Институт фундаментальной медицины и биологии
Казанского (Приволжского) федерального университета,
Казань*

Резюме. Тезис посвящен комплексному исследованию использования биодеградируемого шовного материала в сердечно-сосудистой хирургии. Данная область хирургии всегда имела острую потребность и особые требования к шовному материалу, который тесно контактирует со специфической реактивной средой – кровью.

Актуальность. В сердечно-сосудистой хирургии применение абсорбируемого шовного материала для создания артериальных или венозных анастомозов долгое время яв-

лялось непереприемлемым, ввиду различных причин, но главным образом из-за возможного расширения анастомоза, риска разрыва во время или после фазы абсорбции. Однако данные представления изменились с появлением в клинической практике нового класса синтетического, моноволоконистого, гибкого, биоразлагаемого шовного материала.

Материалы и методы. Для исследования «Использования биодеградируемых материалов в сердечно-сосудистой хирургии» на 1 этапе была разработана модель операции на аорте у белых нелинейных крыс. 2 группы лабораторных животных разделены на опытную и контрольную. В опытной группе производили анастомоз брюшной части аорты путем коагуляции в коагуляторе с использованием биодеградируемого шовного материала с метрическим размером 8/0- 10/0. В контрольной группе использовали не рассасывающийся шовный материал. Хронический эксперимент длился 120 дней.

Результаты и выводы. На макропрепарате аорты в контрольной группе был четко виден место анастомоза и узловой шов нерассасывающегося шовного материала. В опытной группе место анастомоза определить сложно (ориентировались на метки, которые оставили не рассасывающимся шовным материалом). На гистологическом исследовании контрольной группы в области анастомоза имеется гиперплазия ткани и просвет сужен по сравнению с нативной частью аорты, нити нерассасывающегося шовного материала окружены соединительной тканью вместе с клеточными элементами. В опытной группе отсутствуют видимое присутствие шовного материала, биодеградируемый шовный материал полностью замещился соединительной тканью сосудистой стенки аорты.

ОСОБЕННОСТИ СОХРАНЯЮЩЕЙ ПОДНАХРЯЩНИЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ ХРЯЩЕВОЙ ЧАСТИ РЕБРА ИЗ ПРЯМОГО ДОСТУПА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ

Аганесов Г.А., Липский К.Б., Юнусов Т.Ш., Енин А.А.

Акционерное общество «Институт пластической хирургии и косметологии», Москва

Одной из основных проблем при выполнении реконструктивной ринопластики является дефицит пластического хрящевого материала, возникающий после проведения первичной риносептопластики, септопластики. В ходе реконструктивной операции зачастую появляется необходимость в аутогенном донорском хрящевом материале с целью реконструкции перегородки носа, восстановления функции внутреннего и наружного клапанов носа, камуфлирования неровностей мелкокорубленным хрящом. Известные методы забора реберного хрящевого аутотрансплантата зачастую весьма травматичны, снижают качество жизни пациента в раннем послеоперационном периоде. Нами была разработана методика забора хрящевого реберного аутотрансплантата с минимальной травматичностью, сохранением структуры и восстановления целостности листков надхрящницы, что позволяет избежать долгой реабилитации и длительных болезненных ощущений в раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования. Изучение возможности проведения забора реберного хрящевого аутотрансплантата с минимальной травматичностью, сохранением и восстановлени-

ем анатомической целостности ключевых над- и подлежащих тканей.

Материалы и методы. Данная методика на момент написания работы была применена при выполнении реконструктивной риносептопластики с применением реберного хрящевого аутоотрансплантата у 40 пациентов ранее перенесших риносептопластику или септопластику. Суть предложенного нами метода заключается в использовании доступа размерами 1,7–2,5 см, надсечении наружного, а в последующем и внутреннего листков фасции косой мышцы живота, разведении пучков косой мышцы живота без нарушения целостности ее волокон, отделением надхрящницы от хрящевой части VIII–XI ребер (выбор ребра определяется в зависимости от количества необходимого материала и цели) по типу «открытой книги». После выделения хрящевой части ребра производится его отсечение на границе перехода в костную часть. Далее производится ушивание двух краев надхрящницы и наружной фасции косой мышцы живота с целью восстановления анатомии и предотвращения межслоевого спаечного процесса. Данный метод позволяет минимизировать травматичность при заборе аутоотрансплантата и не препятствует проведению основного этапа операции.

Результаты. Во всех случаях применения данного метода забора реберного хрящевого аутоотрансплантата удалось снизить отечность в послеоперационном периоде, устранить возможные болевые ощущения пациентов в раннем послеоперационном периоде не только в покое, но и при мобилизации в первые сутки после операции.

Выводы. Проведение реконструктивной риносептопластики с забором реберного хрящевого аутоотрансплантата по указанной методике – представляет эффективный метод сохранения целостности ключевых анатомических структур, лежащих на пути доступа к аутоотрансплантату, и позволяет уменьшить послеоперационный отек в области забора аутоотрансплантата, а также предотвратить болезненные ощущения в раннем послеоперационном периоде. Эта методика, по нашему мнению, является наиболее эффективной для снижения травматизации тканей и позволяет избежать снижения качества жизни пациента в раннем послеоперационном периоде.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖИРОВЫХ ЛОСКУТОВ В ПЛАСТИКЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ОВАЛА ЛИЦА

Агапов Д.Г.

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

Возрастные изменения лица раньше всего проявляются в средней ее трети и характеризуются уменьшением объема поверхностных жировых пакетов и разобщением (вследствие поворота относительно точек фиксации) глубоких жировых пакетов. Существующие методы коррекции возрастных изменений обладают разной степенью эффективности и травматичности. Предлагаемый способ коррекции возрастных изменений центрального овала лица базируется на широкой эндоскопической DMAS отсылке с последующим сопоставлением жировых пакетов непосредственно друг с другом или опосредованно через пликацию надкостницы. Данный способ коррекции обладает малой травматичностью, высокой эффективностью и хорошо сочетается с другими способами омоложения лица.

КРИТЕРИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ К ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Алешина О.А., Горячева Т.П., Сафьянова Е.В.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет имени Н.И. Лобачевского»; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Нижний Новгород, Москва

Лечение патологий зубочелюстной системы III класса Энгля является одним из сложных видов ортодонтического лечения пациентов, включающее в большинстве случаев хирургическую коррекцию положения зубочелюстного комплекса для достижения физиологического соотношения зубных рядов и восстановления эстетической гармонии внешних лицевых признаков. Являясь каркасом мышечного слоя лица, кости зубочелюстной системы оказывают влияние на тонус мышц, степень их выраженности и их биомеханику в целом, формируя эстетические признаки лица. Асимметрии лицевого скелета, обусловленные аномалиями развития зубочелюстной системы, требуют детальной оценки степени анатомической деформации и комплексного подхода в реабилитации пациентов с данной патологией специалистами стоматологического профиля совместно с челюстно-лицевыми хирургами. Успех хирургического этапа лечения пациентов с мезиальной окклюзией определяется пространственным позиционированием окклюзионных взаимоотношений зубных рядов в физиологическую окклюзию, нормализацией положения зубочелюстного комплекса в структуре лицевого скелета и восстановлением высоты нижней трети лица, основу которого задает ортодонтическая подготовка пациента к ортогнатической операции.

Цель: провести анализ этапов ортодонтического лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями III класса Энгля, определить основные критерии ортодонтической готовности зубочелюстной системы пациента к ортогнатической операции.

Материалы и методы: проведено комплексное лечение 23 пациентов в возрасте 18–35 лет с диагнозом мезиальная окклюзия, скелетный тип, III класс по Энглу. В зависимости от объема хирургического вмешательства пациенты были разделены на две группы. Первая группа (11 пациентов) с диагнозом макрогнатия нижней челюсти с необходимостью сагиттальной плоскостной остеотомии нижней челюсти по Obwegeser-Dal Pont. Вторая группа (12 пациентов) с диагнозом макрогнатия нижней и ретрогнатия верхней челюсти, требующие нормализации положения зубочелюстного комплекса в объеме двусторонней сагиттальной остеотомии нижней челюсти, остеотомии верхней челюсти по Le Fort I с фрагментацией на уровне зубов 1.3–1.12 и 2.2–2.3. Всем пациентам была проведена клинорентгенологическая диагностика, включающая анализ ТРГ и КТ, фотодокументирование, анализ антропометрических данных лицевого отдела черепа, индексная оценка аномалий зубных рядов. Все пациенты при подготовке к ортогнатической операции получили ортодонтическое лечение с применением несъемной ортодонтической техники, динамическое наблюдение завершённых клинических случаев – в течение года.

Результаты и их обсуждение. Скелетные формы мезиальной окклюзии являются сложной клинической задачей при выборе тактики лечения данной группы пациентов. Подготовка зубочелюстного комплекса к хирургической операции должна соответствовать четким анатомическим критериям для получения стойкого результата в постретенционном периоде, достижения планируемого функционального результата и восстановления эстетики лица при координации зубных рядов в трех плоскостях. По результатам диагностики и проведенного ортодонтического лечения были сформулированы критерии ортодонтической готовности пациента к ортогнатической операции по результатам анализа диагностических моделей и компьютерной томографии: 1. Положение нижней челюсти в центральном соотношении; 2. Нивелированные зубные ряды с учетом первоначальной формы зубной дуги (суженная, квадратная, овальная); 3. Соответствие окклюзионной кривой Шпее нижней челюсти окклюзионной плоскости верхней челюсти в центральной окклюзии; 4. Целостность и анатомическое соответствие зубов в зубном ряду: а. отсутствие мостовидных протезов в зоне сегментации челюсти; б. рациональное протезирование дефектов зубных рядов временными ортопедическими конструкциями с опорой на денальные имплантаты; в. соответствие вертикального и мезиодистального размера коронок зубов с учетом будущих контактов с зубами-антагонистами в ортогнатическом прикусе; 5. Промежутки (тремы) размером 1,5–2 мм в области зубов 1.3–1.12 и 2.2–2.3 в случаях двучелюстной ортогнатической операции.

Выводы. Ортодонтическая подготовка пациентов к ортогнатической операции, согласно предложенным критериям, позволяет избежать ошибок позиционирования фрагментов верхней и нижней челюсти во время ортогнатической операции, минимизировать объем ортодонтической коррекции в постоперационном периоде и добиться высоких эстетических результатов при восстановлении высоты нижней трети лица.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОСЛЕ ВЫСОКОВОЛЬТНОЙ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ

Алешина О.Н., Адамян Р.Т., Гилева К.С.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени акад. Б.В. Петровского», Москва

Актуальность: пациенты с повреждениями, полученными в результате воздействия электричества высокого напряжения, имеют, как правило, одновременно несколько областей на теле, вовлеченных в электротравму. Подобные травмы характеризуются многослойным и обширным повреждением функционально и эстетически значимых областей тела. Актуальным является выбор оптимальной хирургической тактики, правильно спланированный периоперационный период в рамках одного хирургического вмешательства.

Цель: оптимизация комплексного подхода в оперативном лечении пациентов с дефектами и деформациями после высоковольтной электротравмы.

Материалы и методы: в нашем отделении в период с 2000 г. по 2020 г. прооперировано 6 пациентов мужского пола (средний возраст $M=35,8$ лет). В предоперационном

периоде всем пациентам были выполнены функциональные и инструментальные методы диагностики перфузионных характеристик тканей в донорской и реципиентной областях.

Результаты и выводы: основным донорским материалом для закрытия дефектов являлись хорошо кровоснабжаемые лоскуты с осевым типом кровоснабжения. 3 пациентам с локализацией дефектов в челюстно-лицевой области выполнена микрохирургическая пересадка свободных ревааскуляризованных лоскутов. В 3 случаях травматической ампутации полового члена 2 пациентам первым этапом произведена фаллопластика с помощью торакодорсального лоскута и префабрикация лучевого лоскута, следующим этапом этим пациентам проведена уретропластика префарбицированным лучевым лоскутом. 1 пациенту выполнено закрытие дефекта в области полового члена с использованием скротальных лоскутов. Рациональный подход в планировании зоны забора лоскута, применение методов компьютерного моделирования интраоперационных шаблонов, прецизионная микрохирургическая техника и бережное закрытие донорской области, факторы, позволяющие добиться стабильного результата в хирургии пациентов, имеющих обширные дефекты и деформации в связи с электротравмой.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПЛАНИРОВАНИИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА И ШЕИ

Алимова С.М., Шаробаро В.И., Тельнова А.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства, Москва

Исторически в пластической хирургии сложилось так, что методики объективной оценки состояния деформаций в области нижней трети лица и шеи не столь важны для открытых хирургических методик, где хирург может корректировать свои действия, исходя из того, что видит интраоперационно. Однако при невозможности прямой визуализации тканей, при малоинвазивной коррекции, крайне важной является объективная оценка тканей, вызывающих деформацию указанной области для правильного планирования действий пластического хирурга, используя УЗ визуализацию состояния и анатомического расположения мягких тканей нижней трети лица и шеи с целью определения лечебной тактики.

Проведен проспективный анализ исследования и лечения 127 пациентов с инволютивными изменениями мягких тканей нижней трети лица и шеи, находившихся в ФНКЦ ФМБА России в период с 2017 по 2020 годы. Возраст пациентов варьировал от 38 до 62 лет. Пациентов женского пола 121 (95%), мужского – 16 (5%). Предоперационное УЗ-исследование выполнили с помощью аппарата Voluson E8 (Австрия), линейным датчиком 9L, с частотой излучения 3–8 МГц. УЗ-исследование выполняли в вертикальном положении верхней части туловища, шеи и головы, для определения максимальной точки птоза мягких тканей нижней трети лица и подбородочной области. Измерялись следующие параметры: наличие избытков над- и подплатизмальной жировой клетчатки и ее толщина, толщина платизмы и уро-

вень расхождения краев платизмы от края нижней челюсти, наличие птозированных тяжей платизмы, состав тканей, нарушавших контур нижней челюсти с обеих сторон. Оценивалась толщина кожи, подкожно-жировой клетчатки и птозированных мышц, а именно степень участия каждой ткани в формировании деформации. При УЗ-исследовании у 26 пациентов (20,5%) визуализировалось скопление жировой ткани в области нижней трети лица, шеи и подбородка, без атрофических возрастных изменений платизмы. По результатам УЗ-исследования стало очевидным, что локальное удаление избыточной подкожной жировой клетчатки в областях нарушенных контуров нижней челюсти и подбородочной области достаточно для восстановления правильных эстетических линий данных областей. У 54 пациентов (42,5%) визуализировалось наличие птозированных тяжей платизмы с двух сторон, вызывавших деформацию контуров шейно-подбородочного угла, скопление жировой ткани над платизмой незначительное и не превышавшее толщину подкожной жировой клетчатки в смежных областях. В данных случаях проводилась закрытая платизмотомия. У 27 пациентов (21,3%) нарушение контуров шейно-подбородочной области было вызвано именно возрастной инволюцией тканей подкожной мышцы шеи – платизмы и не вызвано локальными избыточными отложениями подкожной жировой клетчатки или птозированной кожей, а нарушение контуров нижней челюсти – преимущественно локальным избыточным отложением подкожной жировой клетчатки, с вторичным невыраженным птозом и избытками кожи. В таких случаях закрытая платизмотомия являлась минимально-инвазивной методикой, достаточной для коррекции возрастной деформации шейно-подбородочной области, а контурная липосакция деформировавших контуры нижней челюсти областей – достаточной для коррекции этих эстетических дефектов. У 20 пациентов (15,7%) визуализировалось избыточное скопление жировой ткани над платизмой в области подбородка и шеи, нарушение контура нижней челюсти за счет скопления жировой ткани, птозированные медиальные тяжи платизмы, которые не определялись ни визуально, ни пальпаторно при физикальном исследовании. Возрастные нарушения контуров шейно-подбородочной области были обусловлены локальным избыточным отложением подкожной жировой клетчатки и птозированными тяжами подкожной мышцы. Липосакция и платизмотомия, проведенная под интраоперационным УЗ-контролем, оказались достаточными для коррекции возрастных инволютивных изменений нижней трети лица и шеи. УЗ-диагностика позволяет определить точную локализацию и степень участия мягких тканей лица и шеи в возрастных изменениях, а также является важным методом исследования при планировании изолированного или сочетанного выполнения малоинвазивных методик при коррекции нарушавших контуры нижней трети лица и шеи деформаций

ХРЯЩЕВЫЕ ТРАНСПОЗИЦИОННЫЕ ЛОСКУТЫ В ХИРУРГИИ КОНЧИКА НОСА

Алмазов И.А.

Клиника «Атрибьют», Санкт-Петербург

Введение. Основным приемом коррекции бульбообразного кончика носа остается цефалическая резекция латеральных ножек, которая нередко приводит к потере их прочности, наряду с повреждением связки скролл. Известные методики сохранения цефалической части латераль-

ной ножки способны предотвращать возможные неблагоприятные функциональные и эстетические последствия. По данным литературы ятрогенные деформации на 76% чаще наблюдаются на кончике носа, чем на других отделах. Недовольство кончиком носа после операции самая распространенная из жалоб – 57%; Более 50% случаев нарушения носового дыхания связано с дисфункцией носовых клапанов. Описанные методики сохранения цефалической части латеральной ножки оставляют ее связь со связкой скролл и фактически представляют из себя варианты транспозиционных хрящевых лоскутов, которые фиксируются под или над латеральной ножкой. Общим между ними является дополнительное укрепление латеральной ножки и возможность ее решейпинга без дополнительных трансплантатов. Однако каждая методика Автором предложена модификация методики Sliding Alar Cartilage Flap, которая применима не только для сужения и укрепления кончика носа, но и для усиления поддержки куполов и управления девиацией кончика носа. Также предложен оригинальный вариант укрепления каудальной части латеральной ножки хряща крыла носа.

Цель: исследовать техники применения хрящевых транспозиционных лоскутов с позиции клинической эффективности исправления деформаций латеральных ножек и практичность их применения.

Метод. При первичных случаях ринопластики у 64 пациентов (49 женщин и 15 мужчин) в ходе уменьшения ширины латеральной ножки LLC рассеченная цефалическая часть латеральной ножки без отслойки помещается в карман под ее каудальную часть. Связка скролл и соединение соединений верхнего и нижнего латеральных хрящей остаются интактными. В результате увеличивается прочность латеральных ножек и куполов, предотвращается коллапс носовых клапанов и усиливается механизм поддержки ротации кончика носа. Благодаря смещению хрящевого лоскута вверх и вниз вдоль каудальной части латеральной ножки создается возможность регулирования угла девиации кончика носа.

Результаты. Срок наблюдения составил от 12 до 18 месяцев после операции. У всех пациентов наблюдали хороший эстетический результат коррекции бульбообразного кончика носа и стабильность латеральных ножек без потери ротации кончика носа. У 11 пациентов метод позволил корригировать конкав, у 5 конвекс, у 8 сложную конвекс-конкав деформацию латеральных ножек, у 15 пациентов была скорректирована девиация кончика носа.

Заключение. Использование хрящевых лоскутов из цефалической части латеральной ножки на связке scroll это эффективный метод при коррекции широкого кончика носа с усилением механизма поддержки ротации, укреплением, латеральных ножек и зоны носовых клапанов. Также эта техника может служить дополнительным приемом в коррекции девиации кончика носа.

6 КЛЮЧЕЙ РЕДУКЦИОННОЙ ГЕНИОПЛАСТИКИ VS WINGCHIN-МАНДИБУЛОПЛАСТИКА

Андреищев А.Р., Чеботарев С.Я., Горбань В.В., Рудоман С.О.

Институт красоты «Галактика», Санкт-Петербург

Контур нижней челюсти играют большое значение в эстетическом восприятии лица. Это один из важнейших факторов идентификации личности. В этой связи контурная пластика нижней челюсти является предметом пристального интереса челюстно-лицевых и пластических хирур-

гов. Если обсуждать вопросы уменьшения размеров и сглаживания контуров – редукционная мандибулопластика, то тут следует четко обозначить, что это собирательное понятие, включающее вмешательства, нацеленные на решение 6 основных задач: 1 –резекция наружной компактной пластики в области угла 2 –резекция заднего и нижнего края угла челюсти 3 –резекция нижнего края тела челюсти 4 –сближение подбородочных бугорков 5 –задвижение подбородка 6 –уменьшение высоты подбородка. Эти задачи могут решаться разными способами, при использовании разных доступов и разных инструментов. Если резекционная мандибулопластика, как мы увидели, разнообразна по назначению, то по технике она относительно однотипна. Чего нельзя сказать о контурной пластике нижней челюсти, направленной на увеличение проекции ее контуров. Мы не будем касаться вопросов имплантации, поскольку они очень неоднозначны, но с медицинской и биологической точки зрения – слишком просты и малоинтересны. А вот костно-пластическая гениопластика – чрезвычайно интересный предмет обсуждения. Особый интерес представляет предложенная А.Тіаса в 2013 г. методика WingChin гениопластики. Она открыла огромные возможности перед хирургом. По-сути, это мандибулопластика: операция позволяет изменить все видимые формы и размеры нижней челюсти, сохраняя при этом ее природную естественность и плавность очертаний. Широкое внедрение этой методики резко суживает показания к использованию лицевых имплантатов. Общая тенденция контурной пластики нижней челюсти направлена на применение технологий костно-пластической хирургии (остэктомия, остеотомия, остеосинтез). Использование этих технологий позволяет добиваться естественных эстетических результатов, минимизировать риски отдаленных осложнений, связанных с наличием инородного тела, увеличить удовлетворенность пациентов получаемыми результатами.

ВАЖНОСТЬ КАЖДОГО ЭТАПА РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ДЕФЕКТОВ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Асирова Г.В., Фролов С.С.

Национальный медицинский исследовательский центр стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Введение. Реконструкция ушной раковины при частичном или полном ее дефекте врожденной или приобретенной патологии признано относится к сложным операциям, где важен каждый шаг и требуется наличие хороших хирургических навыков, творческого мышления и опыта. Материалы и методы. После знакомства с методикой Ф. Фирмин (Франция) операции выполнялись под руководством д.м.н. Чадауа Т.З. в 2015 году с фокусировкой на донорской зоне – развития навыка забора аутореберного хряща для каркаса ушной раковины, 1,5 года было посвящено отработке малоинвазивного доступа. Следующим этапом было развитие навыка вырезания и сборки трехмерного каркаса ушной раковины из аутореберного хряща. В рамках научного исследования с 2014 по 2017 годы мы разработали комплекс исследования пациентов для предоперационного планирования: КТ хрящевой части ребер, ЛДФ и УЗИ кожи сосцевидной области. В 2017 году была выполнена первая полноценная операция – формирование

ушной раковины при микротии в один этап с использованием аутореберного хряща и височно-теменного фасциального лоскута. На данный момент выполнено 38 реконструктивных операций (27 пациентов) у детей и взрослых с врожденными и приобретенными дефектами ушной раковины.

Результаты. Данные расчета длины, ширины и толщины 6,7,8,9 ребер и синхондрозов по КТ позволили определить оптимальный возраст начала операций (мальчики – 8 лет, девочки – 9 лет). Также благодаря четкому изображению донорской зоны можно выполнить моделировку элементов каркаса ушной раковины и определить их оптимальное расположение, тем самым рассчитать минимально необходимый объем аутореберного хряща, что позволяет уменьшить разрез мягких тканей, а следовательно, и их травматизацию, до 3,5 см. Исследование реципиентной зоны (кровообращение и толщина кожи) помогло определить изменение кожных лоскутов до и после установки хрящевого каркаса при разных исходных состояниях (интактная или рубцово измененная кожа) и сформировать показания к использованию височно-теменного фасциального лоскута (в случае, если исходно ослаблено кровообращение, толщина кожи реципиентной зоны меньше, чем на здоровой стороне и/или толщина каркаса превышает 1 см). К настоящему времени 24 (88,8%) пациента довольны результатом реконструкции. Из 38 выполненных операций было 3 осложнения: некроз кожного лоскута с рассасыванием каркаса, но в этих случаях удалось достигнуть приемлемого внешнего вида ушной раковины.

Заключение. Прецизионное предоперационное планирование и последовательная отработка каждой составляющей операции реконструкции ушной раковины очень важны и позволяют повысить безопасность хирургического вмешательства и эстетический результат.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЛАТЕРАЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ И БЕЗОПАСНЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ ВСЕХ ВИДОВ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Арютин Д.Г., Ваганов Е.Ф., Лологаева М.С., Мельник П.С.

Российский университет дружбы народов, Городская клиническая больница № 29 имени Н.Э. Баумана, Москва

Введение. По данным мировой статистики пролапс тазовых органов – распространенное заболевание, не имеющее тенденции к снижению, им страдают до 50% женщин. Такая распространенность является не только финансовым бременем для систем здравоохранения, но и состоянием, крайне ухудшающим качество жизни женщин. Это в первую очередь сказывается на количестве оперативных вмешательств, выполняемых для лечения тазовой дисфункции. На сегодняшний день насчитывается несколько сотен хирургических манипуляций по коррекции пролапса гениталий. Частота рецидивов при этом составляет до 40%, что в свою очередь приводит к повторным оперативным вмешательствам. Среди огромного количества видов оперативного лечения «золотым стандартом» на данном этапе признана сакровагинопексия. При высокой эффективности результатов лечения у данного хирургического метода есть ряд минусов: длительная продолжительность операции, высокий риск осложнений, ограничение по возрастному цензу, необходимость высокой квалификации

хирурга. Более того, в последнее время все актуальнее становится новое направление хирургии – лечение mesh-ассоциированных осложнений. Все это диктует необходимость поиска новых методик и оценки их эффективности. Цель исследования: оценка накопленного опыта выполнения лапароскопической латеральной фиксации, а также решение о целесообразности и эффективности установки сетчатого импланта при выявлении заднего пролапса.

Материалы и методы: проведен проспективный анализ лечения 110 пациенток с верифицированным диагнозом переднего, апикального и заднего пролапсов. Возраст пациенток варьировал от 41 до 68 лет. Основные жалобы были представлены дискомфортом, ощущением «инородного тела» в области промежности, недержанием мочи при физических нагрузках и кашле, а также диспареунией. По итогам обследования показаниями для оперативного лечения являлись несостоятельность структур тазового дна, выявленная у всех 110 пациенток. Реконструктивные операции проводились с использованием полипропиленового монофиламентного сетчатого протеза. Фиксацию протеза производили в области культи шейки матки (при стерэктомии в анамнезе), в области перешейка матки либо в области купола влагалища с помощью фиксирующих не рассасывающихся швов. Кроме того, дополнительно фиксировалась область передней стенки влагалища до уровня его нижней трети. Рукава сетки выводились через сформированные тоннели под париетальной брюшиной передней брюшной стенки до кожи, в точке на 4 см выше и на 2 см латеральнее от передней верхней подвздошной ости. После фиксации протеза выполнялась перитонизация. 15 пациенткам с сочетанным апикальным и задним пролапсом нами была предложена дополнительная установка сетчатого импланта для коррекции заднего пролапса. После диссекции задней стенки влагалища и прямой кишки, а также выделения медиальной части мышц-леваторов выкроенный прямоугольный имплантат фиксировался 5-ю нерассасывающимися швами к мышцам, крестцово-маточным связкам и задней стенке влагалища, затем перитонизация кисетным монокриловым швом.

Результаты. Длительность операции варьировала от 55 до 90 минут. Кровопотеря во время операции в среднем составила 100 мл. Интраоперационное ранение стенки мочевого пузыря диагностировано у 1 больной, что потребовало ушивания дефекта с установкой постоянного катетера на срок до 7 суток после операции. Остальные пациентки были выписаны на 3–4 сутки после вмешательства. У 29 больных отмечено возникновение транзиторного болевого синдрома в проекции каналов проведения импланта на протяжении 3–6 недель от момента вмешательства, который был купирован самостоятельно. Отмечались положительные результаты у всех пациенток (15), которым проведена дополнительная установка сетчатого импланта для коррекции заднего пролапса и одномоментная лапароскопическая латеральная фиксация при выявлении сочетанного апикального и заднего пролапсов. Длительность послеоперационного наблюдения больных составила от 6 до 18 месяцев. Диспареуния de novo отсутствовала.

Выводы. Анализ лечения 110 пациенток с диагнозом переднего, апикального и заднего пролапса с использованием T-образного полипропиленового сетчатого импланта (Soft) в модификации установки сетчатого импланта для коррекции заднего пролапса показал эффективность и безопасность проводимой операции. Это позволяет рекомендовать данный метод коррекции в качестве возможной альтернативы сакровагинопексии.

ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ С НЕМЕДЛЕННОЙ НАГРУЗКОЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Арутюнов Г.Р., Гилева К.С., Золотарева А.С.

Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского, Москва

На протяжении последнего года при лечении больных с дефектами челюстей активно используется в клинической практике малоберцовый аутоотрансплантат с установленными в него дентальными имплантатами и немедленной нагрузкой. Данный подход с использованием компьютерных технологий, 3D-моделирования зарекомендовал себя как проверенная методика. Со временем дизайн реконструкций усовершенствовался и усложнялся. На данный момент точность методов компьютерного моделирования с применением малоберцовой кости достаточна, чтоб использовать одномоментно междисциплинарный подход и выполнять операции с высокой прецизионностью. Малоберцовая кость является оптимальной для реконструкции сложносоставных дефектов. Для устранения линейных дефектов челюстей, выбором донорской зоны стал гребень подвздошной кости, который обладает идеальной высотой, равной высоте тела челюсти и формой, близкой к форме тела нижней челюсти, что позволяет более точно приблизиться к идеальным параметрам нижней неочелюсти.

Цель: внедрение в практику подвздошного аутоотрансплантата и установка в него дентальных имплантатов с немедленной нагрузкой при закрытии линейных дефектов челюстей.

Материалы и методы: всего прооперировано 2 пациента: 64 и 42 лет. Выполнен сбор клинических и рентгенологических данных с проведением всех необходимых клинико-лабораторных исследований с последующим выполнением 3D-реконструкции с виртуальным моделированием подвздошной кости, проектированием шаблонов для имплантации, моделированием протетической конструкции. Применение методов стереолитографической 3D-печати и CAD-CAM технологий для производства индивидуально смоделированных шаблонов и искусственных зубов.

Результаты и выводы: в докладе освещены первые случаи реконструкции с полным восстановлением утраченных структур и немедленной установкой протезной конструкции с применением подвздошного аутоотрансплантата для устранения линейных дефектов челюстей. С использованием метода виртуального моделирования определяется позиция зубного протеза на основе функциональной окклюзии и эстетики, далее с помощью виртуальной протезной конструкции определяются позиция дентальных имплантатов и правильная ориентация подвздошного аутоотрансплантата. Благодаря схожей высоте и форме гребня подвздошной кости с высотой и формой нижней челюсти, данный аутоотрансплантат имеет преимущество для закрытия линейных дефектов. Обе пациентки полностью реабилитированы, восстановлен зубной ряд, жевательная функция, восстановлены контуры челюстей.

УСТРАНЕНИЕ ОСТАТОЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЦА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Бессонов С.Н.

*Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль*

Введение. Несмотря на постоянное совершенствование методов хирургического лечения врожденных расщелин верхней губы и неба, у подавляющего большинства взрослых пациентов отмечаются разнообразные деформации лица, выраженные в различной степени. Многообразие клинических проявлений деформаций средней зоны лица и факторов, влияющих на их возникновение, продолжительность и трудности лечения, неустойчивость результатов делают актуальными и необходимыми их дальнейшее изучение и совершенствование способов лечения.

Цель исследования. Улучшить эстетические и функциональные результаты ринопластики у взрослых пациентов с деформациями носа после устранения расщелин верхней губы. **Задачи исследования.** Провести анализ остаточных и вторичных деформаций лица после устранения врожденных расщелин верхней губы и неба. Предложить алгоритм выбора оперативных приемов для их устранения в зависимости от вида и тяжести деформации.

Материалы и методы. Проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения 120 пациентов, оперированных в детстве по поводу врожденных расщелин лица. В исследовании использовались методы: клинический, антропометрический, рентгенологический и статистический, которые позволили решить поставленные задачи, опираясь на принципы доказательной медицины.

Результаты и обсуждение. Проведенное обследование показало, что 87,5 % пациентов имело выраженную деформацию носа, 13,3% больных нуждалось в ортогнатической хирургии, причем 3,3% – на обеих челюстях. Для устранения деформации носа выполняли открытую ринопластику, включающую септопластику из тыльного доступа, формирование хрящевой и костной части спинки носа. Латеральную ножку большого хряща крыла носа на стороне расщелины мобилизовали от кожи и слизистой оболочки. Большие хрящи крыльев носа фиксировали на хрящевой «стропилке», введенной между медиальными ножками. Коррекцию кончика носа завершали наложением межкупольного шва, и швов, формирующих купола. Если было необходимо увеличить проекцию кончика носа больше, чем на 2 мм, для удлинения колумеллы проводили взаимное перемещение треугольного и трапециевидного лоскутов в ее основании. У пациентов с верхней микрогнатией для устранения западения средней зоны лица одновременно проводилась остеотомия верхней челюсти с выдвижением ее вперед и фиксацией титановыми минипластинами. Если верхняя микрогнатия сопровождалась нижней макрогнатией, сначала проводили остеотомию и остеосинтез обеих челюстей с нормализацией прикуса. Вторым этапом выполняли ринохейлопластику. Отдаленные результаты лечения прослежены у 85 пациентов в сроки от 1 до 6 лет. Эффективность ринопластики определялась улучшением дыхания и степени соответствия результата предоперационному планированию. 86% результатов операций практически соответствовали планируемому.

Выводы. Устранение остаточных и вторичных деформаций средней зоны лица должно предусматривать коррекцию всех ее структур: лицевого скелета, носа и верхней губы.

Предложенные методы оперативного лечения позволяют улучшить внешний вид пациентов, функции дыхания, приема пищи и речи, способствуют их лучшей социальной адаптации в обществе.

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ТЕМЕННОЙ КОСТИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ЛИНЕЙНЫХ ДЕФЕКТОВ БОКОВОГО ОТДЕЛА ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ КАК АЛЬТЕРНАТИВЫ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННЫМ КОСТНЫМ ЛОСКУТАМ

Бинну Ю.С., Буцан С.Б., Селезнев В.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Совершенствование хирургических методик и материалов, цифровизация и развитие компьютерного планирования – все это сегодня ставит хирурга перед проблемой выбора. Каждый раз, выбирая стратегию, мы руководствуемся критериями, которые выделяем при решении конкретной задачи. Основные жалобы пациентов с ограниченными по протяженности линейными дефектами челюстей – на эстетические дефекты, невозможность дентальной резинирования, нарушение дикции и затрудненный прием пищи. Все это заметно снижает привычное качество жизни пациента. Поэтому, выбирая способ реабилитации данной группы, необходимо соблюсти баланс и устранить жалобы самым эффективным способом. То есть: снизить величину донорского ущерба, сократить период реабилитации и найти возможность изготовить пациенту несъемную ортопедическую конструкцию с опорой на дентальные имплантаты. Соблюсти эти критерии нам позволяет использование аваскулярных костных трансплантатов из региональной зоны, в данном случае – аутоотрансплантатов теменной кости.

Цель исследования. Повысить эффективность хирургического лечения пациентов с ограниченными линейными дефектами бокового отдела тела нижней челюсти, обеспечив возможность дальнейшей функциональной реабилитации с применением дентальных имплантатов.

Материалы и методы. В период с 2017 г. по 2020 г. в клинике ЧЛХ ФГБУ «НМИЦ ЧЛХ» проведено лечение 11 пациентов с ограниченными линейными дефектами бокового отдела тела нижней челюсти. На основании данных МСКТ исследования выполнялось компьютерное 3D-планирование оперативного вмешательства с позиционированием нативных фрагментов челюстей в анатомически правильном положении, определением величины и топографии истинного дефекта, а также подбор донорского участка теменной кости для забора расщепленных кортикальных аутоотрансплантатов и их дизайн. Операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом одной бригадой хирургов. Первый этап: забор расщепленных костных аутоотрансплантатов теменной кости, выполняется с применением шаблонов с учетом топографии истинного дефекта, полученной в ходе компьютерного моделирования, выполняемого по данным МСКТ черепа. Затем – создание доступа из поднижнечелюстной области по старому рубцу или в проекции имеющегося дефекта тела

нижней челюсти, и мобилизация нативных фрагментов нижней челюсти. Далее костные трансплантаты соединяют между собой, а пространство внутри полученного призматического двояковыпуклого трансплантата заполняется костной стружкой и остеоиндуктивным материалом. Полученный модифицированный ауто трансплантат помещают в зону дефекта и фиксируют с помощью титановых мини-пластин. Окончательную адаптацию модифицированного трансплантата в области дефекта выполняют при помощи бормашины и шаровидного бора. Раны ушиваются. Оценка результатов проводилась спустя 3 и 6 месяцев после операции.

Результаты и обсуждение. По результатам проведенного исследования было определено на контрольных рентгенограммах, что у всех 11 пациентов в послеоперационном периоде спустя 3 (ОПТГ) и 6 (КЛКТ) месяцев после операции целостность пластически восстановленной нижней челюсти сохранена. В области контакта ауто трансплантатов с нативными фрагментами челюсти определялись активные процессы ремоделирования костной ткани и сращения фрагментов. При гистологическом исследовании материала из области пластически устраненного дефекта тела нижней челюсти подтверждено образование зрелой костной ткани. После консультации с врачом-стоматологом-ортопедом и определения типа ортопедической конструкции, пациентам проводилась дентальная имплантация с последующим изготовлением ортопедических конструкций. Выводы. Полученная зрелая костная ткань в области пластически устраненного дефекта бокового отдела тела нижней челюсти, минимальный донорский ущерб и возможность протезирования с опорой на дентальные имплантаты – все это позволяет говорить, что использование расщепленных ауто трансплантатов теменной кости при устранении таких дефектов нижней челюсти является оптимальным способом хирургического лечения данной патологии.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИБРЕТЕННОГО ПТОЗА ВЕРХНЕГО ВЕКА У ПАЦИЕНТОВ С АНОФТАЛЬМОМ

Бирюкова Ю.Е., Катаев М.Г., Бегеева Б.Ш.

*Федерального государственного автономного учреждения
«Национальный медицинский исследовательский комплекс
центр «Межотраслевой научно-технический комплекс
«Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова»
Министерства здравоохранения РФ, Москва*

Актуальность. Развитию стойкого птоза верхнего века у пациентов с анофтальмом чаще всего способствует травма мышцы, поднимающей верхнее веко. Кроме того, среди факторов, вызывающих опущение верхнего века, отмечают: расслоение и повреждение апоневроза леватора, паралич глазо-двигательного нерва, потеря объема орбиты. Нередко легкие степени птоза верхнего века удается корректировать подбором наружного протеза большего размера. Однако при этом не всегда удается достичь симметричности глазных щелей и есть риск развития атонии нижнего века. В отечественной и зарубежной литературе приводятся данные об эффективности резекции леватора и тарзомюллерэктомии при птозе верхнего века у пациентов с анофтальмом. На наш взгляд, при описанных авторах техниках операций существует риск уменьшения глуби-

ны верхнего конъюнктивального свода. Вероятность этого осложнения увеличивается у пациентов, которым ранее проводились отсроченная пластика культи и/или формирование конъюнктивальных сводов с пересадкой свободных лоскутов слизистой.

Цель. Оценить результаты хирургической коррекции приобретенного птоза верхнего века у пациентов с анофтальмом. Материалы и методы. Нами обследовано и пролечено 23 пациента, у которых в период с 2016 по 2019 год был диагностирован птоз верхнего века после энвисцерации с формированием опорно-двигательной культи (16 глаз) и после отсроченной пластики культи орбитальным имплантатом вследствие ранее проведенных энуклеаций (7 глаз). Хирургическая коррекция птоза верхнего века проводилась не ранее чем через 6 месяцев после удаления глаза с одномоментным и отсроченным формированием культи имплантатом. Среди пациентов было 17 женщин и 6 мужчин в возрасте от 6 до 69 лет (средний возраст 40,39 лет). Положение верхнего века оценивали на постоянном наружном протезе, который соответствовал форме и размерам конъюнктивальной полости. До операции всем пациентам кроме стандартного офтальмологического исследования парного единственного глаза проводили исследование функции мышцы, поднимающей верхнее веко, измеряли расстояние от края верхнего века до светового рефлекса центра зрачка наружного протеза – marginal reflex distance (MRD1). Операция проводилась под местной анестезией Sol. Lidocaini 2%. Разрез кожи производили по ходу верхней орбито-пальпебральной складки. Выделяли апоневроз леватора, отсекали его от тарзальной пластинки и рефиксировали его с укорочением. Положение верхнего века контролировали интраоперационно при взгляде пациента вверх, вниз и прямо. Формировали орбито-пальпебральную складку нерассасывающимися швами. На кожную рану накладывали непрерывный шов Мопилен 6-0. Швы снимали через 10 дней.

Результаты. Устранение птоза верхнего века всем пациентам проводилось по описанной методике с учетом того, что функция мышцы, поднимающей верхнее веко, во всех случаях была сохранена. У 9 пациентов (9 глаз) устранению птоза предшествовали неоднократные реконструктивные операции: контурная пластика орбиты (2 глаза) и пластика конъюнктивальных сводов с пересадкой свободных лоскутов слизистой (9 глаз). Причинами удаления глаза в 17 случаях были травмы глаза, в 2 – новообразования глазного яблока (ретинобластома и тератома), в 3 – абсолютная болящая некомпенсированная глаукома, в 1 – врожденный микрофтальм. Результаты оценивались как успешные при увеличении MRD1, при достижении симметрии ширины и формы глазных щелей оперированного и здорового глаза. Положение верхнего века определяли через 2 дня после операции, 1 месяц и 6 месяцев после коррекции птоза верхнего века. До операции MRD1 был 0 мм до +1,0 мм (в среднем – 0,53 мм). У всех пациентов через 1 месяц после операции отмечено увеличение MRD1 до +3,0 мм – +4,0 мм (в среднем +3,17 мм) и симметрия глазных щелей. В отдаленном периоде (6 месяцев и более) правильное положение века оставалось стабильным и на 5 глазах выявлен лагофтальм 2 мм (3 глаза) и 3 мм (2 глаза).

Заключение. Хирургическая коррекция приобретенного птоза верхнего века при анофтальме путем укорочения апоневроза леватора позволяет достичь максимальной симметрии глазных щелей и получить оптимальный косметический результат, несмотря на возможное сохранение в послеоперационном периоде лагофтальма.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕВРОТИЗАЦИИ РОГОВИЦЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАЛИЧОМ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ.

Буцан С.Б., Гущина М.Б., Салихов К.С., Сергеева В.Ю.

*Национальный медицинский исследовательский центр
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва*

Цель. Провести анализ результатов невротизации роговицы у пациентов с параличом мимической мускулатуры и нейротрофической кератопатией в динамике до и после операции.

Материал и методы. Был проведен анализ клинических данных 8 пациентов (3 м. и 5 ж.) в возрасте от 30 до 58 лет до операции, через 3, 6, 12 и 15 месяцев после невротизации роговицы. У семи пациентов данная патология развилась после удаления невриномы слухового нерва, а у одной пациентки – после инсульта. На дооперационном этапе и в указанные сроки после операции проверяли остроту зрения, проводили исследование чувствительности роговицы с обеих сторон с использованием метода эстеziометрии, исследование мигательного рефлекса, выполняли конфокальную микроскопию слоев роговицы, пахиметрию, Ширмер-тест I, биомикроскопическое исследование с окрашиванием флюорисцеином и без, тщательный фотопротокол.

Результаты. До операции у всех пациентов на фоне имеющегося лагофтальма (от 1 до 6 мм) по данным биомикроскопии было выявлено васкуляризованное бельмо роговицы разной степени выраженности со снижением зрительных функций от правильной светопроекции до 0,5, отмечались множественные фокусы окрашивания роговицы глаза флюорисцеином во всех сегментах. По данным конфокальной микроскопии у 6 пациентов были зафиксированы признаки десквамации клеток поверхностного эпителия от 6 до 10 в поле зрения. У одного пациента была сливная десквамация. У 4 пациентов также был выявлен фиброз экстрацеллюлярного матрикса в оптической зоне, а у 2 – гиперрефлексивность экстрацеллюлярного матрикса. При этом у 6 пациентов кератоциты и эндотелиоциты не визуализировались, а у 1 нервные волокна были утолщены, задняя строма без изменений, плотность клеток эндотелия соответствовала возрастной норме. У 1 пациента отсутствовала возможность проведения конфокальной микроскопии в связи с ранее проведенной аутоконъюнктивальной пластикой. Таким образом, по заключению конфокальной микроскопии у 6 пациентов выявлено бельмо роговицы, у 1 – помутнение роговицы, а 1 – ксероз роговицы. По данным пахиметрии у 1 пациента было выражено истончение роговицы до 360 мкм, у 1 – утолщение роговицы до 623 мкм за счет десквамации клеток эпителия, а у 6 – данные были недостоверны из-за выраженного помутнения роговицы. По данным Ширмер-теста I у 5 пациентов была выявлена тяжелая степень нарушения слезопродукции (0–5 мм/5'), у 2 – нормальная слезопродукция (15–17 мм/5'), у 1 пациента – гиперпродукция (30 мм/5'). При этом 2 из 8 пациентов постоянно пользовались защитной контактной линзой, в связи с хронической рецидивирующей эрозией роговицы. Также у всех пациентов отмечалось нарушение чувствительности роговицы в центре от 15 до 0 мм и на периферии от 40–50 в единичных квадрантах до 0 в результате повреждения тройничного нерва по данным исследования мигательного рефлекса. Невротизации роговицы по данным биомикроскопии сохранялось бельмо роговицы, при этом его интенсивность и площадь сокращалась. При

окрашивании флюорисцеином в отдельных случаях выявлялись единичные локальные фокусы. Пациенты, которые ранее не могли обходиться без защитной контактной линзы смогли от нее отказаться, не смотря на то, что степень выраженности лагофтальма не изменилась и составляла от 1 до 6 мм. Острота зрения у 5 пациентов увеличилась, у 3 – сохранялась на прежнем уровне. По данным Ширмер-тест I наблюдалась незначительная положительная динамика. По данным эстеziометрии у 5 из 8 пациентов чувствительность роговицы была полностью восстановлена. У 4 из 8 пациентов наблюдалась выраженная положительная динамика по результатам конфокальной микроскопии. При этом во всех 8 случаях субъективно пациенты отмечали улучшение общего состояния пораженного глаза.

Заключение. Проведенный клинический анализ показал, что у всех пациентов при сочетанном поражении тройничного и лицевого нервов наблюдается тяжелое нейротрофическое поражение роговицы, проявляющееся васкуляризованным бельмом с обширными дефектами эпителия, которое усугублялось лагофтальмом и нарушением слезопродукции. После невротизации роговицы была отмечена объективная положительная динамика, заключающаяся в сокращении площади и интенсивности бельма роговицы, улучшении состояния эпителия, повышении и восстановлении ее чувствительности, возможности отказаться от защитных контактных линз, а также в субъективном улучшении состояния глаза, отмеченном пациентами.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНЫХ ИНЪЕКЦИЙ ПРОДУКТОВ НА ОСНОВЕ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Васильев В.С., Васильев С.А., Терюшкова Ж.И., Васильев Ю.С., Васильев И.С., Еремин И.И.

*Российский научный центр хирургии имени академика Б.В.
Петровского, Москва*

Введение. В связи с тем, что локальные инъекции продуктов на основе липоаспирата все чаще применяются в реабилитации онкологических больных, все более актуальным становится вопрос изучения их безопасности. С одной стороны жировой трансплантат и клеточные продукты на его основе (стромально-васкулярная фракция и мультипотентные мезенхимальные стволовые клетки) обладают регенераторными эффектами, а следовательно потенциально могут провоцировать прогрессию онкологического процесса, с другой – хирургическая техника предполагает создание множественных тоннелей, что также может приводить к распространению опухоли.

Целью данного исследования явилась оценка безопасности локальных инъекций продуктов на основе липоаспирата у онкологических больных исходя из обзора литературы и анализа собственных данных.

Методы. Произведен анализ 57 литературных источников, относящихся к теме. Собственный опыт включил 259 случаев, из которых 127 – липофилинг с целью реконструкции молочной железы, 78 – липофилинг в сочетании с СВКФ для лечения поздних лучевых повреждений прямой кишки, 33 – липофилинг для лечения хронических постлучевых лучевых ран, 21 – липофилинг с целью устранения контурных дефектов области головы и шеи. Производилась оценка удельного веса локорегионарных и системных рецидивов

ба использовали следующие клинические и функциональные показатели: длительность операции; длительность боли после операции; данные визуальной оценки шейного угла; характер возникших общих и местных осложнений; летальность.

Полученные результаты. Все пациенты перенесли операцию хорошо. Летальных случаев не было. Отеки и небольшие гематомы были у большинства пациентов. У 2 пациентов развилось раннее послеоперационное кровотечение, требующее хирургической ревизии и окончательного коагуляционного гемостаза области вмешательства. У 1 пациентки, на фоне нарушения рекомендаций, на 8 сутки после операции развилось позднее кровотечение, купировано консервативно. Гематомы, требующие эвакуации и дренирования, были у 5 пациентов, Параличей и парезов краевой ветви лицевого нерва не было. У 4 пациентов в послеоперационном периоде наблюдалось гиперкинез мышцы опускающей угол рта – ситуация самостоятельно разрешилась через 1–2 недели. Хороший результат лечения был в 83,4% случаев, в 16,6% был удовлетворительный результат, неудовлетворительных результатов не было.

Выводы. Разработанный нами комбинированный способ подтяжки шеи позволяет получить хороший эстетический эффект в большинстве случаев.

ПРИМЕНЕНИЕ СВОБОДНОГО ЛОСКУТА С ПЕРИАУРИКУЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ И ЕГО ИНТРАОРАЛЬНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА

Газимагомедова А.Р., Гилева К.С.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава
России, Москва*

Микрохирургическая аутоаутоперфорация тканей в реконструктивной хирургии лица стала, на сегодняшний день, повседневной операцией. Сложность в том, что необходимо сочетать в себе эффективное закрытие дефекта с функциональным и эстетическим результатом. Реваскуляризация лоскута становится не просто этапом сшивания сосудов под оптическим увеличением. Эстетичность должна заключаться в отсутствии дополнительных разрезов на коже при устранении дефектов полости рта или расположении разрезов в малозаметных зонах или естественных складках. Свободный лоскут с периаурикулярной области идеально справляется с этой задачей. Возможен забор различных вариаций данного лоскута по принципу «подобное подобным», за счет особенностей анатомии периаурикулярной области, изучение которой позволило нам применять его в реконструктивной хирургии лица.

Цель исследования: повышение эффективности устранения дефектов лица при помощи аутоаутоперфорации тканей с периаурикулярной области и интраоральной их реваскуляризации.

Материалы и методы: исследовано 32 нефиксированных человеческих трупа в возрасте от 18 до 65 лет. Выполнялась послойная препаровка с контрастированием сосудов жидкими нерентгенконтрастными красителями – бриллиантовый зеленый, метиленовый синий. Это позволило детально изучить особенности кровоснабжения тканей и ангиоархитектонику русла донорской зоны

периаурикулярной области. По предложенной методике успешно устранено 5 мягкотканых дефектов лица (2 дефекта верхней губы, 3 дефекта концевой отдела носа). Всем пациентам было выполнено предоперационное планирование: КТ-ангиография лица, УЗДС сосудов лица для визуализации питающих сосудов и определения оптимального положения ножки лоскута. Во всех случаях реваскуляризация лоскутов осуществлялась через интраоральный доступ к реципиентным сосудам (лицевая артерия и вена).

Результаты. Основным источником кровоснабжения периаурикулярной области является поверхностная височная артерия (ПВА), которая является одной из концевых отделов наружной сонной артерии. Ножка проксимального конца ПВА короткая, что ограничивает угол ее ротации или формирования анастомозов и для доступа к ней необходима более глубокая препаровка тканей. Детальное изучение особенностей кровоснабжения всей периаурикулярной области позволило изучить ретроградный кровоток и возможность формирования свободных лоскутов на дистальном основании ПВА. В проксимальном участке ПВА располагается под околушной железой. В дистальном направлении располагается под поверхностной височной фасцией. Во всех случаях длина проксимального участка ПВА – $2,5 \pm 1,5$ см. Диаметр ПВА при микроскопии: лобной ветви – $1,3 \pm 0,4$ мм, теменной ветви – $1,2 \pm 0,3$ мм. В среднем длина сосудистой ножки дистального участка ПВА: лобной ветви – $70,6 \pm 5,5$ мм; теменной ветви – $78,5 \pm 9,0$ мм. Обширное окрашивание ушной раковины дает нам возможность забора не только кожного лоскута с периаурикулярной области, но и забор с включением завитка ушной раковины с хрящем. Из интраорального доступа сосудами выбора являются лицевая артерия и вена, которые располагаются по проекционной линии и находятся под щечной мышцей. Лицевая вена находится латеральнее и глубже лицевой артерии относительно комиссуры угла рта и располагается на поверхности тела Биша. Диаметр лицевой артерии – $0,8 \pm 0,3$ мм, диаметр лицевой вены – $1,2 \pm 0,4$ мм. Интраоральный доступ позволяет при устранении дефектов губы или носа выполнять реконструкцию дефектов без разрезов на коже. Сложностью данного доступа является необходимость выраженной ретракции губ и языка и формирования анастомозов под большим увеличением в замкнутом пространстве. У прооперированных пациентов отмечалось полное приживление лоскутов. В донорской зоне формировался малозаметный нормотрофический рубец в естественной складке. Кожа лоскута по цвету и эластичности полностью совпала с тканями дефекта.

Закключение. Полученные данные позволяют нам широко использовать в клинической практике различные модификации лоскута с периаурикулярной области как на проксимальном, так и на дистальном основании с реверсивным кровотоком с высокой степенью надежности и полным эстетическим соответствием мягких тканей лица. Применение интраорального доступа к реципиентным сосудам в устранении дефектов лица без видимых рубцов на коже меняет стереотипы в оценке результатов реконструктивной хирургии, делая их не только функционально направленными, но и эстетичными.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ ЧЛО

Гилева К.С., Арутюнов Г.Р., Золотарева А.С.

Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского, Москва

Актуальность: пациенты с гемифациальной микросомией подвержены развитию вторичных аномалий в других отделах лицевого скелета по мере его роста и развития. По достижению подросткового возраста у пациентов с данной патологией возникают проблемы, связанные с социализацией в обществе и поэтому, одной из актуальных тем современной реконструктивной челюстно-лицевой хирургии является устранение сочетанных аномалий и деформаций лицевого отдела черепа и зубочелюстной системы. Тактика реабилитации пациентов с данной патологией долгое время включала в себя ряд этапных операций, лечение затягивалось на годы.

Цель: разработка протокола комплексного хирургического лечения, включающего выполнение одномоментно: двучелюстной ортогнатической операции и микрохирургической реконструкции дефекта нижней челюсти реваскуляризованным малоберцовым костно-мышечным аутоотрансплантатом с включением адипо-фасциальной площадки на перфоранте от малоберцовой артерии.

Материалы и методы: на базе отделения реконструктивной и пластической хирургии им. Н.О. Миланова РНЦХ им. академика Б.В. Петровского в период с октября 2019 по май 2020 прооперировано 4 пациента (средний возраст 25 лет) с гемифациальной микросомией, которым одномоментно выполнялась двучелюстная ортогнатическая операция и микрохирургическая реконструкция дефекта нижней челюсти реваскуляризованным малоберцовым костно-мышечным аутоотрансплантатом с включением адипо-фасциальной площадки на перфоранте от малоберцовой артерии. В предоперационном периоде выполнялась КТ ангиография с созданием виртуальной модели неочелюсти, виртуальное планирование ортогнатического перемещения челюстей с помощью 3D-технологий. Замещение костного дефекта осуществлялось малоберцовым аутоотрансплантатом с включением адипо-фасциальной площадки на перфоранте от малоберцовой артерии для закрытия дефекта мягких тканей околоушной, щечной областей, присущего для пациентов с гемифациальной микросомией. В дальнейшем 1 пациентке была выполнена реконструкция ушной раковины.

Результаты и выводы: благодаря сочетанию методик одномоментного ортогнатического перемещения челюстей и правильного выбора аутоотрансплантата в предоперационном периоде (выбор – малоберцовый лоскут) позволяет достичь оптимального прикуса, устранить асимметрию, костный и мягкотканый дефекты в прилегающих областях, снизить ущерб донорской зоны с сокращением сроков послеоперационной реабилитации, улучшением качества жизни подростков.

ИНТРАОРАЛЬНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ЛОСКУТОВ ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ ЛИЦА

Гилева К.С.

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

Микрохирургическая реваскуляризация лоскута – эта целая методология выбора реципиентных сосудов, определения доступа к ним с учетом надежности и эстетичности. Эстетичность заключается 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 исследования: разработка и внедрение интраорального доступа для 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 20 нефиксированных трупах с разработкой интраорального доступов. В клинической практике апробация новых подходов была применена у 57 пациентов с различными дефектами и деформациями лица и шеи. Использовался интраоральный доступ к реципиентным сосудам (лицевая артерия и вена, верхняя губная артерия и ангулярная вена). В качестве предоперационного планирования и послеоперационной оценки, применялись методы объективной оценки: УЗДС сосудов лица и КТ-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 возможно выделение и использование верхней губной артерии при устранении дефектов верхней губы и носа. Верхняя губная артерии 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. У всех пациентов выполнение данных доступов позволило безопасно и прецизионно выполнить выделение реципиентных сосудов с наложением сосудистых анастомозов.

Заключение. Применение интраорального доступа 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.

СРЕДНЯЯ ВИСОЧНАЯ ВЕНА В КАЧЕСТВЕ РЕЦИПИЕНТНОЙ ВЕНЫ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ ДЕФЕКТОВ ВЕРХНЕЙ И СРЕДНЕЙ ЗОН ЛИЦА

Гилева К.С., Адамян Р.Т., Алешина О.Н.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени акад. Б.В. Петровского», Москва

Актуальность: в процессе устранения дефектов, локализуемых в области головы, применяют различные свободные лоскуты. При наложении микрохирургических сосудистых анастомозов, обеспечивающих венозный отток от лоскута, в качестве реципиентной вены в большинстве случаев используют поверхностную височную вену. При довольно выгодном расположении, удобной и простой диссекции, поверхностная височная вена обладает рядом ограничивающих ее выбор особенностей (высокая подверженность фиброзным изменениям в результате лучевого воздействия на мягкие ткани головы, тонкая и растяжимая венозная стенка, отсутствие клапанов). В качестве альтернативного источника для венозного оттока может быть использована средняя височная вена для безопасного и надежного использования которой требуется дополнительное изучение топографии и микрохирургических особенностей.

Цели: изучение топографо-анатомических особенностей предушно-височной области с разработкой доступа к средней височной вене.

Материалы и методы. Всего было подвергнуто исследованию 25 нефиксированных трупов с двух сторон в возрасте от 35 до 82 лет. Послойная препаровка и контрастирование позволила детально изучить топографо-анатомические особенности венозных ветвей внутренней яремной вены в предушной области. На базе ФГБУ «НМИЦ СЧЛХ» Минздрава России и ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» и за период с 20016 по 2020 г. всего осуществлено 12 аутоотрансплантации комплексов тканей с альтернативной венозной реваскуляризацией с использованием средней височной вены (4 – дефект верхней челюсти, 5 – дефект волосистой части головы, 3 – дефект лобной области). Все пациенты прошли предоперационное планирование: КТ-ангиография лица и шеи, УЗДС сосудов шеи с определением количественных и качественных характеристик кровотока.

Результаты. Средняя височная вена является ветвью из системы внутренней яремной вены. Располагается в глубоких слоях: дистально – в толще височной мышцы, проксимально – под поверхностным листком глубокой височной фасции. По разветвлению выделяют 4 типа хода средней височной вены, доминирующий тип, встречающийся в 46% случаев – осевой (тип-А). Основные ориентиры для визуализации и диссекции СВВ по принципу «5-1-5-1» относительно костной части от латерального кантуса, козелка, височной ветви лицевого нерва. Средний диаметр средней височной артерии $1,8 \pm 0,48$ мм, содержит клапаны. В клинической работе с осуществлением венозной реваскуляризации лоскутов через среднюю височную вену, в 100% приживляемость лоскутов.

Выводы. Средняя височная вена является надежным и безопасным источником для венозной реваскуляризации, располагающейся в глубоких слоях предушно-височной области, меньше подверженной атеросклеротическим, постлучевым и рубцовым изменениям.

ПЛАСТИКА МЯГКОТКАННЫХ ДЕФЕКТОВ ЛИЦА ПЕРФОРАНТНЫМ СУБМЕНТАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ

Гилева К.С., Иванова Е.Д., Ходячий А.Е.

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

Для точной реконструкции дефектов челюстно-лицевой области необходим детальный анализ дефекта. Мягкотканый дефект представляет собой трехмерное поражение структурных компонентов лица, поэтому для полноценного восстановления утраченной области необходимо учитывать объемные характеристики дефекта. В данной работе продемонстрирован междисциплинарный подход к вычислению размера истинного дефекта, проецирование его на субментальную область, учитывая индивидуальные вариации сосудистой анатомии данной области для успешного проведения реконструктивно-восстановительной операции и планирования дизайна перфорантного субментального лоскута согласно утраченному рельефу лица.

Цель. Повышение функциональных и эстетических результатов хирургического лечения пациентов с мягкоткаными дефектами лица путем детального анализа и объемной визуализации дефекта и сосудистой анатомии перфорантного субментального лоскута.

Материал и методы обследования. Для анализа характеристик наружных мягкотканых дефектов и хода сосудов субментальной области была выполнена мультиспиральная компьютерная томография с ангиографией в рекомендательном протоколе расчетного сканирования в программе AMIRA, применяемым на базе ФГБУ «НМИЦ СЧЛХ». Проанализировано 20 МСКТ ангиограмм, данные разделены на 2 группы: 1 группа – 10 дефектов, затрагивающие кожу, подкожно-жировую клетчатку и подлежащие мягкотканые структуры, 2 группа – 10 поверхностных дефектов, ограниченных кожей.

Результаты. Разработан протокол 3D-визуализации и расчета: в программе AMIRA выполнена автоматическая сегментация кожи, подкожно-жировой клетчатки, рубцово-измененных тканей, закрывающих дефект и полуавтоматическая сегментация мышечных структур для оценки глубины и истинного размера дефекта. По результатам сегментации построена математическая поверхность, из которой получен достоверный дефицитный объем тканей, построена геометрия дефекта и его точная топография. Для диагностики длины, диаметра и пространственного расположения сосудов с целью маркировки точек выхода перфорантов и места отхождения их от осевой артерии получено 3D-изображение, позволяющее визуализировать расположение хода ангиосомных сосудов, а так же получить количественные характеристики перфорантных сосудов. 1 группа дефектов: для закрытия дефекта был применен перфорантный кожно-мышечный субментальный лоскут на 2-х перфорантных сосудах, размер лоскута $9 \pm 3 \times 5 \pm 2 \times 3 \pm 1$ согласно объемным параметрам истинного дефекта, объем двубрюшной мышцы составляет $0,7 \pm 0,3$ см³. 2 группа: дефекты закрыты истонченным кожно-жировым перфорантным субментальным лоскутом на 1 перфорантном сосуде, размер лоскута $7 \pm 3 \times 4 \pm 2 \times 1 \pm 0,5$. По полученным данным рассчитан истинный объем дефекта и необходимые параметры лоскута согласно границам субментального ангиосомы и зависимость размера лоскута от необходимого количественного включения перфорант-

ного кровоснабжения в ткани лоскута, тем самым обеспечивая безопасность, одноэтапность вмешательства и избегания многократных корректирующих операций.

Заключение. Разработанный комплексный научно-обоснованный 3D-протокол позволяет делать прецизионный анализ дефекта, получать объективные данные о состоянии микроциркуляции в донорской зоне, возможность фигурного моделирования перфорантного субментального лоскута для точного планирования предстоящей операции и достижения стабильных хороших результатов в клинической практике.

ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Голубков Н.А.

*Уральский государственный медицинский институт,
Центр косметологии и пластической хирургии
имени С.В. Нудельмана, Екатеринбург*

Тромбозы глубоких вен нижних конечностей и тромбоэмболии легочной артерии это самые опасные осложнения, имеющие высокий процент летальности. В пластической хирургии вопросы тромбопрофилактики являются не менее актуальными, чем в любой другой хирургии. Абдоминопластика является самой опасной операцией с точки зрения развития тромбоэмболии легочной артерии.

Целью работы является обоснование необходимости проведения фармакологической и хирургической профилактики тромбозов. Известно, что специфика эстетических операций на передней брюшной стенке заключается в обширной отслойке тканей, что заставляет пластических хирургов опасаться кровотечения и не использовать тромбопрофилактику в полном объеме или вообще ее не применять. Одной из задач является обоснование безопасности тромбопрофилактики гепаринами с позиций риска кровотечения. Другая задача заключается в формировании у пластического хирурга комплексного подхода в решении вопросов тромбобезопасности. Проведенные исследования за последние 25 лет при операции на животе у 365 пациентов позволили подтвердить необходимость тромбопрофилактики, доказать ее безопасность с позиций кровотечения и предложить Протокол тромбопрофилактики в пластической хирургии брюшной стенки, включающий полный комплекс необходимых мероприятий как фармакологического, так и хирургического характера.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УСТРАНЕНИЕ ГИНЕКОМАСТИИ

Голубков Н.А.

*Уральский государственный медицинский институт,
Центр косметологии и пластической хирургии имени С.В.
Нудельмана, Екатеринбург*

Гинекомастия распространенное заболевание молочных желез у мужчин. Сутью любого варианта операции является удаление новообразования груди, но практически все они оставляют заметные рубцы на передней грудной стенке, что уменьшает эстетический результат от операции. Целью данной работы является ознакомление пластических хирургов с методикой эндоскопического устранения

гинекомастии. Эта задача решается с применением эндоскопической техники и инструментария с соблюдением принципов онкологического подхода к профилактической мастэктомии. Операция проводилась у пациентов (34) с истинной гинекомастией и/или у мужчин со смешанным типом гинекомастии. Хирургическая операция проводилась под наркозом, через два миниразреза, размещенные в подмышечных ямках с применением эндоскопического оборудования и специального инструмента, что делает операцию высокоточной и безопасной с безупречно скрытыми рубцами. В ходе операции выделяется блок измененных тканей железы в подкожно-жировом и субмаммарном слоях с последующим удалением и обязательным гистологическим исследованием. Операция позволяет получить полное излечение с высоким эстетическим результатом. Эндоскопическая трансаксиллярная мастэктомия для лечения гинекомастии должна стать рутинной процедурой в арсенале любого пластического хирурга.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АБДОМИНОПЛАСТИКА

Голубков Н.А.

*Уральский государственный медицинский институт,
Центр косметологии и пластической хирургии
имени С.В. Нудельмана, Екатеринбург*

Целью работы является презентация варианта эстетической абдоминопластики с небольшими и скрытыми рубцами в зоне «бикини». Эндоскопическая абдоминопластика – это современная высокотехнологичная методика, задачей которой является реконструкция мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки с устранением вентральных грыж при необходимости. Кроме этого предложенная методика позволяет улучшить тонус кожно-подкожно-жирового слоя с сохранением правильных эстетических пропорций живота. Методика в отличие от классической абдоминопластики оставляет небольшие рубцы и предназначена для пациентов не имеющих обширные избытки тканей живота. В клинике, за последние три года проведено около 18 операций. Все женщины имели диастаз от 5 до 10 см и при этом сохранены кожно-жировые ткани без стрий. Методика позволила полностью устранить диастаз с восстановлением эстетических форм живота и улучшить тонус брюшной стенки за счет иссечения избытков кожи. Удовлетворенность пациентов результатом операции высокая. Операция может быть освоена любым пластическим хирургом при наличии эндоскопического оборудования и специальных эндоскопических инструментов.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ЛИФТИНГ ЛИЦА И ШЕИ

Голубков Н.А.

*Уральский государственный медицинский институт,
Центр косметологии и пластической хирургии имени
С.В. Нудельмана, Екатеринбург*

Комбинированный лифтинг лица и шеи это комплекс омолаживающих методик, который позволяет наиболее полно устранить все существующие возрастные недостатки лица и шеи. Целью работы является хирургическое воздействие на все зоны и анатомические слои тканей лица, подвергши-

еся гравитационному птозу. Этот комплекс состоит из сочетания двух методик омоложения лица и шеи: SMAS-лифтинга с платизмопластикой и эндоскопического лифтинга средней зоны лица. SMAS-лифтинг выполняется в одном из двух вариантов – SMAS-пликация или SMAS-диссекция. Эндоскопический лифтинг лица выполняется в варианте дифференцированного моделирования «маски» средней зоны лица. Особенностью технологии комбинированного лифтинга является объединение двух обширных методик при одномоментном воздействии на центральные отделы лица в поднадкостничном слое и воздействие на боковые отделы лица и шеи в мышечно-ароневротическом слое, причем хирургические интересы обеих методик самостоятельны, но имеют плоскости пересечения. Задачей комбинированного лифтинга лица и шеи является возвращение молодых очертаний лица и улучшение четкости контуров шеи, а эндоскопия лица придает лицу юные черты или как минимум вид ранней молодости, которая визуализируется во всех отделах лица, без признаков оперированности. В этом уникальность одномоментного комбинированного лифтинга лица и шеи. Методика предусматривает хирургическое воздействие на все слои и на все зоны лица не только в безопасном поле, но и приводит к наивысшему результату в связи с эффектом взаимного усиления операций. По указанной методике в клинике прооперировано около двух тысяч человек, женского и мужского пола в возрасте от 35 до 72 лет. Результаты комбинированного лифтинга превосходят результаты стандартных операций в первую очередь по причине расширенного объема, позволяющего устранить большую часть возрастных изменений. Комбинированный лифтинг становится операцией, гарантирующей максимальный и долговременный результат «возвращенного» лица.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ЛИФТИНГ ЛИЦА

Голубков Н.А.

*Уральский государственный медицинский университет,
Центр косметологии и пластической хирургии имени С.В.
Нудельмана, Екатеринбург*

Эндоскопический лифтинг лица – современная высокотехнологическая операция которая прочно заняла свое достойное место в эстетической хирургии лица. Целью операции является возвращение юности лица. Операция эффективно устраняет возрастные изменения в центральных отделах лица – в «средней зоне». Методика является безальтернативной среди многочисленных операций в эстетической хирургии лица. Задачей, стоящей перед хирургом является эндоскопическая поднадкостничная диссекция тканей центральных отделов лица с последующим лифтингом и фиксацией тканей мобилизованной «маски» в том положении, где эти они располагались в юности. Лифтинг и перемещение мягкотканной «маски» лица предусматривает дифференцированное воздействие на любую часть перемещаемых тканей и позволяет осуществить надежную фиксацию тканей. В докладе излагается опыт эндоскопических лифтингов лица за 25 лет. Количество пациентов, перенесших эндоскопический лифтинг лица, достигает трех тысяч, и это может послужить доказательством популярности и надежности операции, причем единственной операции, возвращающей юность.

ОПЫТ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА

Горбань В.В., Андреищев А.Р., Чеботарев С.Я., Рудоман С.О., Лигатюк Д.Д.

Институт Красоты «Галактика», Санкт-Петербург

Феминизирующая хирургия лица представляет из себя комплекс операций, выполняемых в процессе трансгендерного перехода male to female. Основной задачей для хирурга является изменение формы анатомических структур с приданием им черт, свойственных женскому полу. По нашему мнению, изменение контуров нижней челюсти, подбородка, лобной кости, изменение формы скуловых костей, хрящей гортани и ринопластика являются основными операциями и должны выполняться первым этапом. К операциям второго этапа феминизации мы относим периорбитопластику, омолаживающие операции и операции по изменению мягкотканых контуров. Нами было прооперировано 25 пациентов в различных вариантах. По нашему мнению, феминизирующие операции на лице следует проводить не изолированно, а в комплексе – данный подход позволяет добиться существенных эстетических изменений (оморфиопластика) и упрощает социальную реабилитацию пациентов.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ С КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКОЙ

Горячева Т.П., Алешина О.А.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет имени Н.И. Лобачевского», Нижний Новгород

В настоящее время стоматология, наравне с пластической хирургией и косметологией, стала частью индустрии красоты. Улучшение эстетико-функциональных параметров зубочелюстной системы и, соответственно, внешности человека, положительным образом сказывается на психологическом состоянии пациента и его социальной адаптации, так как именно лицо во многом определяет привлекательность индивида и является средством его самоидентификации в обществе. При этом на сколько эстетика лица и улыбки определяется компромиссным мнением пациента и врача, на столько и успех качественной стоматологической реабилитации зависит от состояния зубов, зубных рядов и состояния тканей периоральной области. В виду чего сотрудничество стоматолога и косметолога становится особо перспективным направлением достижения высоких эстетических результатов.

Цель: сравнить уровень ожиданий пациентов до и удовлетворенность результатами после стоматологической реабилитации, а также в случае ее комбинирования с косметологическим лечением.

Материалы и методы: для участия в исследовании были рандомизированы 30 лиц женского пола в возрасте от 45–59 лет (средний возраст 52,05 года), обратившиеся в медицинскую клинику с целью улучшения эстетических параметров улыбки в целом и зубов в частности. Все пациенты имели патологические состояния зубов и зубных рядов, выраженные носогубные, подбородочные складки и птоз тканей нижней трети лица, признаки старения. При этом согласие на стоматологическую реабилитацию

было получено у всех пациенток, на комбинированную с косметологическим лечением – у 14. В соответствии с этим фактом было выделено 2 группы. I группе (16 человек) проведена стоматологическая реабилитация зубочелюстной системы: терапевтическая и хирургическая санация, ортодонтическая подготовка (в 25% случаев), рациональное протезирование – в том числе восстановление высоты прикуса, целостности и эстетических параметров зубных рядов съемными и несъемными (по показаниям) конструкциями. Пациентам II группы (14 человек) был применен комплексный подход: стоматологическая реабилитация (в том числе ортодонтическая подготовка в 21% случаев) с последующей контурной инъекционной пластикой мягких тканей периоральной области. Проведено анкетирование и динамическое фотодокументирование. Оценку ожиданий пациентов до лечения и удовлетворенности результатами после проводили по визуальной аналоговой шкале (ВАШ): пациенты присваивали баллы (от 1 до 10, где 1 – минимальные ожидания/удовлетворенность, а 10 – максимальные) касательно эстетического компонента своей внешности, по поводу которого был совершен визит в клинику. По фотодокументам в соответствии с ВАШ производилась экспертная оценка гармоничности лица пациентов на этапах до и после лечения двумя независимыми экспертами – стоматологом и косметологом.

Результаты и их обсуждение. Возрастные изменения нижней трети лица часто являются причиной обращения пациентов к косметологу. Однако в их основе могут лежать не только потеря объема, птоз тканей, снижение мышечного тонуса, но и стоматологические изменения и нарушения. Поэтому корректировка косметического дефекта должна производиться в русле междисциплинарного сотрудничества стоматологов и косметологов. Это подтверждается и полученными данными. Так при сравнении балльных показателей ожиданий пациентов двух групп до лечения достоверных различий выявлено не было ($p > 0,05$). Однако, была отмечена большая удовлетворенность результатами лечения у пациентов с комбинированным типом вмешательств – стоматологических и косметологических ($p < 0,05$). По результатам независимой экспертной оценки после лечения отмечено совокупное увеличение гармоничности лица пациенток обеих групп, вместе с этим, показатели в случае манипуляций комбинированного типа были выше, чем стоматологического и косметологического в отдельности ($p < 0,05$). Стоит учитывать, что наличие патологии зубов и зубных рядов может приводить к неверной оценке эстетической ситуации и, следовательно, к некорректному выбору методов и объема косметологического вмешательства, в случае его первичности, что при последующем рациональном стоматологическом лечении будет способствовать снижению функциональной активности тканей окolorотовой области и формированию дисгармоничных черт лица.

Выводы. Включение косметологической поддержки в комплексную реабилитацию стоматологических пациентов способствует повышению уровня эстетической гармоничности лица и удовлетворенности пациентов результатами лечения.

БЕЗОПЕРАЦИОННЫЙ SMAS-ЛИФТИНГ. СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА И ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА В ДИНАМИКЕ. ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ

Голованова В.А., Сиротина О.Б.

Клиника врачебной косметологии "VG CLINIC", Российско-японский медицинский центр САИКО, г. Хабаровск

Цель исследования. Изучить корреляцию между субъективной оценкой эффективности процедуры безоперационной подтяжки мягких тканей лица после воздействия фокусированного ультразвука (HIFU) и результатами мультипараметрического ультразвукового исследования структурных изменений мягких тканей до и после воздействия HIFU.

Материалы и методы. Методика HIFU на аппарате Ultraformer проведена 30 соматически здоровым пациентам женского пола в возрасте 42–55 лет в области нижней трети лица и субментальной зоне. Проводился фотоконтроль в 5 стандартных проекциях на черном фоне без вспышки до процедуры и через 30 дней и анализ субъективной оценки степени удовлетворенности пациента процедурой безоперационного SMAS-лифтинга. Данным пациентам проведено мультипараметрическое ультразвуковое исследование вышеуказанной зоны (B-режим, доплеровский микроваскулярный режим, компрессионная эластография) мягких тканей до и после (3–30 день) воздействия высокоинтенсивного фокусированного ультразвука с целью безоперационного лифтинга и липоредукции. Сравнительный анализ полученных показателей (толщина кожи, подкожно-жирового слоя, мышечно-апоневротического слоя (superficial muscular aponeurotic system (SMAS)), экзогенности тканей, качественных (оценка сосудистого рисунка) и количественных (показателей кровотока, показателя индекса жесткости при компрессионной эластографии) с аналогичными параметрами контрольных интактных зон у пациентов в возрасте 42–55 лет на аппарате Toshiba Aplio 500 линейным датчиком 18 МГц.

Результаты. Субъективно: 100% пациентов были удовлетворены результатами безоперационной подтяжки мягких тканей (отмечено улучшение тургора кожи и контуров в зоне воздействия, а также уменьшение подкожно-жирового слоя). Объективно: получены достоверные различия показателей толщины кожи, подкожно-жирового слоя, сосудистого рисунка, толщины SMAS, изменения эластичности и индекса жесткости при компрессионной эластографии в зоне воздействия HIFU по сравнению с интактной контрлатеральной зоной на 3 и 30 день после манипуляции. УЗИ проводили с соблюдением стандарта исследования, настроек аппарата и контрольной разметки. На 3-й день изменения выразились в достоверном ($p < 0,005$) увеличении толщины кожи, подкожно-жирового слоя со снижением его экзогенности, обогащением сосудистого рисунка, утолщением SMAS и снижением показателей эластометрии и индекса жесткости. На 30 день отмечали достоверно ($p < 0,005$) уменьшение толщины кожи и подкожно-жирового слоя, обеднение сосудистого рисунка и нарастающее утолщение SMAS с повышением его экзогенности и показателей эластичности.

Выводы. Полученные данные субъективной оценки результативности процедуры безоперационного SMAS-лифтинга коррелируют с новыми данными мультипараметрического УЗИ структурных изменений мягких тканей в результате

воздействия HIFU и позволяют оценить эффективность проводимых манипуляций и индивидуализировать протокол проведения безоперационного SMAS-лифтинга. Таким образом, данный метод может быть применим для экспертной оценки воздействия HIFU на мягкие ткани.

ИНВОЛЮЦИЯ И ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ К БЛЕФАРОПЛАСТИКЕ, 20-ЛЕТНИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

Грищенко С.В.

ООО «ТОПКЛИНИКА Эстетической Медицины», Москва

Блефаропластика считается одной из самых востребованных операций эстетического профиля, но сложность рельефа периорбитальной области и анатомическая связь с органом зрения создают определенные сложности при планировании, выполнении данной операции и оценке полученного результата. Не редки случаи, когда за помощью обращаются пациенты с осложнениями, вторичными деформациями даже при технически прецизионно выполненной блефаропластике. Известны самые частые ранние осложнения после эстетической блефаропластики (ЭБ) – ретракция век, изменение формы глазной щели, лагофтальм, сухой кератоконъюнктивит, энофтальм и др. Кроме того, постоянный анализ результатов блефаропластики за последние 20 лет позволил выявить интересный факт – хорошие результаты блефаропластики трансформируются с годами в ограниченные или неудовлетворительные по ряду причин. К счастью, большинство пациентов не видят негативных последствий перенесенных операций и продолжают усовершенствовать свою внешность, но анализ полученных отдаленных результатов во многом изменил подходы к планированию и проведению изолированных и сочетанных операций на лице в пластической хирургии. Цель работы: повышение эффективности блефаропластических операций в ранних и отдаленных сроках. Проведен анализ отдаленных (от 1 года до 20 лет) результатов у 1630 пациентов после верхней и/или нижней ЭБ, выполненных в ОАО «Институт Пластической Хирургии и Косметологии» с 2000 г. по 2013 г., ОАО «Институт красоты на Арбате» с 2014г. по 2016г. и ООО «ТОПКЛИНИКА Эстетической Медицины» с 2017 г. по 2019 г. Из них 93,5% (1524) женщин и 6,5% (106). Анализ показал, что 24,0% (391) пациентов имели следующие послеоперационные проблемы изолированно или в сочетании: прогиб нижних век и признаки «круглого глаза» на фоне гипотонии, «отрицательного вектора» или сенильной патологии; А деформация в области верхних век, гипоплазия естественных складок, нависающие кожные складки в области верхних век у наружных углов глаз в виде «шторок», постоянный лагофтальм от 1 до 3 мм за счет дефицита тканей в области верхних век, выраженное контурирование орбитальных краев век в результате западения мягких тканей, заметные атрофические рубцы над естественными складками верхних век, эпителиокератопатия на фоне некомпенсированной гипоплазии. Следует отметить, что все пациенты считали результат ранее перенесенной ЭБ хорошим. Анализ отдаленных результатов показал, что выбор оптимально эффективной техники эстетической блефаропластики должен быть основан на тщательной предоперационной оценке комплекса орбита-глаз-веки, верхней и средней отделов лица, выявление пациентов группы риска формирования ретракции век (гипотония, экзофтальм, блефарохалазис,

сенильная патология, птоз верхнего века, гиперэластичность тканей, рубцовая деформация век и др.), проведение операции с минимальной резекцией тканей и максимальным сохранением орбитального жира и его перераспределением при А-деформации, энофтальме, контурировании костного края орбиты. При гипотонии нижних век целесообразно выполнять элементы укрепления нижних век с мио- и кантопексией, отрицательном векторе сформировать полноценную опору для нижних век и минимальная резекция кожи при верхней ЭБ. Так, у пациентов с показаниями к верхней эстетической блефаропластике следует диагностировать гипоплазию или аплазию естественных складок, псевдоблефарохалазис, одутловатые (толстые), монголоидные веки, эпикантус, А-деформацию, ложный или истинный птоз брови(ей), экзофтальм или «отрицательный вектор», птоз верхнего века (век). Выявленные особенности следует учитывать при планировании операции. Дифференцированное применение таких не сложных технических приемов, как создание или углубление естественной складки, плоскостная резекция надбровного жога, устранение птоза слезной железы, верхних век, эпикантопластика, поднятие брови(ей), устранение А деформации позволяют значительно повысить результативность верхней эстетической блефаропластики в раннем и отдаленных периодах. Причем, у пациентов с псевдоблефарохалазисом или ложным птозом бровей приоритетной остается коррекция птоза бровей, а лишь потом – эстетическая блефаропластика. Таким образом, тщательное планирование и дифференцированное применение различных хирургических приемов позволяют улучшить результативность блефаропластических операций, снизить количество послеоперационных осложнений, сохранить или восстановить красивую миндалевидную форму глаз и нормальное функционирование век на долгие годы.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕК

Грищенко С.В.

ООО «ТОПКЛИНИКА Эстетической Медицины», Москва

Дефекты век считаются достаточно сложной патологией, так как они обычно сочетаются с функциональными нарушениями органа зрения. Кроме того, они влекут за собой ухудшение внешнего вида человека и как следствие – тяжелые психологические проблемы. Приобретенные дефекты век после травм или операций трудны для реконструкции из-за ограниченной возможности использования окружающих тканей как донорских зон.

Цель работы: анализ результатов и выявление оптимально эффективных способов хирургической реабилитации пациентов с приобретенными дефектами век.

Задачи: 1. Анализ клинических проявлений деформаций; 2) на основе анализа разработать оптимальную хирургическую тактику с эстетической и функциональной точек зрения.

Нами проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 85 пациентов (100%) в возрасте от 18 до 68 лет с приобретенными дефектами век, которые обратились в ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии», г. Москва в период с 2010 по 2013 гг. и ООО «ТОПКЛИНИКА Эстетической Медицины», г. Москва с 2016 по 2019 гг. Следует отметить, что у 39 (45,9%) больных диагностированы остаточные или вторичные деформации век с дефицитом тканей после ранее проведенных операций.

Выбор метода хирургической коррекции зависел от распространенности и глубины дефекта. При обширных субтотальных и тотальных дефектах век и мягких тканей периорбитальной области (независимо от этиологии деформации) наиболее оптимальными для реконструкции можно считать широкий щечно-скуловой и лобный лоскуты с пересадкой слизистой оболочки щечной области при дефекте конъюнктивы. Благодаря применению этих лоскутов в 37 случаях (43,5%) удалось получить хорошие стойкие результаты в отдаленном периоде (от 1 года до 5 лет). Аутоотрансплантация свободных кожных и слизистых лоскутов была применена 48 больным с удовлетворительными и хорошими результатами, в 32 случаях (37,6%) – с одномоментным укреплением нижнего века аутохрящевым трансплантатом, взятым в области ушной раковины или политетрафторэтиленовым имплантатом («Экофлон»), миопексией, кантопексей или кантопластикой. В случаях с рубцовой ретракции внутренней пластинки нижнего века устанавливались «спейсеры-распорки» между нижним краем орбиты и реберным краем нижнего века с одной или двух сторон. У 13 пациентов (15,3%) с краевыми дефектами восстановление ресничного края выполнено путем свободной аутоотрансплантации волосяных луковиц, взятых в области брови. Отмечено приживление 80% трансплантатов. С помощью этих приемов удалось у всех больных заместить рубцово-измененную кожу на веках и обеспечить хорошее прилегание нижних век к главному яблоку. У 27 в отдаленные сроки (от 1 до 5 лет) после реконструктивных операций провели измерение уровня микроциркуляции в пересаженных кожных лоскутах. В сроки после 1 года основные показатели микроциркуляции не отличались от показателей в «здоровой» окружающей коже. В послеоперационную реабилитацию включали ультрафонофорез с гидрокортизоном, ношение силиконовых накладок 2–4 месяца, местную гормонотерапию препаратом «Дипроспан», фракционную CO₂ шлифовку в различных сочетаниях. Дифференцированный подход к применению широких ротационных щечно-скуловых, лобных лоскутов и приемов свободной аутоотрансплантации кожи и слизистой оболочки с одномоментным укреплением поддерживающих структур век позволяют значительно расширить возможности реконструктивной хирургии век, повысить эффективность лечения и добиться ранней медицинской и социальной реабилитации больных с приобретенными дефектами век.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОРБИТАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ РЕКЛИНГХАУЗЕНА

Гущина М.Б., Неробеев А.И., Гущин А.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России, г. Москва; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Цель. Провести ретроспективный анализ и оценить возможность реабилитационного хирургического лечения в зависимости от клинической формы болезни Реклингхаузена. Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 35 пациентов (18 мужчин и

17 женщин, в том числе 7 детей) в возрасте от 6 до 48 лет с различными клиническими проявлениями болезни Реклингхаузена в орбитальной области. У 34 пациентов клинические проявления распространялись на 2 и более анатомические области лица. Лишь у одного пациента анатомические проявления болезни Реклингхаузена локализовались в пределах верхнего века. Инфильтративная форма болезни Реклингхаузена наблюдалась в 14 случаях, деформирующая – в 4, инфильтративно-деформирующая – в 15, узловая – в 1 и костно-диспластическая форма – в 1 случае. Наряду с орбитальными проявлениями у всех пациентов были множественные пигментные пятна «кофе с молоком», экстраокулярные нейрофибромы и костные дисплазии. Всем пациентам с орбитальными проявлениями болезни Реклингхаузена было проведено стандартное офтальмологическое обследование (определение остроты зрения, тонометрия, биомикроскопия и т.д.), а также определение подвижности глазных яблок, определение угла косоглазия, МРТ, МСКТ, УЗИ, компьютерная экзофтальмометрия, экзофтальмометрия по Гертелю, тест Ширмера I и фотодокументация до и после операции. У всех пациентов корригированная острота зрения до операции была снижена, на радужке визуализировались узелки Лиша. У пациентов с деформирующей, инфильтративной и инфильтративно-деформирующей формой наблюдался гнойный конъюнктивит, кератопатия различной степени выраженности, мацерация кожи век. У 12 пациентов с инфильтративной и инфильтративно-деформирующей формой наблюдалось косоглазие с отклонением глазного яблока в сторону противоположную пораженной экстраокулярной мышцы и с ограничением подвижности в направлении действия пораженной мышцы. В зависимости от клинических проявлений всем пациентам было проведено хирургическое лечение. Диагноз у всех пациентов был верифицирован гистологически после исследования интраоперационно полученного биологического материала. Срок наблюдения составил от 1,5 до 20 лет.

Результаты. У всех пациентов с деформирующей, инфильтративной и инфильтративно-деформирующей формой болезни Реклингхаузена после удаления патологических тканей и реконструкции структур века был достигнут положительный функциональный и косметический результат, заключающийся в повышении остроты зрения на 0,1–0,3 за счет купирования гнойного конъюнктивита и кератопатии, что наряду с устранением вторичного птоза верхнего века способствовало восстановлению бинокулярного зрения. При этом у всех пациентов с этими клиническими формами было достигнуто полное смыкание век при удовлетворительном раскрытии глазной щели. Однако 12 пациентов, у которых имелось косоглазие, нуждались в дополнительных этапах хирургического лечения на экстраокулярных мышцах. У пациента с узловой формой после удаления ретробульбарных узлов была достигнута репозиция глазного яблока в правильное положение. При этом повысилась острота зрения с 0,4 до 0,6 и купировалась диплопия. У пациентки с костно-диспластической формой полное устранение гипознофтальма не представлялось возможным, однако после аутоотрансплантации липоаспирата в область орбиты и верхнего века удалось частично устранить гипознофтальм и деформацию верхнего века.

Выводы. Ретроспективный анализ показал, что болезнь Реклингхаузена характеризуется полиморфизмом клинических проявлений и требует индивидуального подхода к хирургическому лечению в каждой конкретной клинической ситуации. Положительный результат, заключаю-

щийся в частичном или полном устранении деформаций, был достигнут при всех клинических формах, что в большинстве случаев сопровождалось улучшением зрительных функций.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ

Гущина Н.В., Сарыгин П.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва

За последние годы выживаемость пациентов после обширных ожогов повысилась. В связи с этим вопросы коррекции последствий ожоговой травмы стали более актуальны. Рубцовые дефекты приводят к функциональным нарушениям, которые ограничивают трудовую деятельность, а деформации открытых частей тела вызывают чувство неполноценности и нарушают процессы социализации пациента. Применение всего спектра методов реконструктивно-пластической хирургии позволяет устранить функциональные нарушения, улучшить внешний вид и дает шанс больным вернуться к нормальной общественной жизни.

Целью нашей работы является улучшение результатов хирургической реабилитации пациентов используя дифференцированный подход к выбору метода реконструктивно-пластической операции. В задачи входит повышение эффективности реконструктивно-пластических операций для полноценного возвращения утраченных функций, восстановления естественного кожного покрова, формы и контуров тела. Успешный результат хирургической реабилитации в большей степени зависит от выбора оперативного метода, но во многих клиниках на практике чаще применяют только одну из реконструктивных методик. Такое ограничение может приводить к малоэффективным, не всегда приемлемым функциональным и эстетическим результатам. При любом планировании остаются актуальными общие принципы реконструктивной хирургии: – Предпочтение отдается наиболее простой и эффективной технике оперативного вмешательства. – Донорские ткани должны быть максимально подходящими по цвету, текстуре и толщине. – Причинение минимального дефекта в донорской зоне. – Реконструкция должна обеспечивать максимальный функциональный и эстетический результат. Материалы и методы. В своей работе мы выполняем все известные виды пластических операций: пластику расщепленным или полнослойным кожным трансплантатом, транспозиционными лоскутами, местными тканями с использованием методов острого и хронического растяжения, лоскутами основанными на перфорантных сосудах и свободными сложносоставными лоскутами на микрососудистых анастомозах. Любой способ реконструктивной реабилитации имеет свои преимущества и недостатки. В нашем отделении оперируется в среднем 350 пациентов в год. Мы применяем различные методики, а также их сочетание. Мы выбираем разумный, технически осуществимый вариант реконструктивно-пластической операции, который имеет максимальные шансы на успех в каждом конкретном случае.

Полученные результаты и выводы. Нами выявлена эффективность и преимущество видов реконструктивно-пла-

стических операций в определенных группах пациентов с последствиями ожоговой травмы. Полученные результаты работы нашего отделения доказывают необходимость использования широкого круга реконструктивно-пластических операций и различные их сочетания, что позволяет получить наилучшие функциональные и эстетические результаты.

ИМПЛАНТАТЫ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ОРБИТЫ. ВЫБОР МАТЕРИАЛА.

Давыдов Д.В.

Российский университет дружбы народов, Москва

В настоящее время число пациентов с автотравмами черепно-лицево-лицевой области в России продолжает неуклонно увеличиваться. При этом повреждение средней зоны лица составляет до 24% от всех травм головы. Несвоевременное и недостаточного объема устранение дефектов орбиты вызывает формирование стойких деформаций и может приводить к тяжелым функциональным и косметическим осложнениям и, как следствие, к инвалидизации больных.

Несмотря на широкий спектр современных методов исследования, диагностика повреждений средней зоны лица и орбиты остается довольно сложной задачей. В связи с этим необходим комплексный подход к изучению такой группы больных, включающий в себя обследование и консультации смежных специалистов: офтальмологов, нейрохирургов, ЛОР-врачей, пластических хирургов, стоматологов и протезистов. При нарушении целостности костных структур этой области требуется проведение первичного восстановления дефектов с применением металлоконструкций, трансплантатов, различных биополимерных материалов. При устранении поздних деформаций важную роль играет правильная репозиция смещенных костных фрагментов, восстановление положения глазного яблока, адекватная форма, объем и месторасположение имплантационного материала и коррекция дефицита объема. При этом используются методики, основанные на мультиспиральной компьютерной томографии – стереолитографическом моделировании и различной навигационной аппаратуре.

По результатам проведенного всестороннего обследования пациентам нами были разработаны индивидуальные планы лечения, выполнены различные виды реконструктивно-восстановительных операций. В послеоперационном периоде у всех пациентов по данным контрольной КТ было отмечено восстановление правильной геометрии костей лицевого отдела черепа, форма и положение установленных имплантатов были удовлетворительными и соответствовали конфигурации неповрежденных костных структур. В результате выполненных хирургических вмешательств снижения зрительных функций не было выявлено ни в одном случае. Все пациенты с диплопией отметили позитивный функциональный эффект от проведенной операции в виде исчезновения двоения в центральной позиции зрения. Серьезных осложнений в послеоперационном периоде нами выявлено не было. Таким образом, использование разработанного алгоритма диагностики и реабилитации больных с посттравматическими деформациями орбиты, основанный на выборе и параметрах имплантационного материала, имеет ряд преимуществ и позволяет максимально точно воспроизвести форму, объем и положение костных фрагментов и

имплантатов, восстановить положение глазного яблока, что позволяет добиться высоких функциональных и эстетических результатов.

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕСТАВРАЦИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНТИЕЙ

Дзалаева Ф.К.

*Стоматологический Институт имени Е.В. Боровского,
Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова, Москва*

Цель работы: изучение динамики эстетических характеристик зубочелюстной системы при проведении стоматологического ортопедического лечения пациентов, нуждающихся в тотальной реставрации зубных рядов с использованием междисциплинарного подхода.

Материалы и методы. В 2014–2020 гг. проведено комплексное обследование и лечение 647 пациентов с адентией, нуждающихся в тотальной реставрации зубных рядов, средний возраст – $44,3 \pm 15,2$ года, из них 412 мужчин (63,7%) и 235 женщин (36,3%). Характеристики пациентов оценивали до начала лечения, через 1, 3, 5–7 лет. Во всех группах пациентов проводилось ортопедическое лечение, в группе 1 использовали стандартный комплекс мероприятий, устанавливали несъемные цельнокерамические коронки без учета индивидуальных особенностей пациента. Лечебно-реабилитационные мероприятия в группе 2 включали выполнение тотальных реставраций с учетом результатов функциональной диагностики. В группе 3 были проведены лечебно-реабилитационные мероприятия на основе разработанного комплекса мероприятий, предусматривающего междисциплинарный подход к стоматологической реабилитации пациентов с адентией. При планировании коррекции прикуса учитывали данные объективного обследования пациентов, в том числе центральное соотношение, терапевтическое положение, индивидуальную шарнирно-орбитальную ось, окклюзионную плоскость, наклон центральных резцов, высоту прикуса. Результаты выполняемого в ходе диагностики эстетического анализа с использованием методов кондилографии и цефалометрии позволяли определять центральное соотношение челюстей при загипсовке моделей в артикулятор. Использовали алгоритм работы с программой Gamma Dental, позволяющей осуществлять моделирование прикуса в УТО. Оцениваемые эстетические характеристики челюстно-лицевой области пациентов включали 3 группы показателей: характеристики лица (facial analysis), соотношение зубов и губ (dentolabial analysis), дентальный анализ (dental analysis).

Результаты. Установлено, что применение разработанного комплексного междисциплинарного подхода приводит к тому, что у пациентов группы 3 наблюдалась более выраженная (относительно соответствующих значений в группах сравнения) благоприятная динамика эстетических показателей: статистически значимое снижение количества пациентов с вертикальным смещением линии улыбки, нарушениями симметрии улыбки, смещением контура десны у шеек зубов, улучшение характеристик взаимоотношений зубов и губ, уменьшение количества пациентов с наруше-

ниями положения резцов, клыков, количества пациентов с нарушениями произнесения звуков Ф и С, нарушениями размеров щечного коридора, изменениями визуализации центральных резцов из-под красной каймы губ, нарушениями расположения режущего края относительно окклюзионной плоскости, с нарушениями межзубных апроксимальных контактов, с нарушениями перекрытия зубов. Положительная динамика эстетических характеристик, которая наблюдается после применения междисциплинарного подхода к проведению стоматологических ортопедических реабилитационных мероприятий у пациентов с адентией, которым осуществляется полная реконструкция зубных рядов, является стойкой – сохранение положительного эффекта отмечается на протяжении 3 лет после начала лечения.

Выводы. В рамках комплекса мероприятий по коррекции и восстановлению анатомической формы зубов одним из ключевых направлений должно быть достижение оптимального эстетического результата лечения. Важнейшим этапом реализации предложенного нами подхода является полное и последовательное обследование пациентов, нуждающихся в тотальной реставрации зубных рядов, при этом необходимо предпринимать усилия, направленные на выявление причинно-следственных связей наблюдающихся эстетических нарушений с изменениями окклюзии и патологией височно-нижнечелюстного сустава.

ОПТИМИЗАЦИЯ МАСТОПЕКСИИ

Дзотцоев А.К., Егоров Ю.С., Прокопенко Д.С.

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

Целью работы являлась оптимизация предоперационной разметки и технического выполнения мастопексии. Задачами работы являлись математический анализ и определение пределов применения существующих методик мастопексии, разработка на их основе универсального алгоритма разметки.

Материалы и методы. С марта 2018 г. по октябрь 2019 г. были прооперированы 43 пациенток в возрасте от 25 до 53 лет (86 молочных желез), средний возраст пациенток составил 34 года. В 15 случаях была выполнена редукционная маммопластика, в 17 случаях мастопексия, в 11 случаях мастопексия на имплантах. Были использованы следующие раскройки: периареолярная по Hammond, Benelli в 4 случаях, циркумвертикальная по Lejour, Lista в 15 случаях, В-пексия по Regnault, Hammond в 17 случаях, якорная по Wise, Strombeck в 7 случаях. Выполнен математический анализ оригинальных разметок, определены пределы их применения в клинической практике. Был разработан универсальный алгоритм разметки мастопексии, включающий в себя 4 математически обоснованных этапа: периареолярный, вертикальный, промежуточный и якорный. Разработанный алгоритм был применен в клинической практике. Через 3 и 6 месяцев после операции выполнялась оценка симметрии и позиции сосково-ареолярных комплексов, анализировалась симметрия молочных желез. Полученные результаты Согласно математическому анализу опубликованных

данных, сосково-ареолярный комплекс при разметке позиционируется на уровне инфрамаммарной складки, или выше нее до 2 см, или на расстоянии 10 см от верхней границы пятна молочной железы. Расстояние от сосково-ареолярного комплекса до инфрамаммарной складки ограничивается 5–7 см. При периареолярной мастопексии диаметр периареолярного круга размечается до двойного диаметра планируемой ареолы. При циркумвертикальной мастопексии с наложением гофрирующего шва расстояние по параметриданной дуге от новой позиции соска до инфрамаммарной складки ограничивается до 10 см. При V- и якорной пексиях ограничения не выявлены. Предоперационная разметка по разработанному алгоритму проводилась следующим образом: определялась новая позиция соска и отмечался меридиан. На первом этапе размечался периареолярный компонент разметки с определением желаемого диаметра ареолы. На втором этапе отмечался вертикальный компонент с использованием маневра Lejour и с разметкой параметриданых дуг. На третьем этапе, при длине параметриданых дуг от 9 см до 16 см, размечался промежуточный компонент, формирующий разметку по типу В-пексии. На четвертом этапе, при длине параметриданых дуг более 16 см, выполнялось медиальное отзеркаливание промежуточного компонента с формированием якорной раскройки. Разметка останавливалась на выбранном для каждого клинического случая этапе, интраоперационно все выполнялось согласно предоперационной разметке, дополнительные изменения не требовались. В результате проведенных операций у 2 пациенток с периареолярной пексией диаметры ареол не изменились к 3 месяцам после операции, однако к 6 месяцам зафиксировано увеличение диаметров на 1 см и 3 см соответственно с сохранением симметрии как по форме, так и по диаметру. У 1 пациентки с редуцированной маммопластикой и якорной разметкой в 3 месяца отмечена асимметрия по форме ареол, а в 6 месяцев зафиксирована асимметрия как по форме ареол, так и по их диаметру на 2 мм. У 2 пациенток с циркумвертикальной мастопексией при симметричных по форме ареолах в 6 месяцев зафиксирована разница их диаметров на 2 мм и 3 мм соответственно. У 1 пациентки с В-пексией в 3 и 6 месяцев зафиксирована краниопозиция сосково-ареолярных комплексов на 1 см выше вершины холма молочной железы, у 1 пациентки с В-пексией и у 1 пациента с циркумвертикальным кроем получена стойкая асимметрия по форме молочных желез и по диаметру ареол через 6 месяцев, потребовавшая коррекции под местной анестезией. У остальных пациенток получена абсолютная симметрия. Суммарно в 88,37% случаев достигнута абсолютная симметрия. В 6,98% случаев в 6 месяцев имела асимметрия, не требующая коррекции. Коррекция потребовалась в 4,65% случаев.

Выводы. Результаты, полученные при применении разработанного алгоритма, соответствуют результатам, получаемым при применении классических методик, что позволяет считать разработанный алгоритм упрощенной разметки функционально эффективным методом и активно использовать его в клинической практике. Тщательная предоперационная разметка по разработанному алгоритму позволяет получать симметричные результаты и упрощает технику выполнения операции.

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В ИСХОДЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ТМЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ И АГРЕССИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Денис А.Г., Абушкин И.А., Васильев В.С.

Морозовская городская детская клиническая больница г. Москва; Семейный медицинский центр «Добрый Доктор» г. Тверь; Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск;

Актуальность. Младенческая гемангиома (гиперплазия кровеносных сосудов) – доброкачественное образование, имеет высокую дифференцировку гиперплазированных клеток сосудистой ткани, проявляется у новорожденных детей и детей раннего возраста. Проявляясь неконтролируемым ростом, и / или изъязвлением, а также при выборе неправильной, лечебной тактики. Использование агрессивных, инвазивных методов лечения при гиперплазии кровеносных сосудов, таких как: склерозирующая терапия, радиоволновая хирургия, лучевая терапия, диатермокоагуляция, криотерапия, лучевая терапия, приводит к формированию атрофических, гипертрофических грубых рубцов, нередко с утратой органа (губы, части крыла носа, уха, больших участков дермы), приводя к уродствам, функциональным и психологическим проблемам. Тем самым при решении одной проблемы, врачи создают новую, гораздо более сложную. В последние годы реконструктивно – пластическая хирургия стала шире применяться для маленьких пациентов, которая имеет свои сложности и особый подход как к ребенку, так и к родителям.

Цель: применение реконструктивно-хирургических методов, для коррекции деформаций лица у детей в исходе агрессивных методов лечения младенческих гемангиом (гиперплазия кровеносных сосудов).

Материалы и методы: С 2014 по 2020гг на базе Морозовской городской детской клинической больницы г. Москва и Центра медицинских лазерных технологий г. Челябинска было пролечено 12 больных в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. 11 девочек и один мальчик. У четверых детей выполнена коррекция деформации верхней губы (33,33%), у двоих пациентов – нижней губы (16,67%), так же у двоих детей произведена коррекция атрофического рубца в области лба (16,67%), у двоих коррекция уха и околушной области (16,67%). У одного больного – дефекта крыла носа и деформирующего рубца в этой области (8,33%) и еще у одного коррекция нижнего века (8,33%). Реконструктивно – пластические операции осуществлялись с учетом поражения анатомической области, площади поражений тканей и возраста ребенка. Все пациенты состоят на диспансерном учете. Сроки наблюдения составили от 5 месяцев до 5 лет.

Результаты: Во всех случаях были достигнуты желаемые, высокие в реконструктивно – пластическом и функциональном плане результаты. Восстановление красной каймы и объема верхней и нижней губы, устранение деформаций. В области лба рубец стал нормотрофическим, малозаметным. Дефект крыла носа восстановлен полностью с устранением рубцовой деформации. Устранение деформации нижнего века. Восстановление ушной раковины и околушной области.

Выводы: Реконструктивно – пластическая хирургия является эффективным способом лечения посттравматических де-

формаций в исходе лечения так называемых младенческих гемангиом (гиперплазия кровеносных сосудов) у детей. Также применяя навыки пластической хирургии и учитывая каноны реконструктивной хирургии в детском возрасте, позволяет исключить психологические и функциональные проблемы в дальнейшем уже у взрослого человека.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИДОВ ОТКРЫТОЙ КАПСУЛОТОМИИ У ПАЦИЕНТОК С ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЯРНОЙ КОНТРАКТУРОЙ 3–4

Добрякова О.Б., Кузнецова Н.В.

ООО «Сибирский институт красоты», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск

Актуальность. Увеличивающаяся маммопластика – одна из самых распространенных операций в пластической хирургии. Наиболее частым осложнением данной операции является развитие фиброзной капсулярной контрактуры. Частота капсулярной контрактуры по данным различных авторов колеблется от 5 до 25%. Развитие 3–4 степени фиброзной капсулярной контрактуры по Baker требует оперативного лечения. В настоящее время существует ряд операций для коррекции фиброзной капсулярной контрактуры: открытая капсулотомия, в том числе эндоскопическая, капсулэктомия, резэндопротезирование с созданием другого кармана для протеза. Открытая капсулотомия была предложена в 1972 году и с тех пор пережила ряд модификаций, но до сих пор продолжается поиск более эффективных способов данной операции.

Цель. Сравнить эффективность способов открытой капсулотомии при фиброзной капсулярной контрактуре 3–4 степени. Материалы и методы. Авторами был разработан способ открытой капсулотомии по типу «елочной игрушки» (патент РФ № 2582459). Способ предполагает нанесение циркулярного разреза на основании капсулы, а затем выполнение разрезов капсулы в «шахматном» порядке рядами, параллельными плоскости основания. Каждый разрез выполняют длиной 1,5–2 см, расстояние между разрезами одного ряда составляет 0,5–1 см, расстояние между рядами составляет 1–1,5 см. Таким образом, увеличивается площадь фиброзной капсулы, что устраняет сдавление и деформацию протеза. Всего прооперировано 56 пациенток с фиброзной капсулярной контрактурой 3–4 степени. Из них в первую группу включены 22 пациентки, которым выполнялась капсулотомия по ранее существовавшему методу, описанному Белоусовым А.Е. в 1998 г. Данный метод заключался в нанесении циркулярного разреза на основание капсулы, а затем нанесении радиальных насечек от периферии к центру. Еще 34 пациентки были отнесены ко второй группе, в которой открытая капсулотомия выполнялась по методу, разработанному авторами. Длительность наблюдения за пациентками составляла не менее двух лет. Осмотры проводились через 1 месяц после операции и затем каждые 6 месяцев в течение времени наблюдения. Эффективность операций оценивалась клинически, путем сбора жалоб, визуального осмотра и пальпации.

Результаты. После проведенных операций в раннем послеоперационном периоде осложнения не наблюдались.

У всех пациенток в результате операции достигнуты удовлетворительные результаты. Через 1 месяц после повторной операции все пациентки отмечают улучшение. При осмотре молочные железы мягкие, протез не пальпируется. В 1 группе у 7 пациенток в срок от 6 до 12 месяцев выявлен рецидив фиброзной капсулярной контрактуры. Во 2 группе фиброзная капсулярная контрактура развилась у трех пациенток также в срок от 6 до 12 месяцев, что достоверно реже, чем в первой группе.

Выводы. На основании данных, полученных в исследовании, можно утверждать, что разработанный авторами метод открытой капсулотомии по типу «елочной игрушки» эффективнее, чем ранее предложенный способ данной операции.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УДАЛЕНИИ ИМПЛАНТОВ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Древецкий А.П.

«Академия пластической хирургии», Атрибьют Клиника

Актуальность данной проблемы обусловлена несколькими причинами.

Во первых- после отзыва компанией Аллерган своей продукции на территории России, большое количество ранее оперированных женщин прошли обследование УЗИ или МРТ молочных желёз.

Поскольку многие женщины не обследовались ранее, у многих был диагностирован разрыв имплантов молочной железы.

Второй, не менее важной причиной стала распространяемая в СМИ информация о так называемой болезни, связанной с грудными имплантами. Несмотря на то, что на сегодняшний день нет достоверной информации о подобной болезни- количество женщин, желающих избавиться от имплантов остаётся значимым.

Если пациентка принимала решение о замене имплантов, ранее мы придерживались тактики выжидания 6 месяцев при разорванных имплантатах. Сейчас- при отсутствии воспалительных изменений в полости мы сразу производим замену.

Отдельным вопросом стоит необходимость или отсутствие таковой в проведение различных видов мастопексии при удалении имплантов или при замене, а также сроки проведения – от одномоментной до отсроченной.

Выбор правильной тактики позволяет увеличить удовлетворенность пациентов в ранние сроки.

МУЛЬТИСРЕЗОВАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ КАК МЕТОД ПЛАНИРОВАНИЯ И КОНТРОЛЯ РИНОПЛАСТИКИ

Дутова М.О., Давыдов Д.В., Ложнев Д.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Минздрава РФ, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», Москва

Цель работы: возможности мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ) в визуализации всех носовых

структур с целью планирования ринопластики и послеоперационного контроля.

Материалы и методы. В исследование был включен 101 пациент (46 женщин, 55 мужчин, в возрасте 18–54 лет), имеющих эстетические и посттравматические деформации наружного носа. Всем пациентам на дооперационном этапе и части пациентов после ринопластики была выполнена МСКТ (Philips Brilliance 64, США) с построением мультипланарных и 3D-реконструкций.

Результаты. Пациенты с эстетическими деформациями были разделены на следующие группы: ринокифоз (n=16), комбинированная деформация в виде ринокифоза и удлинения носа (n=29), широкий нос (n=6). Пациенты с посттравматическими деформациями имели: ринокифоз (n=17), ринокифосколиоз (n=20), риносколиоз (n=13). На дооперационном этапе проводилась оценка конфигурации наружного носа с трехмерной визуализацией костных структур, подробным описанием вариантной анатомии грушевидных отверстий, носовых костей, лобных отростков верхней челюсти, особенностей keystone area. Оценка хрящевых структур на плоскостных изображениях дает возможность понимания их толщины, симметрии, особенностей взаимодействия с костями, дислокации, западения, что особенно актуально у пациентов, планирующих вторичную ринопластику. Важным критерием при планировании хирургического вмешательства, особенно редукции, является измерение конфигурации внутреннего носового клапана, что осуществимо с помощью МСКТ. Измерение диаметра кривизны воздухоносных путей по запатентованному способу (патент РФ № 2630353) дает возможность получить объективные данные и точно классифицировать деформацию. Параллельно проводится анализ структур полости носа и околоносовых пазух: носовая перегородка, раковины, остиомеатальный комплекс, слизистая оболочка. Выявленные патологические изменения (искривление и деформация носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, гиперплазия слизистой оболочки, жидкостное содержание) привели к необходимости изменения тактики и расширению объема операции. В 56% случаев эстетическая ринопластика была отсрочена до момента регресса воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух. Объем планируемого хирургического вмешательства был расширен до риносептопластики в 32% случаев, в 10% случаев необходимо выполнение резекции или латерализации носовых раковин. На этапе контроля ринопластики при МСКТ были визуализированы различные типы остеотомий с изменением форм грушевидного отверстия и носовых костей. Измерение диаметра воздухоносных путей с получением значений, соответствующих нормальной конфигурации наружного носа, являло собой объективный критерий успешно проведенного вмешательства. Кроме того, постпроцессинговая обработка изображений дает возможность выполнить слияние изображений на до- и послеоперационных этапах, что наглядно показывает изменение конфигурации наружного носа и костных структур. При контроле риносептопластики и хирургии носовых раковин визуализируются костные дефекты носовой перегородки и в ряде случаев восстановление носового цикла. Выводы. МСКТ с построением 3D и мультипланарных реконструкций представляет собой информативный метод визуализации всех носовых структур при планировании и выполнении ринопластики. На дооперационном этапе МСКТ дает возможность провести комплексную оценку деформации, спланировать оперативное вмешательство, в ряде случаев расширить объем ринопластики. МСКТ-

антропометрия с измерением конфигурации воздухоносных путей является объективным критерием классификации деформаций на до- и послеоперационных этапах. Полученные измерения, наличие плоскостей остеотомий, резецированных фрагментов, слияние трехмерных изображений позволяют подтвердить факт изменения конфигурации носа и степень коррекции деформации.

РЕЗУЛЬТАТЫ АЛЬВЕОЛОПЛАСТИКИ С ПОМОЩЬЮ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА В ДВУХ ГРУППАХ.

Ершова О.Ю., Блинов В.С., Блохина С.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, г. Екатеринбург, Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Многопрофильный клинический медицинский центр «Бонум», Екатеринбург

Резюме. Представлено сравнение костных регенератов после альвеолопластики у пациентов с расщелиной альвеолярного отростка в основной группе (ОГ, авторским способом) и группе сравнения (ГС, известными способами) с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ). На основе анализа отсроченных результатов контроля КЛКТ-томограмм доказана эффективность запатентованной методики: размеры регенерата больше в среднем на 13%, степень его прилегания к материнской кости выше на 24,1%, «функциональных» регенератов больше на 23,5%, чем в ГС. Определена полная согласованность между исследователями в оценке параметров регенерата.

Введение. По данным литературы остается актуальным вопрос адекватной оценки костного регенерата после альвеолопластики. Недостаточно отражены оценочные возможности КЛКТ, что чрезвычайно важно для пациентов детского возраста (Боровицкая Н.Н., Тополюцкий О.З., 2009; Васильев А.Ю., Петровская В.В., 2010; Jorge A. V. et al., 2012; Салеева Г.Т. и др., 2014; Beretta M., Cicciù M. et al., 2015; Серова Н. С., 2015).

Цель исследования: оценить эффективность авторского способа альвеолопластики у пациентов с врожденным дефектом альвеолярного отростка с помощью КЛКТ в характеристике полученных регенератов.

Задачи исследования: 1. Оценить характеристики регенератов, полученных после проведения альвеолопластик авторским способом и традиционными способами с помощью КЛКТ у пациентов с врожденной расщелиной альвеолярного отростка. 2. Провести сравнительный анализ результатов оценки регенератов в отдаленный период.

Материалы и методы: Проведена оценка полученных регенератов после альвеолопластики у 80 пациентов с врожденной расщелиной альвеолярного отростка в основной группе (ОГ, авторский способ, основанный на применении современных биотехнологических материалов и особенностях формирования воспринимающего ложа для трансплантата) и группе сравнения (ГС, известные способы

альвеолопластики) с применением КЛКТ, проведенной на аппарате Galileos (Sirona). Согласованность мнений между исследователями вычислялась с помощью каппы Коэна (k). Результаты. Были оценены 86 регенератов у 65 пациентов ОГ (12,8 ± 3,3 лет) и 26 регенератов у 15 пациентов ГС (12,8 ± 2,8 лет). По шкалам Bergland и Chelsea благоприятных результатов больше в ОГ – 77,9 % и 66,3%, в ГС – 50,0% и 46,1%, соответственно. По данным трехмерного анализа средние размеры регенерата в ОГ больше, чем в группе сравнения: на 15,9% по толщине, на 12,6% по длине, на 12,2% по высоте. Степень его прилегания к материнской кости в ОГ выше, чем в ГС на 24,1%. Средняя оптическая плотность в мезиальной и центральной части регенератов в обеих группах находилась в достаточно высоком диапазоне, что говорит о зрелости костной ткани в полученных регенератах. Функциональность регенерата в ОГ выше на 23,5%, чем в ГС. Коэффициент согласованности двух экспертов по характеристикам регенерата составил $k = 0,92$ ($p < 0,05$), что соответствует полной согласованности между исследователями. Разница между оценками специалистов в измерениях толщины и высоты регенерата графическим методом Бланда–Альмана составила менее 5% (3,63% и 0% соответственно).

Выводы: 1. Оценка результатов по данным КЛКТ обеспечивает высокую точность измерений, объективную и воспроизводимую информацию о качестве регенерата. 2. Сравнительный анализ результатов оценки регенерата с помощью КЛКТ доказал эффективность предложенной авторской методики альвеолопластики.

Работа с костной пирамидой носа – последовательный подход

Жолтиков В.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. «Академия пластической хирургии», Клиника Атрибьют

Основные данные: Важным элементом большинства ринопластических операций является работа с костной пирамидой носа, которая включает различные комбинации остеотомий и мероприятий по удалению горбинки.

Цели: Целью данной работы было описать методику ринопластики, при которой для улучшения формы костной пирамиды используются пьезоэлектрические инструменты (ПЭИ), при этом приоритетом является сохранение стабильности костей. В большинстве клинических случаев носовые кости можно стабилизировать, если широко применять риноскульптуру (РС), как отдельно, так и в сочетании с различными остеотомиями, сохраняя при этом стабильность костей.

Методы: Для достижения требуемых эстетических результатов при работе с ПЭИ на костной пирамиде применялся пошаговый алгоритм, зависящий от степени выраженности асимметрий костной пирамиды. Во всех клинических случаях мы использовали полностью открытый доступ, который обеспечивал наибольшее поле зрения при выполнении всех этапов, связанных с воздействием на костную пирамиду, тем самым в полной мере используя все возможности и преимущества ПЭИ.

Результаты: Мы сообщаем о нашем опыте работы: 300 клинических случаев за 36 месяцев с декабря 2016 по декабрь 2019 года. Пациенты были разделены на 5 групп в зависимости от выбранного алгоритма лечения костной пирамиды.

Выводы: При работе с костной пирамидой наш подход ограничивает подвижность костей пирамиды носа, обеспечивая таким образом стабильность боковых стенок костей

как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе – что значительно улучшает эстетические результаты.

Работа с костно-хрящевой пирамидой продолжает представлять определенные проблемы для хирургов, занимающихся ринопластикой, особенно в связи с врожденной асимметрией костной пирамиды и необходимостью чрезвычайно индивидуального подхода к каждому случаю.

Представлена современная операционная техника модификации костей костно-хрящевой пирамиды, основанная на применении ультразвуковых пьезоэлектрических инструментов (ПЭИ), которая позволяет создать симметрию с сохранением стабильности костной пирамиды через риноскульптуру (РС) с сохранением интактных сегментарных костных мостов. Использование прерывистых остеотомий обеспечивает стабильность боковой стенки костной пирамиды, позволяя при этом ограничивать движение в медиальном направлении. Мы разработали 5-компонентный прогрессивный подход для создания симметрии и сужения костной пирамиды. Эти наблюдения основаны на одной серии хирургических операций (В.Ж.) из 300 случаев, выполненных в течение 36-месячного периода.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВТОРИЧНОГО ПТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ «SNOOPY BREAST» МЕТОДОМ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕТРОМАММАРНОЙ МАСТОПЕКСИИ

Жуков М.И., Стефкивская О.В.

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

Проблема вторичных хирургических вмешательств особенно актуальна для эстетической коррекции молочных желез. Актуальность проблемы не вызывает сомнений, так как согласно мировым источникам, вторичные коррекции могут достигать 50% случаев. Все больше пластических хирургов, набирая свой опыт, анализирует его и стремятся снизить вторичных операций.

В клинике за период с 2017–2019 г. прооперировано 47 пациенток с различными видами вторичного птоза молочных желез, самый частый встречаемый из которых «snoopy breast». Snoopy breast – состояние после увеличивающей маммопластики птоза молочных желез, при котором ткань молочной железы провисает или птозирует над правильно фиксированным имплантатом; железа расположена в нижнем полюсе. Исходя из патогенеза развития данного вида вторичного птоза, разработаны новые виды хирургической коррекции, направленные на восстановления локализации железы по отношению к имплантату. Модификация техники выполнения операции зависела от плоскости исходной установки имплантата: субгландулярно, субпекторально. При изначальной субгландулярной установке производилась переустановка имплантата субпекторально и выполнялась краниальная фракция молочной железы с ее фиксацией на сетчатый трансплантат и дополнительной эстетической циркумареолярной мастопексией. При первичной субпекторальной установке имплантата формировалась полость в пространстве Шансеньяка и далее так же выполнялась краниальная тракция с фиксацией железы на сетчатый трансплантат и циркумареолярной масто-

пексией. Устранение вторичного птоза молочной железы «spooru breast» с поверхности имплантата за счет вертикальной ретромаммарной мастопексии, применяя фиброзную капсулу имплантата и сетчатый трансплантат, позволило добиться в 94% случаев стабильной его ликвидации.

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕПЕКТОРАЛЬНОЙ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТОВ/ЭКСПАНДЕРОВ. НЕТ ЛИ ПРОТИВОРЕЧИЯ В ТЕРМИНАХ?

**Иванов В.Г., Волох М.А., Куприн П.Е., Жильцова Е.К.,
Трофименко К.С., Сурмач А.А., Асеева З.А.**

*Клиника доктора Куприна, Кафедра пластической
и реконструктивной хирургии, Северо-Западный
государственный медицинский университет имени И.И.
Мечникова, Национальный медицинский исследовательский
центр онкологии имени Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Термин «препекторальная установка имплантов/экспандеров» вошел в клиническую практику сравнительно недавно. Основная причина, по которой появились данный термин и техника выполнения такой операции, заключается в попытке создания максимально эффективного метода реконструкции молочной железы. Логично предположить, что сохранение кожного чехла и расположение имплантата в образованном после удаления кармане максимально приближает эстетический результат к идеальному, так как полностью повторяет все удаленные структуры. И, если бы у нас в руках был материал, схожий по своим свойствам с удаленной тканью молочной железы, мы бы полностью отказались от выполнения других видов операций, которые значительно сложнее, менее эффективны по своим результатам и более затратны с экономической точки зрения. Нами было выполнено 53 вмешательства на молочной железе из данного доступа. (33 односторонние и 20 двухсторонние). Всем пациенткам была выполнена подкожная мастэктомия с препекторальной установкой имплантата/экспандера. Средний возраст пациенток составил 43,5 лет (29–58 лет). Данный вид операции выполнялся только тем пациенткам, у которых размер молочной железы не превышал объем В+, а объем устанавливаемого имплантата был не более 500 мл. Отдельную группу составили пациентки, у которых в качестве первого этапа использовался экспандер, наполненный воздухом с целью облегчения массы инородного тела и предварительного формирования капсулы. В последующем, после формирования капсулы, экспандер заменялся на имплант. Максимальная длительность наблюдения составила 96 мес. Минимальная – 6 мес. Осложнения были отмечены у 2 пациенток. У одной из них, после расхождения краев раны и неоднократной попытки ушивания, было выполнено удаление имплантата, у другой – возник дефект кожного лоскута, что привело к необходимости заменить имплант на имплант меньшего размера. Дефект лоскута был ушит. Обе пациентки имели длительный, до 30 лет, анамнез курильщика и перед операцией были предупреждены о возможных осложнениях. Во всех остальных случаях осложнений не наблюдалось. Запланированное осложнение у всех пациенток после выполнения препекторальной установки имплантата – риплинг верхнего склона. Как правило, данное осложнение наблюдалось через 2–3 недели после операции. Степень проявления данного осложнения зависела от размера и формы имплантата, а также, от толщины лоскута молочной железы.

У пациенток с небольшим размером молочной железы (до 300 мл) степень выраженности риплинга был незначительный и он характеризовался слабо выраженной волнистостью. У пациенток с большим объемом молочной железы и, следовательно, имплантата риплинг проявлялся более интенсивно. Таким пациенткам предлагалось выполнение липофиллинга. Требовалось от 1 до 3 процедур с периодичностью 3–4 мес.

Выводы. Подкожная мастэктомия с препекторальной установкой имплантов/экспандеров отвечает всем требованиям безопасности и эстетических результатов. Однако сам термин – «препекторальная установка» не отражает истинного положения имплантата, а именно – под кожей, так что термин «препекторальная установка» маскирует не только вероятные осложнения, возникающие после операции, но и пути их предупреждения и устранения.

ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОДКОЖНОЙ МАСТЭКТОМИИ

**Иванов В.Г., Волох М.А., Куприн П.Е., Жильцова Е.К.,
Трофименко К.С., Сурмач А.А., Асеева З.А.**

*Клиника доктора Куприна, Кафедра пластической
и реконструктивной хирургии, Северо-Западный
государственный медицинский университет имени И.И.
Мечникова, Национальный медицинский исследовательский
центр онкологии имени Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Подкожная мастэктомия является распространенной хирургической операцией у онкологов и пластических хирургов. В отличие от эстетической хирургии, основной целью которой является улучшение формы той области, которая подвергается операции, онкохирургия направляет свои усилия на удаление опухолевого образования, предотвращение возникновения местных рецидивов и прогрессирование заболевания. Реконструктивная хирургия позволила восстановить, ту область, которая подверглась онкологической операции. Однако за последние несколько лет мы, наблюдаем тенденцию проникновения эстетических принципов в онко- и реконструктивную хирургию, объединяясь в термин реконструктивно-пластическая хирургия или онкопластическая хирургия. Ярким примером такого симбиоза понятий и принципов являются операции на молочной железе. Среди всего многообразия операций на молочной железе подкожная мастэктомия занимает особое место. С одной стороны – это без преувеличения радикальная операция, с другой – самая красивая с эстетической точки зрения, т.к. позволяет добиться наиболее оптимального эстетического результата. Поэтому требования, предъявляемые к операционному доступу, должны соответствовать не только технической возможности, выполнения операции, но и тем результатам, которые мы хотим получить. С нашей точки зрения, оптимальным доступом для такой операции является субмаммарный. Преимущества субмаммарного доступа известны из эстетической хирургии молочной железы: оптимальная зона разреза, отсутствие натяжения, скрытое расположение, возможная доступность всех квадрантов молочной железы, небольшая длина разреза, хорошее заживление. Нами было выполнено 53 вмешательства на молочной железе из данного доступа (33 односторонние и 20 двухсторонние). Все пациентки были подвергнуты подкожной мастэктомии с препекторальной установкой имплантата/экспандера.

Средний возраст пациенток составил 43,5 лет (29–58 лет). Данный вид операции выполнялся только тем пациенткам, у которых размер молочной железы не превышал объем V+, а объем устанавливаемого импланта был не более 500 мл. Отдельную группу составили пациентки, у которых в качестве первого этапа использовался экспандер, наполненный воздухом с целью облегчения массы инородного тела и предварительного формирования капсулы. В последующем, после формирования капсулы, экспандер заменялся на имплант. Максимальная длительность наблюдения составила 96 мес. Минимальная – 6 мес. Осложнения были отмечены у 2 пациенток. У одной из них, после расхождения краев раны и неоднократной попытки ушивания, было выполнено удаление импланта, у другой – возник дефект кожного лоскута, что привело к необходимости заменить имплант на имплант меньшего размера. Дефект лоскута был ушит. Обе пациентки имели длительный, до 30 лет, анамнез курильщика и перед операцией были предупреждены о возможных осложнениях. Во всех остальных случаях осложнений не наблюдалось. Выводы. Методика субмаммарного доступа для выполнения подкожной мастэктомии, по нашему мнению, является не только безопасной, но и отвечающей всем требованиям современной эстетической и реконструктивной хирургии.

РАННЕЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ОТСРОЧЕННОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЭКСПАНДЕРОМ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Иванов В.Г., Волох М.А., Куприн П.Е., Трофименко К.С.,
Сурмач А.А., Жильцова Е.К., Асеева З.А.

*Клиника доктора Куприна, Кафедра пластической
и реконструктивной хирургии, Северо-Западный
государственный медицинский университет имени И.И.
Мечникова, Национальный медицинский исследовательский
центр онкологии имени Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург*

Лучевая терапия является неотъемлемой частью адъювантного лечения рака молочной железы. За последние несколько лет показания к лучевой терапии изменялись от полного отказа, до максимального облучения всех полей. Как правило, в зону облучения попадает и передняя поверхность грудной клетки. Однако, наряду с явным положительным влиянием лучевой терапии на общую и безрецидивную выживаемость, последствия лучевой терапии на местные ткани фатальным образом сказываются на результатах отсроченных реконструкций молочной железы после мастэктомии. Вызывая необратимые изменения в коже и подлежащих структурах, лучевая терапия способствует фиброзированию тканей, сосудов, мышц, тем самым изменяя эластичность всех структур, которые попадают в зону облучения. Существующая ныне выжидательная тактика для выполнения отсроченной реконструкции молочной железы позволяет выполнять установку экспандера, как правило, не ранее чем через 4–6 месяцев после окончания лучевой терапии. Основной идеей такого подхода является попытка предотвратить ранние послеоперационные осложнения, которые напрямую зависят от изменений произошедших после лечения. Задачей нашей работы стала попытка уменьшить длительность ожидания первого этапа реконструкции после окончания лучевой терапии до операции. К настоящему времени в группу включено 7 па-

циенток, которым по поводу рака молочной железы была выполнена мастэктомия с последующим комплексным адъювантным лечением: химиогормонотерапия, лучевая терапия. Показания для лучевой терапии были стандартными: поражение регионарных л.у., высокий риск развития местного рецидива. Средний возраст пациенток составил 39 лет (24–54 г.). Все пациентки подвергались лучевой терапии зон регионарного лимфооттока и передней поверхности грудной клетки в дозе от 40 до 43 Гр на одно поле облучения. Пациенткам выполнялся первый этап отсроченной реконструкции молочной железы экспандером. Перед операцией оценивалось состояние кожных покровов, их эластичность, отсутствие следов эпидермита и повреждения кожи. В качестве доступа использовался разрез по наружной поверхности грудной клетки на границе условных наружных квадрантов, что позволило не иссекать старый послеоперационный рубец. В тех же случаях, когда постмастэктомический рубец переходил на наружную поверхность грудной клетки, доступ осуществлялся с иссечением старого рубца длиной на более 5–6 см без перехода на переднюю поверхность грудной клетки. Экстензия экспандера осуществлялась по стандартной методике с использованием физиологического раствора 1 р. в неделю в объеме 50–100 мл. Средний размер экспандера составил 450 мл (350–550 мл). Длительность ожидания после окончания лучевой терапии составил 3 недели (2–4 недели). У всех пациенток экстензия была выполнена в полном объеме, что позволило выполнить второй этап реконструкции – замену экспандера на имплант без развития осложнений.

Выводы. Таким образом, раннее выполнение первого этапа реконструкции молочной железы экспандером после окончания лучевой терапии через 2–4 недели является безопасной и эффективной альтернативой выжидательной тактике.

ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ КАПСУЛЫ ЭКСПАНДЕРОМ, ЗАПОЛНЕННЫМ ВОЗДУХОМ, ПОСЛЕ ПОДКОЖНОЙ МАСТЭКТОМИИ

Иванов В.Г., Волох М.А., Куприн П.Е., Трофименко К.С.,
Сурмач А.А., Жильцова Е.К., Асеева З.А.

*Национальный медицинский исследовательский центр
онкологии имени Н.Н. Петрова, Клиника доктора Куприна,
Кафедра пластической и реконструктивной хирургии, Северо-
Западный государственный медицинский университет имени
И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Среди многих опций, которые предлагаются сегодня женщинам для восстановления молочной железы, подкожная мастэктомия с препекторальной установкой импланта стала все больше вытеснять более сложные операции. Однако наиболее частое осложнение, которое возникает после выполнения такой операции, а именно – протрузия импланта, является препятствием для ее более широкого внедрения. Известно, что протрузия возникает из-за ишемических расстройств кожного покрова в виду давления импланта на определенном участке соприкосновения. Попытки снизить это давление, укутывая имплант в АДМ или создавая дополнительную поддержку с помощью различных сетчатых имплантатов, с одной стороны, действительно, позволяют решить эту проблему, с другой – значительно удорожают стоимость операции. Учитывая, что

в нашей стране ряд используемых за рубежом материалов не сертифицированы, такие операции становятся невозможными для выполнения. Для решения данной проблемы мы использовали облегченный вариант обычного экспандера, который наполняли не физиологическим раствором, а воздухом, что позволило уменьшить давление на кожный мешок и сформировать капсулу, которая и несет основную нагрузку по удержанию импланта в кожном мешке. По данной методике было прооперировано 11 пациенток с раком молочной железы, которым выполнялась подкожная мастэктомия с перспективой препекторальной установки импланта. Однако с учетом оценки толщины полученных лоскутов, размера молочной железы, сопутствующих заболеваний, вредных привычек (курение, сахарный диабет, метаболические расстройства) операция выполнялась двухэтапно: на первом этапе выполнялась подкожная мастэктомия, препекторально устанавливался экспандер, который полностью наполнялся воздухом, тем самым создавая каркас кожного мешка. После формирования капсулы вокруг экспандера (но, не ранее чем через один месяц после операции) или, в зависимости, от необходимости проведения адьювантного лечения, экспандер менялся на имплант. В тех же случаях, когда адьювантное лечение препятствовало выполнению второго этапа операции, объем воздуха замещался на физиологический раствор. Итоговая операция выполнялась после окончания всех видов лечения.

Выводы. Предложенная двухэтапная методика позволила избежать такого серьезного осложнения, как протрузия импланта и экспандера. Максимальный объем установленного экспандера был 850 мл у пациентки с объемом молочной железы, превышающим размер чашки бюстгалтера F. В дальнейшем мы не использовали экспандеры такого большого объема и ограничивались размерами, не превышающими 550 мл.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ КРЫЛА НОСА – ЗНАЧЕНИЕ НЕАНАТОМИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ХРЯЦА

Иванов С.А., Поддубный А.А.

*Гомельский государственный медицинский университет,
Гомель*

Устранение приобретенного дефекта крыла носа (КН) часто требует реконструкции с перемещением кожных и слизистых лоскутов. Восстановительные процедуры могут приводить к функциональным нарушениям. Неанатомическая трансплантация (НАТ) хрящевого графта (ХГ) в проекцию свободного края КН рекомендована для обеспечения стабильной формы и предупреждения пролапса. Цель исследования – проанализировать влияние НАТ ХГ на функциональные результаты после реконструкции КН. Задачи: сравнить изменение функциональных показателей после реконструкции КН с выполнением НАТ ХГ и без выполнения.

Материал и методы. Исследованы результаты 75 реконструкций наружного носа при утрате КН. Показания: дефект после удаления опухоли – 68, травма – 3, ринофима – 3, склерома – 1. Характеристика дефектов: изолированный дефект КН – 44 (19+25), дефект с включением соседних субъединиц – 31 (16+15); дефект без утраты хряща – 47 (22+25), с утратой хряща – 28 (13+15). Демографические и

клинические параметры в группах не имели статистически значимых различий. Дефекты наружной кожи устраняли лоскутами из щеки и лба. Восстановление внутренней выстилки выполняли дубликатурой в каудальной части кожного лоскута или слизистым лоскутом. Дефекты хряща замещали ХГ соответствующей формы и размера. У 35 пациентов была выполнена НАТ ХГ между внутренней выстилкой и наружной кожей в проекции свободного края КН. ХГ изготавливали из биопрепарата свежезамороженного реберного хряща от трупного донора. Сформированы две группы: первая – пациенты, которым не была выполнена НАТ ХГ (40 наблюдений), вторая – пациенты, которым была выполнена НАТ ХГ в КН (35 наблюдений). Группы не имели статистически значимых различий по полу, возрасту, размеру и глубине дефекта. Функциональные параметры исследовали по 5-балльной шкале опросника Nasal Appearance and Function Evaluation Questionnaire (S. Moolenburgh, 2009). Оценивали носовое дыхание, обоняние, храп, выделение крови, образование корок, произношение звуков, функцию носа в целом. Опрос пациентов производили непосредственно перед операцией и через 12 месяцев после нее. Сравнивали частоту приемлемых результатов (ПР, 4 и 5 баллов) и неприемлемых результатов (НР, 1-3 балла) оценок до операции и после операции в каждой из групп. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета программ Statistica 8.0. Сравнение выполнено с помощью критерия McNemar, значимость различия при $p < 0,05$.

Результаты. В первой группе 18 пациентов не имели функциональных нарушений до реконструкции, 11 – отмечали наличие храпа или редкого образования слизистых корок до основного заболевания, 6 – указали на нарушения, связанные с ростом опухоли или травмой. Соответствующие показатели в группе 2: 19, 10 и 11 наблюдений. Нарушения, вызванные основным заболеванием: затруднение носового дыхания (15 наблюдений), образование слизистых корок (15), выделение крови из носа (10). Распределение средних послеоперационных оценок в группе 1: носовое дыхание – 4,6 балла, храп – 4,5, обоняние – 4,8, образование корок – 4,5, выделение крови – 4,9, произношение звуков – 5,0, функция в целом – 4,5. Улучшение оценки функции носа в целом после реконструкции отмечено у 6 пациентов. Все они имели нарушения, связанные с основным заболеванием. Ухудшение показателя зарегистрировано в 8 наблюдениях, причем в 7 из них нарушения, обусловленные ростом опухоли или травмой, до операции отсутствовали. Отмечено статистически значимое снижение частоты ПР по критериям носового дыхания, образования корок и функции носа в целом после реконструкции. Распределение средних послеоперационных оценок в группе 2: носовое дыхание – 4,7 балла, храп – 4,7, обоняние – 4,9, образование корок – 4,5, выделение крови – 4,9, произношение звуков – 4,9, функция в целом – 4,5. У пациентов группы 2 после реконструкции оценка функции носа в целом улучшилась в 7 случаях, осталась неизменной – в 26, ухудшилась – в 2. Не выявлено ухудшения послеоперационных оценок у лиц, которые не имели функциональных нарушений в связи с основным заболеванием. Отмечено статистически значимое увеличение частоты ПР по критериям носового дыхания, образования корок, обоняния, выделения крови и функции носа в целом.

Выводы. Выполнение реконструкции КН с НАТ ХГ позволило добиться статистически значимого улучшения результатов по критериям носового дыхания, образования корок и функции носа в целом.

ОБЪЕМНАЯ КОРРЕКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ВЕК

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

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

Актуальность. Область век, как и вся средняя зона лица, является важной в восприятии эстетической единицей, а когда речь идет о дефектах и проблемах смыкания глазной щели, то на первый план выходят офтальмологические проблемы, доставляющие пациенту массу неприятностей и требующие скорейшего разрешения для спасения органа зрения.

Целью работы стало показать возможности объемной коррекции мягких тканей в реконструктивной и эстетической хирургии век.

Материалы и методы. Пластические операции с объемной коррекцией мягких тканей верхнего и нижнего век (71 операция) выполняли в период с 2018 по 2020 года в условиях отделения реконструктивной и пластической хирургии Томской областной клинической больницы (ТОКБ) и отделения пластической хирургии ООО «Частная клиника №1», г. Томск.

Результаты. В группу пациентов по реконструктивным вмешательствам на верхних веках вошли 6 пациентов с истинным птозом (односторонним – 2 или билатеральным – 4) век. Коррекцию птоза выполняли путем пликаций апоневроза мышцы поднимающей верхнее веко (n=2) и сочетания пликации выше названной мышцы с ауто-трансплантацией сухожилия длинной ладонной мышцы, которое фиксировали к хрящу тарзальной пластинки и лобным мышцам (n=4). Также в данной группе фигурировали пациенты с рубцовым выворотом тарзальной пластинки (n=3), которым выполняли ревизионные операции по интерпозиции хряща с одномоментным перемещением лоскутов верхнего века или перфорантных лоскутов параорбитальной области. Эстетическая коррекция верхнего века, при недостаточном объеме мягких тканей, была выполнена у 19 пациентов. Группу отбора составили пациенты, у которых отмечалось глубокое стояние глазного яблока по отношению к структурам орбиты, гипотрофия жировых пакетов параорбитальной области. Выполняли операции по увеличению объема мягких тканей верхнего века с помощью липофилинга одновременно с блефаропластикой, при которой удаляли видимые избытки кожи. Причем иссечение кожи проводили первым этапом операции, оставляя круговую мышцу глаза, а затем, под нее раскладывали заранее подготовленный по технике S.Coleman аутологичный жир с передней брюшной стенки. Получали эстетически – наполненное верхнее веко без видимых избытков кожи. Также для устранения данного состояния выполняли восполнение объема для устранения скелетизации латерального края орбиты с помощью деэпидермизированных перфорантных лоскутов верхнего века на латеральной порции круговой мышцы глаза. Пациенты с реконструктивными вмешательствами на нижнем веке подразделялись на: рубцовый выворот нижнего века (n=8), данным пациентам выполняли пластику – замещение дефекта после устранения выворота, перфорантным лоскутом на мышечной ножке с верхнего века, или же использовали лоскут McGregor. Тот же вид пластического материала применяли при иссечении опу-

холей нижнего века с одномоментным закрытием дефекта и возвращением функции смыкания глазной щели за одну операцию. Пациенты с паралитическим выворотом нижнего века (n=15) получали хирургическое лечение в виде аутологичной трансплантации сухожилия длинной ладонной мышцы в область хрящевого края нижнего века с фиксацией к надкостнице носовых костей и латеральному надбровному сращению с одномоментной элевацией и одномоментной кантопексией нижнего века и его фиксации в послеоперационный период тейпами на 14–20 дней. При эстетических проблемах нижнего века (20 пациентов), а именно, чрезмерном избытке мягких тканей с проявлением гравитационного птоза и склерального взгляда, выполняли дополнительное укрепление и подтяжку нижнего века при блефаропластике мышечным лоскутом по Adams, а также липофилинг нижнего века по методике S.Coleman. При этом выполняли введение жира в области орбитальной связки и введению жира в толщу мягких тканей нижнего века через 2–3 месяца после блефаропластики.

Выводы. Волнометрическая коррекция, направленная как на редукцию, так и на восполнение мягких тканей, является основой реконструктивной и эстетической хирургии век, а высокая вариабельность дефектов, обуславливает применение большого количества различных надежных оперативных техник, а также их сочетание.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ ИЗОТРЕТИНОИНОМ У ПОДРОСТКОВ С АКНЕ: АНАЛИЗ И КОММЕНТАРИИ

Касихина Е.И., Майоров Р.Ю., Ващенко М.О.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия
Управления делами президента РФ», Москва*

Вульгарное акне занимает значительную долю в структуре дерматологической заболеваемости. Заболеванием страдает более 80% подростков и молодых людей в возрасте от 12 до 24 лет. Выраженность симптомов акне различна, примерно в половине случаев приводит к образованию рубцов на лице и психологическим последствиям. Эффективность изотретиноина не подложит сомнению, а побочные эффекты признаны и в основном предсказуемы, начиная от косметических эффектов до тератогенности. Это может повлиять на качество жизни пациентов и соблюдение режима лечения. Пероральный изотретиноин ассоциируется с неспецифическими побочными эффектами, связанными с изменениями в различных органах, но, как правило, это спорадические или отдельные описания, клиническая значимость которых, по-видимому, незначительна по сравнению с огромным количеством рецептов, выдаваемых по всему миру. Кроме того, вероятно, что существует тенденция переоценивать частоту и серьезность побочных эффектов, описанных в инструкции к препаратам изотретиноина, как это часто происходит с другими лекарственными средствами. Основные ключевые моменты при системной терапии акне у подростков, волнующие специалистов, включают: оценку риска отсутствия ответа на лечение, психологические эффекты лечения угрей и изотретиноина, побочные эффекты терапии изотретиноином и варианты косметического ле-

чения, которые могут помочь смягчить предсказуемые побочные эффекты.

Цель исследования – анализ частоты встречаемости побочных эффектов и методов управления пероральным лечением изотретиноином у подростков с акне.

Материал и методы. Нами проанализировано 42 истории болезни подростков с тяжелыми формами акне в возрасте от 12 до 17 лет включительно, получавших пероральный изотретиноин в НИЦ «Клиника дерматологии». Девушек было 17 (40,5%), юношей – 25 (59,5%). Все подростки были обследованы в объеме, рекомендованном федеральными Клиническими рекомендациями Акне, а также специалистом – эндокринологом. Аутоиммунный тиреоидит был у 7 (16,6%) подростков, ожирение – у 3 (6,6%), альгодисменорея – у 3 (6,6%) девушек. У всех подростков без исключения был диагностирован хейлит, сухость губ, которые варьировали от простого ксероза до болезненных трещин. Степень сухости кожных покровов и шелушение зависели от дозы. Сухость слизистой носа и носовые кровотечения возникали в 3 раза чаще у пациентов мужского пола, чем женского, и получавших дозу от 0,5 мг/кг на 2–3 месяце от начала терапии. Сухость глаз беспокоила 2 (8%) юношей. Чем младше пациент, тем выше риск обострения (утяжеления) процесса в первый месяц лечения. Это связано с незрелостью ферментных систем цитохрома и, следовательно, дозой изотретиноина, слишком высокой для данного пациента. Особенно это касается пациентов в возрасте 12–13 лет с весом, не превышающим 60 кг. Еще одна группа риска – это пациенты с патологией щитовидной железы, отличающиеся от общей популяции подростков низкой чувствительностью к любой топической терапии. Клинической особенностью этой группы является наличие множественных распространенных высыпаний при отсутствии повышенной жирности кожи. Чувствительная, склонная к раздражениям кожа у данной категории пациентов требует особого подбора уходовых средств. Низкая начальная суточная доза изотретиноина, составляющая 0,1–0,2 мг/кг, или около 10 мг в сутки, и постепенное увеличение до максимально допустимой дозы, переносимой пациентом, является успешным способом получения хороших клинических результатов при минимизации побочных эффектов. Надлежащий уход за кожей при повышенной чувствительности кожи включает в себя мягкое очищение, восстановление кожного барьера и поддержание барьерной функции. Для очищения следует использовать мягкое мыло, очищающие эмульсии или мицеллярные очищающие лосьоны. Следует избегать абразивных чистящих средств и средств, содержащих серу, а также гликолевую кислоту. Динамическое наблюдение за лабораторными показателями у подростков, страдающих избыточной массой тела, показало, что уровень печеночных трансаминаз может также увеличиваться во время лечения с явно зависимым от дозы эффектом и его следует интерпретировать с учетом исходных показателей. Занятия спортом являются хорошо известной причиной повышения уровня креатининфосфокиназы (КФК). Распространенность повышенных уровней КФК варьирует в пределах 10%.

Вывод. Таким образом, побочные эффекты системного изотретиноина у подростков в подавляющем большинстве случаев можно предотвратить и/или лечить

ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТОГО НИКЕЛИД ТИТАНОВОГО ИМПЛАНТАТА ПРИ АБДОМИНОПЛАСТИКЕ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКОЙ

Карапетян Г.Э., Черепанова Т.В., Пахомова Р.А.

*Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Санкт-Петербург,
Красноярский государственный медицинский университет
имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Санкт-Петербург*

Наружные грыжи живота встречаются у населения от 3% до 7%. При этом 2/3 из них формируются при послеродовых изменениях передней брюшной стенки женщин. В связи с этим при абдоминопластике в более чем 40% случаев хирург вынужден использовать различные способы герниопластики. Применяемые в настоящее время методы пластики брюшной стенки с использованием синтетических эндопротезов хотя и позволили упростить технику операции, уменьшить частоту рецидивов, но не решили проблему нарушения функции брюшного пресса и биосовместимости тканей с имплантируемым материалом.

Цель работы: улучшить результаты лечения пациентов с дефектами брюшной стенки путем применения сверхэластичного сетчатого имплантата из никелида титана при абдоминопластике с одномоментной герниопластикой. Экспериментально изучены особенности морфологических изменений тканей брюшной стенки при имплантации сетчатых эндопротезов на основе никелида титана в позицию «on lay», которые характеризуются меньшей воспалительной реакцией и отсутствием раневой экссудации на всех сроках исследования. Результаты полученных изображений растровой микроскопии, обработанные методикой шварлет-преобразования и цветового кодирования, показали, что степень интеграции тканей в зоне имплантации зависит от рельефа поверхности имплантированного материала. Нами определено, что через 7 дней нити PDS plus интегрируются в ткани животного на 40,97%, к 14-м суткам степень интеграции увеличивается до 43,98%, к 21-м суткам составляет 67,88%, а к 45-м суткам нить PDS Plus в тканях не определяется. Таким образом, данная нить полностью не выполняет своей нагрузочной функции на линию послеоперационного шва и не может быть использована в качестве моно-материала для коррекции мышечно-апоневротического каркаса брюшной стенки. Нами установлено, что степень интеграции никелид титанового имплантата в ткани передней брюшной стенки животного на всех сроках эксперимента прогрессивно увеличивается и к 45-м суткам достигает 87,20%, тогда как в аналогичные сроки в группе животных с применением полипропиленового имплантата степень адгезии с окружающими тканями составляет всего 48,64%. Мы использовали сетчатые эндопротезы на основе никелида титана в позицию «on lay» для устранения грыжевых дефектов и/или коррекции мышечно-апоневротического каркаса брюшной стенки при абдоминопластике. Помимо клинической оценки проведена оценка эффективности применения сетчатых эндопротезов на основе никелида титана у пациенток с дефектами брюшной стенки посредством накожной электромиографии. Полученные данные электробиопотенциалов с мышц брюшной стенки свидетельствуют о том, что метод комбинированного грыжесечения при абдоминопластике с применением никелид титанового сетчатого имплантата и/или устранением диастаза способствует восстановлению функции прямых и боковых мышц живота.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОГО БЛЕФАРОСПАЗМА

Катаев М.Г.

Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Блефароспазм как проявление дизэнцефальной дистонии – серьезное заболевание, радикально снижающее качество жизни вплоть до потери возможности обслуживания себя. Основное лечение заключается в регулярной хемоденервации круговой мышцы глаза с помощью ботулотоксина. Но ботулинотерапия не всегда дает постоянный и стабильный эффект, часть больных вскоре перестает замечать улучшение после инъекций ботулотоксина. Такое состояние является показанием для хирургического лечения.

Цель работы: проанализировать эффективность хирургического лечения эссенциального блефароспазма.

Материал: лечение проведено 19 пациентам за период 2009–2019 гг. Первичное лечение проводилось методом ботулинотерапии. На фоне низкой эффективности хемоденервации пациенты были направлены неврологом на консультацию офтальмопластика для решения вопроса о хирургическом лечении блефароспазма и апраксии открывания глаз. Методы хирургии: пересечение орбикулярных волокон лицевого нерва (3), частичное иссечение круговой мышцы (16), иссечение корrugаторов с заменой утраченного объема углеродным имплантатом (4), укорочение леватора верхнего века (4), подвешивание верхнего века к брови (6). Часть методов применялась в комбинациях. Выбор метода основывался на клинической картине и предоперационных тестах.

Результаты. Наиболее действенным методом показала себя резекция круговой мышцы. Операция не излечивала от блефароспазма, но снижала интенсивность тонуса мышцы и удлиняла периоды нормотонуса. Отсутствие эффекта от миозектомии отмечено в одном случае. Резекция корrugаторов не оказывала существенного влияния на клиническую картину. Уменьшение апраксии открывания глаз наблюдалось в 16 случаях из 19. У двух пациентов птоз век уменьшился благодаря укорочению леватора. Эффект от подвешивающей операции наблюдался у 3 пациентов из 6 оперированных таким способом.

Обсуждение. Удаление части круговой мышцы должно быть достаточно полным, чтобы обеспечить лечебный эффект. Операция миозектомии существенно меняет анатомию век и требует тщательной адаптации раны во избежание деформации рельефа век. Укорочение леватора способствует открыванию глаз в основном при небольшой интенсивности блефароспазма и сопутствующей сенильной патологии апоневроза леватора. Чтобы заблаговременно предположить эффект подвешивающей операции, необходимо оценить особенности движения век и бровей и провести пробное пластырное подвешивание.

Выводы. Хирургическая составляющая в лечении блефароспазма обладает вполне определенным, хотя и не абсолютным, эффектом и не исключает необходимость продолжения ботулинотерапии в послеоперационном периоде. Наиболее результативным компонентом операции является удаление круговой мышцы.

ПОДВЕШИВАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПТОЗЕ ВЕРХНЕГО ВЕКА: КАК ИЗБЕЖАТЬ ПРОБЛЕМ

Катаев М.Г., Захарова М.А., Бирюкова Ю.Е.

Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

К наиболее частым функционально-эстетическим проблемам подвешивающих операций при птозе верхнего века относятся недостаточный эффект, неровный контур века, низкая эстетика пальпебральной складки, нестабильность подвески, инфицирование материала.

Цель работы: определить причины возникающих проблем подвешивающих операций и предложить способы их предотвращения.

Клинический материал: 1130 первичных пациентов за последние 20 лет из собственной практики (I группа) и 210 пациентов, обратившихся по поводу неудовлетворительного результата ранее перенесенных операций (II группа, группа будущих ревизионных операций). Подвешивающие материалы в I группе: мерсилиновая сетка, полиэстеровая нить, полипропиленовая нить, полоска ПТФЭ (Гортекс), силиконовая нить, аллотрансплантаты твердой мозговой оболочки; во II группе: мерсилиновая сетка, полиэстеровая нить, ауто-трансплантаты сухожилий, аллотрансплантаты сухожилий, локальные миодермальные лоскуты по Буриану.

Методы: 1) открытый способ с фиксацией трансплантата к тарзусу; 2) закрытый способ с двухточечным доступом; 3) закрытый способ с двойной раздельной подвеской; 4) закрытый способ с двойной нераздельной подвеской. Полученные результаты. Запланированный функциональный результат в первой группе был достигнут во всех случаях. При подвешивании одиночной подвеской контур глазной щели в 90% имел явные или малозаметные отличия от формы на здоровой стороне. Использование двойной раздельной подвески создавало малозаметную асимметрию в 10% случаев. В результате применения двойной нераздельной подвески полная симметрия глазных щелей была достигнута во всех случаях. Эстетика пальпебральной складки была выше при выполнении закрытых методик. При открытом способе фиксации подвески эстетика пальпебральной складки была ниже. В отдаленные сроки (15–20 лет) после подвешивания открытым способом отмечено увеличение дистанции подвески на 3–4 мм. После нитевого подвешивания в сроки 1–8 лет повторная операция потребовалась трем пациентам.

Осложнения. Инфицирование подвесок наблюдалось в ранние сроки у 11 пациентов из 42, перенесших операцию с использованием полиэстеровых нитей. Данные подвески были удалены.

Обсуждение. Недостаточный эффект в группе ревизионных операций был связан с неадекватной длиной подвески или удлинением дистанции подвески в отдаленные сроки после операции в результате растяжения биологических материалов или миграции подвесок. Неровный контур края века (треугольный или трапецевидный) – характерен почти исключительно для двухточечного закрытого доступа. Раздельная фиксация двух подвесок в медиальной и латеральной половинах века позволяет избежать этого дефекта. Эстетика пальпебральной складки в большей мере зависела от оперативного доступа, при открытом доступе с подшиванием подвески к тарзальной пластинке эстетика

была заметно хуже, во многих случаях в отдаленном периоде пальпебральная складка исчезала совсем. В определенной мере на эстетике складки сказывался выбор материала: нитевые подвески лучше сохраняли мягкость и драпируемость кожной и пальпебральной складок, а подвески увеличенного объема и вызывающие пролиферативную реакцию окружающих тканей отрицательно сказывались на этих параметрах. Нагноение подвески в ранние сроки было характерно преимущественно для полиэфиров нитей. Закономерность данного осложнения заставляет сделать вывод о недопустимости применения плетеных полиэфиров нитей в качестве подвешивающего материала. Следует отметить, что с целью профилактики инфекционных осложнений необходима хорошая шовная герметизация операционных ран, даже если это были короткие проколы при закрытом способе проведения подвесок. Стабильность результата – серьезный вопрос для обсуждения. С одной стороны, травматичный открытый способ с прямой тарзальной фиксацией более надежен, но чреват низкой эстетикой пальпебральной складки. С другой стороны, наименее стабильный (по непроверенным данным) нитевой способ является наиболее эстетичным. Предпочтительный выбор второй позиции представляется достаточно убедительным. Даже если предположить, что пациентам этой группы потребуются проведение повторных операций один раз в год или реже, эти вмешательства будут также малотравматичны, как и первое, а результат будет таким же эстетичным.

Вывод. На сегодняшний день подвешивание верхнего века к брови силиконовыми и полипропиленовыми нитями в нашей практике является наиболее предпочтительным методом ввиду хорошего функционального и лучшего эстетического эффекта.

«ПОЖИЗНЕННАЯ ГАРАНТИЯ» НА СИЛИКОНОВЫЕ ИМПЛАНТАТЫ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ – МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

Кононец О.А., Алексеева Е.И.

Клиника «Медлаз», Государственный научно-исследовательский институт химии и технологии элементоорганических соединений, Москва

Введение. В литературе отсутствует информация о систематическом исследовании процесса «старения» – изменении основных характеристик силиконовых имплантатов молочных желез при длительной эксплуатации. Учитывая то, что фирмы-производители сегодня дают «Пожизненную гарантию» на имплантаты молочных желез и срок жизни имплантата нигде не регламентирован, в нашей работе мы попытались изучить этот вопрос.

Методы. Цель работы – изучение процессов старения и последующей дегградации свойств имплантатов в зависимости от срока эксплуатации в сравнении с интактными образцами различных фирм-производителей и интерпретация полученных результатов в соответствии с клиническими данными. Для осуществления поставленной цели было изучено естественное старение имплантатов различных фирм на разных сроках эксплуатации от 1 до 20 лет, а также проведены дополнительные исследования по изучению изменения свойств оболочек и наполнителей (гелей) имплантатов в результате их искусственного старения в специальных условиях. Сравнительные физико-химиче-

ские и физико-механические характеристики бывших в эксплуатации и интактных имплантатов различных фирм-производителей были изучены с помощью: элементного анализа, измерения модуля упругости или вязкости наполнителя, испытаний прочности на разрыв при растяжении и относительного удлинения оболочек, сравнительного исследования содержания микропримесей.

Результаты. Исследовано более 100 образцов имплантатов различных производителей. Выявлены тенденции изменения модуля упругости геля и физико-механических характеристик оболочек имплантатов в сравнении с интактными на различных сроках эксплуатации. Характер и уровень этих изменений в зависимости от производителей существенно различаются. Определена средняя продолжительность «жизни» имплантата.

Заключение. Полученные данные могут помочь при прогнозировании эстетического результата увеличивающей маммопластики, в том числе и для профилактики возможных осложнений.

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ НЕСВОБОДНОГО ДВУХУРОВНЕВОГО ЛОСКУТА С ОСЕВЫМ ТИПОМ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ

Коростелев М.Ю., Шихалева Н.Г., Новиков К.И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России, Курган

В ряде случаев существует необходимость закрытия глубоких раневых дефектов неправильной формы, имеющих карманы, или выполнить при закрытии раны еще профилактику развития рубцового процесса между анатомическими структурами для сохранения их подвижности относительно друг друга, например, между сухожилиями и сосудисто-нервными стволами. Известно много способов выполнения замещения раневого дефекта с перемещением или пересадкой комплексов тканей с осевым типом кровоснабжения. Известен способ замещения тканей верхней конечности с применением пахового лоскута в несвободном варианте. При данном методе лоскут, включающий в себя кожу и подкожно-жировую клетчатку, выкраивается на передней брюшной стенке в паховой области на основе артерии, огибающей переднюю верхнюю ость. После выделения лоскута он на питающей ножке фиксируется на дефект мягких тканей кисти. Через 30–40 дней лоскут отсекается (Я. Золтан. «Пересадка кожи». Венгрия. Будапешт. 1984 г., стр.51-53). Известен способ, опубликованный в Atlas of microsurgical composite tissue transplantation By D. Serafin, W B Saunders & Co. Ltd, USA 1996. В нем предложено описание лоскута передней брюшной стенки на основе поверхностной нижней эпигастральной артерии. Авторы из Индии (2011) Ashok R, Sushil N, Jagdish Pr, Subhash M K, HP Praveen K представили лоскут из тканей передней брюшной стенки с частью включенной прямой мышцы живота. Они его назвали «бумерангообразным» расширенным лоскутом прямой мышцы живота (BERAM). Этот лоскут является модифицированной и «свободной» версией аналогичного лоскута, описанного Яном Тейлором в 1983 году. Эти способы имеют ряд недостатков при замещении ран и дефектов покровных тканей неправильной формы. При закрытии дефекта такой раны неизбеж-

но буду оставаться полости, наличие которых будет способствовать накоплению биологических жидкостей, что в свою очередь может привести к воспалению тканей. С другой стороны, в случаях, когда необходимо использовать жировую прослойку между структурными единицами, например, между сухожилиями или между сухожилиями и сосудисто-нервными стволами, также применять плоский лоскут нельзя.

Цель работы: разработка способа формирования двухуровневого лоскута передней брюшной стенки для замещения сложных раневых дефектов. Материал и методы. Нами пролечено 7 пациентов с глубокими и обширными дефектами верхних и нижних конечностей. Из них четыре пациента имели дефект мягких тканей в вследствие электроожога, двое больных поступили с огнестрельными ранениями предплечья, один пациент имел дефект покровных тканей и застарелое повреждение ахиллова сухожилия. При лечении этих пациентов мы использовали способ формирования несвободного двухуровневого лоскута с осевым типом кровоснабжения. При данном способе после выделения лоскута по периметру выполняют его тангенциальное разделение на уровне глубокого листа поверхностной фасции (на передней брюшной стенке это фасция Скарпа) на две части. Один пласт представляет собой лист жировой ткани, другой – комплекс из кожи и подкожно-жировой клетчатки. Таким образом, формируются два листа одного лоскута на одном основании. После выделения комплексов тканей их укладывают на место дефекта тканей. При этом имеется возможность как замещения глубокого раневого дефекта неправильной формы, так и возможность разделять функциональные структуры (между сухожилиями или между сухожилиями и сосудисто-нервными пучками) с профилактикой развития рубцевания между ними.

Результат. У всех пациентов, прооперированных по предложенному способу замещения дефекта тканей, достигнуты положительные результаты лечения. Осложнений не было. Вывод. Способ формирования несвободного двухуровневого лоскута с осевым типом кровоснабжения решает проблему замещения неправильной формы ран с возможностью профилактики рубцовых сращений между функциональными структурами.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛИПОФИЛИНГА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Кораблева Н.П., Побережная А.В., Жолтиков В.В.,
Лебедева Ю.В., Цехмистро Я.В.

*Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет*

«Академия пластической хирургии», Клиника Атрибьют

Введение

Липофилинг занял прочное место в пластической хирургии. В разных ситуациях введение аутологичной жировой ткани может использоваться как основной способ увеличения молочных желез, так и корригирующий, дополнительный. В настоящее время в связи с учащением развития поздних сером и возможным риском возникновения ALCL, а также возникшим ангиотазем вокруг установленных имплантатов (их старением, разрывами, капсульной контрактурой) актуальность липофилинга молочных желез резко возросла. Желание пациентов удалить даже не осложненные имплантаты приводит к увеличению частоты выполнения

липофилинга молочных желез как основной операции или корригирующей при замене имплантатов. Постоянно происходит обсуждение, какой способ забора и введения аутологичной жировой ткани лучше: что менее травматично для пациента, для самого жира, как ввести его для лучшего приживления. В настоящий момент существуют основные методы липосакции: вибрационный, радиоволновой, лазерный, тумесцентный, ультразвуковой, водоструйный. Разработка новых способов липосакции направлена на уменьшение общей травматизации и кровопотери, удаление адекватного объема жировой ткани, обеспечение ровного контура в зоне липосакции, сокращения сроков реабилитации. Липосакция малотравматична, однако существует ряд осложнений и побочных эффектов: наличие неровностей, формирование сером, гематом, пигментация, нарушение чувствительности оперированной зоны.

Целью данной работы явилось проведение анализа использования липофилинга как основного способа увеличения молочных желез.

Материал и методы.

В исследование включено 36 пациента, которым был выполнен липофилинг молочных желез, как основной способ аугментации. Средний возраст пациентов составил 28 лет (диапазон 18 – 44 года). Были включены пациенты с минимальным сроком наблюдения 6 мес. Выделены 2 группы пациентов: 1 группа – 21 пациент (58%), у которых были небольшие молочные железы при отсутствии птоза и 2 группа – 15 пациентов (42%), у которых был птоз молочных желез различной степени. Надо сказать, что пациенты обеих групп различались по массе тела.

У пациентов обеих групп выполнялась вибрационная липосакция (MicroAire) и шприцевой липофилинг. Жир имплантировался под кожу молочных желез и под железу, т. е. в жировые пространства, окружающие молочную железу. Пациентам 1 группы фэтграфтинг выполнялся в объеме 220 – 340 мл до получения небольшого напряжения в тканях, а также определялся объемом забранного жира, что ограничивалось небольшой массой тела пациентки. У пациенток 2 группы выполнялись различные варианты мастопексии (периареолярная, циркумвертикальная, с горизонтальным компонентом). Фэтграфтинг выполнялся в объеме 210 – 470 мл, что определялось и желанием пациентки получить определенный объем, а также размером и формой молочных желез, появлением небольшого напряжения в тканях при введении.

Результаты

Результаты оценивались в сроки от 6 месяцев до 4 лет. Во всех случаях был достигнут удовлетворительный эстетический эффект. Однако у пациентов 1 группы уменьшение объема молочных желез происходило с 3-х и до 12 месяцев и достигало 1-1,5 размера бюстгалтера и составляло больше половины введенного объема жира, что ухудшало эстетический эффект аугментации, при этом пациентки испытывали некоторое разочарование и в таких ситуациях фэтграфтинг выполнялся повторно, что обычно приводило к стойкому результату. У пациенток 2 группы уменьшение объема молочных желез происходило в те же сроки, но к году объем оставался большим, хотя происходило рептозирование. Однако эстетический эффект стойко сохранялся и здесь реже фэтграфтинг проводился повторно.

Выводы

Липофилинг является операцией выбора для самостоятельного увеличения молочных желез. Для достижения желаемого по объему и долговременности результата обычно требуется два или более этапа липотрансфера.

Применение липофилинга для улучшения контура молочных желез после аугментации, редукции, мастопексии является важным хирургическим приемом. Количество точек введения минимально. Приживаемость жира зависит от конституции пациента (у более полных жир сохраняется лучше). Однако недостаточное сохранение объема введенного жира требует дальнейшей разработки способов улучшения приживления введенной жировой массы

ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖГОВ ЛИЦА

Короткова Н.Л., Митрофанов Н.В., Терещук С.В., Мураев А.А., Сафьянова Е.В.

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет).
Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», Москва, Нижний Новгород*

Введение. Реабилитация пациентов с последствиями ожогов лица продолжает оставаться одним из самых сложных и не решенных проблем пластической хирургии. Даже самый современный метод – трансплантация донорского лица не позволяет вернуть утраченную внешность. Кроме того аллотрансплантация лица сопряжена с высокой сложностью и стоимостью операции, проблемой поиска подходящего донора, нерешенными в полной мере проблемами подавления иммунной защиты организма пациента, а также сложными психологическими проблемами, так человек в итоге получает новое, но чужое лицо. Применение классических операций пластической хирургии с использованием современных достижений микрососудистой хирургии продолжают оставаться в арсенале врача, оказывающему помощь пострадавшим от ожогов.

Цель работы: предложить систему реабилитации пациентов, пострадавших от ожогов, включающей операции с применением микрохирургических технологий, определить показания к использованию микрососудистых лоскутов у больных с последствиями ожогов.

Материалы и методы. 283 пациента с последствиями ожогов лица в возрасте от 1 года до 74 лет, которым было выполнено 1256 оперативных вмешательств по поводу рубцового поражения лица. Для коррекции рубцовых деформаций использовали пластику местными тканями, свободную, комбинированную пластику, пластику лоскутами на питающей ножке из местных тканей, региональных и отдаленных областей тела, пластику лоскутами на микрососудистых анастомозах. Классические методики кожной пластики дополняли использованием тканевой дермотензии, а также современными хирургическими методиками: лазерной абляцией рубцовых поверхностей, использованием синтетических имплантатов, аутожира. На завершающих этапах использовали методики, применяемые в эстетической хирургии. Выбор метода оперативного лечения проводили с учетом рубцовых изменений I тип – рубцовые изменения кожи без изменения формы анатомического

образования; II тип – рубцовые изменения, обусловленные единичными рубцами, без существенного дефекта кожи; III тип – рубцовые поражения с тотальной утратой или утратой значительной части кожи анатомического образования; IV тип – послеожоговые дефекты тканей, которые характеризовались повреждением анатомического образования с утратой кожи и глубже лежащих тканей и анатомических структур (вплоть до кости) с возможным вскрытием придаточных пазух и полостей лица. Показанием к пластике сложными (кожно-жировыми, кожно-фасциальными, кожно-мышечными) лоскутами, в том числе с использованием микрохирургической техники были поражения IV типа – послеожоговые дефекты тканей и образований лица. Применение микрохирургических технологий при устранении дефектов лица у больных с последствиями ожогов имеет особенности, накладывающие ограничения на применение этой современной и эффективной технологии, усложняющие проведение операций. Это отсутствие донорских ресурсов у больных, перенесших обширные ожоги, повреждение донорских и реципиентных сосудов, выраженные изменения различных органов и систем вследствие ожоговой болезни. Для реконструкции лица использовали различные лоскуты и техники. Для реконструкции обширных дефектов лица и шеи использовали лучевой лоскут (2 случая), торакодорзальный лоскут (1 пациент), кожно-мышечный лоскут с включением грудинно-ключично-сосцевидной мышцы (1 пациент), лопаточный лоскут (1 пациент). Для реконструкции носа использовали артериализованный лоскут со лба (5 пациентов), лоскут на скрытой сосудистой ножке из тканей волосистой части головы для реконструкции брови (1 пациент). При утрате ушной раковины выполняли одномоментную реконструкцию с использованием васкуляризованной височной фасции и аутохряща.

Результаты. У всех пациентов достигнуто улучшение функциональное и эстетическое улучшение. При использовании артериализованных и микрососудистых лоскутов осложнений, повлиявших на результат операции, не было. Во всех случаях потребовались дополнительные корректирующие операции, направленные на улучшение эстетического результата операции.

Выводы: предложенная система реабилитации пациентов, пострадавших от ожогов, с использованием классических и современных технологий позволяет получать оптимальные функциональные и эстетические результаты. Показанием к использованию микрохирургических технологий являются послеожоговые дефекты тканей.

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ К ДЕФОРМАЦИИ НАРУЖНОГО НОСА

Ким И.А., Носуля Е.В.

Национальный исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России, Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им.Л.И.Свержевского Департамента здравоохранения города Москвы

Актуальность. Деформация наружного носа оказывает заметное дестабилизирующее влияние на состояние психологического статуса пациента, в значительной степени определяя его отношение к эстетическому дефекту и степень удовлетворенности результатами хирургического вмешательства.

Цель. Оценка личностных реакций пациента на эстетические нарушения, связанные с деформацией наружного носа, имеет важное значение при определении показаний к операции.

Пациенты и методы. Обследовано 110 пациентов, обратившихся для коррекции формы наружного носа и внутриносовых структур. Психологическое обследование предусматривало применение специального опросника, информационная емкость которого (8 тестов, 312 вопросов) соответствовала цели и задачам исследования.

Результаты и обсуждение. Практически у каждого четвертого пациента (24,5%), по нашим данным, наблюдался чувствительный тип отношения к болезни – такие пациенты отличались склонностью к депрессии, в структуре личности пациентов с чувствительной реакцией на деформацию наружного носа доминировали тревожные черты. Примерно у такого же количества (23,6%) пациентов, обратившихся для коррекции наружного носа, отмечается ипохондрический тип отношения к дефекту. Более чем у половины пациентов с ипохондрической реакцией на форму носа выявлялась циклоидная акцентуация характера. У 21,8% пациентов имел место истерический тип реакции на болезнь, большинство таких пациентов относились к гипертимным личностям (демонстративно-истерическая и гипертимная акцентуация характера). Реже встречались депрессивный тип отношения к косметическому дефекту к форме носа (14,6% пациентов), дисфорический (8,2%) и эйфорически-анозогностический (7,3%).

Заключение. Следовательно, нарушения формы наружного носа оказывает неблагоприятное психологическое воздействие, усиливая черты того, или иного типа акцентуации характера пациента. Поэтому оценка психоэмоционального статуса таких пациентов является важным аспектом предоперационного обследования больных в функционально-эстетической ринохирургии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕЭПИДЕРМИЗИРОВАННОГО АУТОДЕРМАЛЬНОГО ЛОСКУТА ПРИ ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЭНДОПРОТЕЗОМ

Кулиев А.Т., Соболевский В.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
онкологии имени Н.Н.Блохина» Минздрава России, Москва

Цель работы. Снижение частоты осложнений после одномоментных реконструктивных операций на молочной железе с использованием алломатериалов за счет привнесения более надежного покрытия эндопротеза при наименьшей травматичности и стоимости метода.

Методы и материалы. В отделении реконструктивной пластической онкохирургии накоплен опыт использования деэпидермизированного аутодермального лоскута для укрытия нижнего склона эндопротеза при подкожной мастэктомии с одномоментной реконструкцией имплантом. Данный метод использован у 72 пациенток с I (34,72%) и IIa (65,28%) стадиями рака молочной железы, проходивших лечение в период с 2016 по 2019 год. Сосково-ареолярный комплекс сохранялся у всех пациенток. У 14 (19,44%) пациенток одномоментно выполнялась профилактическая подкожная мастэктомия с одномоментной

реконструкцией имплантом в связи с наличием мутации в генах BRCA1 и BRCA2.

Результаты. У 49 (68,05%) пациенток получен отличный эстетический результат, у 15 (20,84%) – результат расценен как хороший. Осложнений, требующих повторного хирургического вмешательства, не отмечено. Наиболее частым осложнением оказался краевой некроз сосково-ареолярного комплекса (САК) – 4 случая (5,55%). Полный некроз сосково-ареолярного комплекса выявлен лишь в 1 случае (1,38%). После отхождения струпа во всех случаях частичных и полных некрозов САК, отмечалась рубцовая поверхность, в последующем выполнялся косметический татуаж. Все некрозы САК мы связывали со значительным его переносом (более 4 см). Частичный некроз кожного лоскута отмечался в 3 случаях (4,17%). Во всех случаях лечение проводилось консервативно, посредством малевых повязок. Выводы: Использование деэпидермизированного аутодермального лоскута при одномоментной реконструкции молочной железы эндопротезом позволяет с наибольшей долей вероятности избежать осложнений, требующих повторных хирургических вмешательств, в частности протрузии и потери эндопротеза. Использование данной методики оправдано у пациенток с птозом молочной железы II степени и выше с ранними стадиями болезни (I и IIa стадии, когда не планируется лучевая терапия). Во всех случаях требуется коррекция контрлатеральной железы.

КОРРЕКЦИЯ ПТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ГИПОПАЗИИ НИЖНЕГО МЕДИАЛЬНОГО КВАДРАНТА ПРИ I ТИПЕ ТУБУЛЯРНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Лебедева Ю.В., Кораблева Н.П., Жолтиков В.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет
«Академия пластической хирургии», Клиника Атрибьют

Введение

Тубулярная деформация молочных желез (ТДМЖ) представляет собой спектр аномалий развития молочной железы, приводящих к психоэмоциональному и физическому дискомфорту женщин. Отличительными признаками тубулярной груди являются длинный вертикальный диаметр верхних квадрантов и уменьшенный диаметр по горизонтали. Клинически ТДМЖ проявляется: высоким положением инфрамаммарной борозды (ИМБ), коротким расстоянием от сосково-ареолярного комплекса (САК) до ИМБ в виду гипоплазии нижнего склона молочной железы (МЖ), расширением или грыжевой деформацией ареолы, асимметрией. В рамках данного исследования было уделено внимание проблеме коррекции гипоплазии нижнего медиального квадранта в сочетании с птозом МЖ. Наиболее широко используемой системой классификации является Grolleau et al., где молочная железа типа I гипопластична в медиальном квадранте, типа II – в двух нижних квадрантах, а тип III – во всех 4 квадрантах.

ТДМЖ I типа (по Grolleau) представляет собой сочетание гипоплазии нижнего медиального квадранта молочной железы и разной степени птоза нижнего латерального квадранта. Помимо этого, в медиальном квадранте имеется фиброз мягких тканей молочной железы и высокая степень адгезии между кожей, подкожно-жировой клетчаткой, фасцией и железой. В результате чего, получается

эстетическая диспропорция молочной железы – нижний контур железы не выглядит круглым, медиально он скошен (поджат) – там дефицит объема, а латерально имеется избыток ткани. Каким бы ни был объем груди, ее нижний медиальный край имеет характерную форму в виде «S», а ее боковая часть выглядит слишком большой по сравнению с ней. Наружный боковой квадрант растянут, имеет птоз и избыточную кожу. Пятно молочной железы в таком случае имеет овальную форму.

Целью данного исследования является представление хирургической техники для достижения успешной коррекции гипоплазии нижнего медиального квадранта железы при ТДМЖ. Методика представляет собой аугментационную мастопексию с циркумлатеральным вертикальным доступом, а при наличии выраженного птоза молочной железы в сочетании с горизонтальным компонентом и ротацией лоскута железы.

Данная методика показана пациентам с типом I ТДМЖ (по Grolleau), желающим скорректировать одновременно тубулярную деформацию, устранить птоз и увеличить грудь. Противопоказание к использованию латеральной вертикальной мастопексии – это нежелание пациента устанавливать имплантат и выполнять мастопексию.

Материал и методы

В исследование включено 26 пациентов (51 МЖ) с ТДМЖ, которые были прооперированы с 2015 по 2020 год. Средний возраст пациентов составил 34 года (диапазон 27–42 года). Были включены пациенты с минимальным периодом наблюдения 9 месяцев. Все пациенты разделены на две группы: I группа (18 пациентов, 69%) – I тип ТДМЖ (по Grolleau) в сочетании с птозом и расстоянием от соска до инфрамаммарной борозды менее 10 см, II группа (8 пациентов, 31%) – I тип ТДМЖ (по Grolleau) в сочетании с птозом и расстоянием от соска до инфрамаммарной борозды более 10 см.

У пациентов в I группе применялась методика циркумлатеральной вертикальной мастопексии, у пациентов II группы – циркумлатеральная вертикальная мастопексия с горизонтальным компонентом.

Для оценки удовлетворенности пациентам, которым была выполнена хирургическая коррекция I типа ТДМЖ в сочетании с птозом, было предложено заполнить послеоперационную анкету BREAST-Q. Были использованы ответы пациентов на четыре шкалы модуля мастопексии/редукции BREAST-Q: удовлетворенность результатом, удовлетворенность грудью, психосоциальное благополучие и сексуальное благополучие. Баллы пациентов были преобразованы с использованием эквивалента Раша и представлены по шкале от 0 до 100.

Результаты

Средний период наблюдения составил 36 месяцев (от 9 до 60 месяцев). Во всех случаях достигнут удовлетворительный эстетический результат.

Эффективность предложенной техники оценивали с помощью международного валидного опросника BREAST-Q для определения степени удовлетворенности результатом операции и улучшения качества жизни пациентов. У пациентов в I группе послеоперационная удовлетворенность МЖ составила 82, психосоциальное благополучие – 89, сексуальное благополучие – 86 и физическое благополучие – 84. Для пациентов II группы – 84, 87, 89 и 88 соответственно.

Благоприятные результаты поддерживают рассмотрение и потенциальное использование данного подхода у пациентов с I типом тубулярной деформацией в сочетании с птозом молочной железы.

Общий уровень осложнений для всех пациентов в этом исследовании составил 7,8 % – у 2 пациентов (3,9 %) была гематома, у 1 (1,8%) – послеоперационная мальпозиция

имплантата и у 1 (1,8%) – видимость и пальпируемость краев имплантата. Все случаи относились к I типу ТДМЖ в сочетании с птозом и корректировались первичной маммопластикой с двухплоскостной аугментацией круглыми имплантатами за один этап с циркумлатеральной вертикальной мастопексией.

Случай послеоперационной гематомы возник в раннем послеоперационном периоде. Была проведена ревизия раны и удаление гематомы, назначены реабилитационные процедуры. После окончания периода реабилитации обе пациентки были удовлетворены эстетическим результатом. Случай мальпозиции имплантата в сторону снаружи клинически выглядел как изменение формы молочной железы, видимость краев имплантата и появление асимметричности МЖ друг другу, что было заметно как хирургу, так и пациенту. В связи с чем, пациент был прооперирован повторно с заменой имплантатов другой фирмы и ушиванием кармана с латеральной стороны. В течение периода наблюдения 1,5 лет смещения или переворота имплантатов не возникало.

У пациента с жалобами на пальпируемость и видимость краев имплантата было отмечено уменьшение массы тела на 8 кг в анамнезе через 1,5 года после операции. Была проведена процедура липофилинга молочных желез. Введено по 200 мл радиально от САК под кожу каждой молочной железы. Имплантаты при этом не удалялись. Получен стойкий удовлетворительный эстетический результат.

Вывод

Множественные патологические признаки гипоплазии паренхимы молочной железы, фиброза, дефицита кожи, ареолярной грыжи и птоза при туберозной деформации молочной железы требуют тщательной идентификации, после чего можно определить план лечения и следовать ему.

Циркумлатеральная вертикальная аугментационная мастопексия может применяться в пластической хирургии у пациентов с гипоплазией нижнего медиального квадранта молочной железы и птозом для получения наиболее эстетически оптимальных результатов и снижения количества послеоперационных осложнений, требующих повторного вмешательства. Предложенный способ является простым, одноэтапным методом эстетической маммопластики при гипоплазии нижнего медиального квадранта в сочетании с птозом молочных желез.

ПРИМЕНЕНИЕ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ЛОКАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОРТОГНАТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Лей Я., Черкесов И.В., Коршунов В.В., Иванов С.Ю., Мураев А.А.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Университетская клиническая больница № 4, Москва

Введение. В настоящее время устранение скелетных форм аномалий прикуса осуществляется путем комплексного ортодонтического и хирургического лечения. Объем ортогнатических операций, приводит к появлению выраженного отека мягких тканей лица, боли, тризма жева-

тельных мышц и нарушение чувствительности в зоне 2-й и 3-й ветвей тройничного нерва. Применение локальной гипотермии в послеоперационном периоде зарекомендовало себя как эффективное немедикаментозное противовоспалительное средство. В челюстно-лицевой области локальная гипотермия применяется в виде аппликаций льда и аппаратного метода. Однако использование аппарата контролируемого охлаждения и индивидуальных 3D-масок для охлаждения мягких тканей представляется перспективным.

Цель. Проанализировать и оценить применение метода локальной контролируемой гипотермии для повышения эффективности реабилитации пациентов после ортогнатических операций.

Материалы и методы. В исследование были включены 42 пациента, средний возраст которых составил $32,4 \pm 8,3$ года, с врожденными аномалиями развития челюстей, у которых на всех этапах предоперационной подготовки не были выявлены патологии. Пациенты были случайным образом распределены на две группы. В основной исследуемой группе послеоперационное охлаждение осуществляли методом КЛГ с использованием индивидуально изготовленных лицевых масок и циркуляционной системы ViTermo (Сколково, Россия). В контрольной группе послеоперационное охлаждение тканей лица осуществлялось холодowymi компрессами. Оценка послеоперационного отека проводилась с использованием оптического 3D-сканера EinScan (SHINING 3D Technology GmbH, Ханчжоу, Китай). Боль оценивалась субъективно с использованием VAS в диапазоне от 0 до 10. Неврологический анализ был проведен для подглазничного и подбородочного нерва с двух сторон. Результаты оценивались в диапазоне от 0 до 13, где 13 был худшим неврологическим показателем. Тризм был рассчитан при открытии рта по вертикальному межрезцовому расстоянию и измерен штангенциркулем. Результаты, обсуждение. Изменения объема мягких тканей измеряли в мл. К 2-му дню после операции было достигнуто значительное уменьшение отека у пациентов 1-й группы с КЛГ (контролируемой локальной гипотермией) по сравнению с обычным охлаждением ($92,9 + 7,0$ мл против $120,2 + 8,8$ мл, соответственно, $p = 0,03$). Эта тенденция сохранялась в течение 3 и 4 дней после операции. На 3-й день при КЛГ значение составляло $87,1 + 7,2$ мл по сравнению с обычным значением $124,1 + 10,1$ мл ($p = 0,01$). На 4 день при КЛГ значение составило $72,5 + 5,4$ мл по сравнению с обычным значением $106,6 + 7,8$ мл ($p = 0,001$). Значительное увеличение боли было зарегистрировано в обычной группе по сравнению с группой КЛГ в течение всех исследованных послеоперационных дней. Предоперационные значения открывания рта не различались между группами. На 2-й день после операции наблюдалось значительное ограничение открывания рта в обеих группах (КЛГ: до операции $39 + 0,5$ мл по сравнению со 2-м днем, $21,5 + 0,6$ мл, $p < 0,001$; группа сравнения: до операции $39 + 0,4$ мл по сравнению со 2-м днем, $16,5 + 0,6$ мл, $p < 0,001$). Показатели открывания рта были значительно ниже в группе КЛГ по сравнению с обычной группой на 3 сутки (КЛГ- $21,5 + 0,6$ мл по сравнению с группой сравнения $16,5 + 0,6$ мл, $p < 0,001$). На 4-й день после операции в обеих группах было достигнуто значительное увеличение открытия рта по сравнению с 2-м днем после операции (КЛГ: 2-й день, $21,5 + 0,6$ мл по сравнению с 4-м днем, $25 + 0,6$ мл, $p < 0,001$; обычный: 2-й день, $16,5 + 0,6$ мл по сравнению с 4-м днем, $22 + 0,5$ мл, $p < 0,001$). Уменьшение тризма оставалось значительно ниже в группе КЛГ по сравнению с обычной

группой на 4-й день после операции (КЛГ $25 + 0,6$ мл по сравнению с обычными $22 + 0,5$ мл, $p < 0,001$).

Заключение. Местная гипотермия может оказывать благоприятное воздействие. Выводом будет являться, что охлаждение ЛКГ приводит к значительному уменьшению послеоперационного отека по сравнению с обычным охлаждением, уменьшения пребывания в стационаре.

Список литературы. 1.Иванов С.Ю., Мураев А.А., Короткова Н.Л., Сидорова Е.В., До М.Ф. Новый способ коррекции врожденных и приобретенных аномалий челюстей, Медицинский Альманах №3 (38), 2015. – С. 168–171. 2.Obwegeser H. The Indications for surgical correction of mandibular deformity by the sagittal splitting technique. Br J Oral Surg 1964; 1: 157–171. 4.Belli E, Rendine G, Mazzone N. Cold therapy in maxillofacial surgery. J Craniofac Surg 2009; 20: 878–880

ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ НОСА ПРИ ПОДНАДХРЯЩНИЧНОЙ ДИССЕКЦИИ ПРИ СОХРАНЯЮЩЕЙ ЗАКРЫТОЙ РИНОПЛАСТИКЕ

Липский К.Б., Аганесов Г.А., Юнусов Т.Ш., Енин А.А., Гадагатль А.А.

*Институт пластической хирургии и косметологии, Москва
Кафедра пластической хирургии Российского национального
исследовательского медицинского университета имени
Н.И. Пирогова*

Ринопластика за последние годы претерпела значительные изменения: от резекционной перешла к структурной, а затем к сохраняющей, позволяя не только добиться эстетической гармонизации наружного носа и восстановить носовое дыхание, но и сократить реабилитационный период. Однако существуют ситуации, при которых выбор методики не является очевидным, что создает дополнительные сложности для хирурга. К таким ситуациям можно отнести жалобы на избыточную ширину ноздрей и массивность крыльев носа, которые часто встречаются у пациенток, решившихся на ринопластику по эстетическим показаниям, в комплексе с жалобами на слишком крупный, «мясистый кончик носа» и широкую спинку носа. Однако если хирургическое решение вышеуказанных проблем является рутинным для большинства хирургов, то к вопросам коррекции широких ноздрей и оснований крыльев носа отношение более осторожное. Это обусловлено высоким риском эстетических осложнений, присущих существующим методикам, а также тем, что многие хирурги считают достаточными изменения формы ноздрей, происходящие при сужении кончика носа. После операции ноздри становятся тоньше, приобретают более мягкие очертания, теряют массивность, но в данном случае длина ноздри практически не меняется, образуя видимые выпуклости в своем основании. В настоящий момент основным способом решения указанной проблемы являются комбинации внешней клиновидной резекции с внутренним иссечением кожных или кожно-слизистых сегментов в области преддверия носа. Основы этой концепции были заложены еще в 1892 г. хирургом Робертом Виером и позднее модифицированные различными авторами. При выполнении подобных операций существует риск возникновения неконтролируемых процессов рубцевания, приводящих к деформациям. Данные осложнения связаны с недооценкой сложности анатомии ноздрей. В большинстве литературных источников

указываются лишь основные моменты их строения: латеральными стенками являются крылья носа, сверху ноздри ограничены парой больших хрящей крыльев носа, основу наружного носа, его спинку, образуют в области корня носа носовые кости и парные боковые хрящи. Однако, помимо этих структур, «скелет» ноздри составляет так же плотное фиброзное кольцо, повреждение которого и приводит к значительным рубцовым деформациям.

Цель исследования. Изучение возможностей перераспределения слизистой носа при поднадхрящичной диссекции при сохраняющей закрытой ринопластике.

Материалы и методы. Данная методика на момент написания работы была применена как заключительный этап при выполнении сохраняющей закрытой ринопластики у 30 пациентов. Суть предложенного нами метода заключается в формировании и перемещении лоскута слизистой носа в каудальном направлении, обеспечивающего перераспределение слизистой, формирующего эстетически непривлекательную выпуклость крыла носа и вызывающего дисфункцию наружного носового клапана. Такой прием обеспечивает визуальное сужение ноздрей и сохраняет полноценное носовое дыхание.

Результаты. Во всех случаях применения перераспределения слизистой носа удалось добиться хорошего эстетического и функционального результата не только с медицинской точки зрения, но и с точки зрения пациенток. Данная методика выполнялась как последний этап, после проведения различных хирургических вмешательств: удаления горбинки, коррекции широкой спинки носа, сужения кончика, коррекции функциональных нарушений, в том числе включающих септопластику и восстановление клапанного аппарата носа.

Выводы. Перераспределения слизистой носа при поднадхрящичной диссекции при сохраняющей закрытой ринопластике представляет собой достойный и эффективный способ решения проблемы широких ноздрей. Эта методика, по нашему мнению, позволяет добиться лучшего эстетического и функционального результата, а также снижает риск возможных осложнений, связанных с резекцией кожных или кожно-слизистых сегментов.

СЛОЖНЫЕ СЛУЧАИ В РИНОСЕПТОПЛАСТИКЕ. НАШ ОПЫТ

Липский К.Б., Аганесов Г.А., Юнусов Т.Ш., Енин А.А., Гадагатль А.А.

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Кафедра пластической хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова

За последние годы ринопластика претерпела значительные изменения: эстетическая хирургия от резекционной перешла к структурной, а затем к сохраняющей, позволяя не только добиться эстетической гармонизации наружного носа и восстановить носовое дыхание, но и сократить реабилитационный период. Однако существуют ситуации, при которых выбор методики не является очевидным, что создает дополнительные сложности для хирурга. За 20 лет мы накопили достаточно опыта, чтобы поделиться с вами анализом своей работы, опираясь на отдаленные результаты и динамическое наблюдение. В своей практике мы сталкивались с различными сложностями, среди которых: – риносептопластика у пациентов с азиатского типом носа с

использованием ушного аутоотрансплантата, реберного аутоотрансплантата, применением DCIF. – риносептопластика у пациентов с посттравматической деформацией носа с применением экстракорпоральной септопластики, применением septal extension graft и использованием реберного хрящевого аутоотрансплантата. – риносептопластика у пациентов с кинкингом больших крыльчатых хрящей. – риносептопластика у пациентов с избытком вестибулярной кожи носа. – риносептопластика у пациентов с нарушением работы носовых клапанов. В настоящий момент существует огромное количество методик, которые нашли свое применение у многих хирургов. Мы провели анализ выполненных нами работ, чтобы продемонстрировать какие из них мы предпочитаем использовать в том или ином случае и какой результат стоит ожидать. Цель исследования. Анализ проведенной риносептопластики у пациентов со сложными случаями.

Материалы и методы. Данная работа была написана, опираясь на 20 лет практики, в которую вошли более 2000 человек. Мы хотим продемонстрировать накопленный нами опыт при выполнении риносептопластики у пациентов со сложными случаями, при которых мы использовали ушной хрящевой аутоотрансплантат, реберный хрящевой аутоотрансплантат, DCIF, экстракорпоральную септопластику, SEG и др. Применение разных техник, а также динамическое наблюдение и отслеживание отдаленных результатов позволило нам выработать концепцию, которая вошла в основу нашей хирургической тактики.

Результаты. Применяя данные методики, мы получили не только хороший, но и стойкий функциональный и эстетический результат, что подтверждает эффективность выполненной работы в каждом конкретном случае.

Выводы. Наши результаты риносептопластики демонстрируют необходимость оценки состояния перегородки носа, костно-хрящевого скелета и мягких тканей наружного носа для выбора наиболее правильного хирургического метода для восстановления носового дыхания и эстетической гармонизации.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К НИТЕВОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АЗИАТСКИХ ВЕК

Логвиненко М.Ю.

Медицинский центр «КОСМЕД», Бишкек

Актуальность проблемы. Наряду с психоэмоциональной решимостью пациентов на проведение хирургической блефаропластики, нитевая методика является более психологически легкой переносимой процедурой, так как не оставляет рубцов и имеет более короткий срок реабилитации. Нитевая блефаропластика является на данный момент наиболее щадящей процедурой для формирования складки верхнего века, что обуславливает высокую социальную адаптируемую значимость для пациента.

Целями исследования. Выбор наиболее оптимального решения для получения удовлетворительных эстетических результатов при формировании складки азиатского века за более короткие сроки.

Материал и методы исследования. В период с 2017 по 2020 гг. было прооперировано 125 пациента по поводу формирования складки верхнего века. Среди них: мужчин – 5, женщин – 120. Возраст пациентов колеблется от 14 до 54 лет. I группа пациентов: использовалась нитевая

методика (51 случай) для формирования складки верхнего века с использованием нитей 6.0 через прокол иглы и формирование узла с погружением его в ткани. II группа пациентов: использовался хирургический метод формирования складки верхнего века (74 случая) с использованием шовного материала пролен 7.0. Операция проводилась под местной анестезией, обезболивание проводилось 2%-м лидокаином.

Результаты и обсуждения. В 1-й группе пациентов использовали нитевую методику формирования верхнего века эстетические результаты среди 51 пациентов как отличные наблюдались у 36 человек, хорошие – 15 человек. Из общего числа пациентов 10 пациентам потребовалась повторная коррекция, 2м – нить была удалена. В среднем полная реабилитация занимала 2,5–3 месяца. Гематомы держались в течение 7 дней, отечность верхних век в течение 1 месяца. Во 2-й группе с использованием хирургической методики результаты среди 74 пациентов как отличные наблюдались у 62 человек, хорошие – 10 человек. Из общего числа пациентов 4 пациентам потребовалась повторная коррекция. В среднем сроки реабилитации занимали 6 месяцев. Гематомы держались в течении 7–12 дней, отечность верхних век в течении 1–2 месяцев.

Выводы: 1. При более молодом возрасте нитевая методика получала более удовлетворительные результаты, в связи с отсутствием избытка тканей, где требовалась хирургическая блефаропластика. 2. Нитевая методика является малоинвазивной процедурой, что сокращает сроки реабилитации вдвое и позволяет добиться аналогичного результата в сравнении с хирургической методикой. Таким образом, использование метода нитевой блефаропластики является безопасной и обратимой процедурой на случай, если пациента не удовлетворил результат или если он изъявил желание иметь иную форму глаз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ W-ПЛАСТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕРХНЕЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ

Лонская Е.А., Костина А.Н., Куракин К.А.

Клиника пластической хирургии Клязко, Москва

Введение. В настоящее время блефаропластика является одной из самых распространенных эстетических операций. По данным ISAPS за 2018 год занимает третье место по числу выполняемых пластическими хирургами оперативных вмешательств в мире. При проведении верхней блефаропластики чаще всего используется классический (эллипсоидный) разрез. Его форма и положение определяются при разметке, учитывая анатомические ориентиры, особенности конкретного пациента, наиболее благоприятный эстетический и функциональный результат. Однако у ряда пациентов определяется существенный избыток кожи в области верхних век. В данном случае применение классического разреза не всегда позволяет достигать удовлетворительного эстетического результата, может приводить к видимым деформациям. Следует избегать удлинения разреза как латерально для предотвращения образования заметного рубца, так и медиально в область кожи боковой поверхности носа, в связи с образованием патологического рубцевания в виде складок. Данная проблема может быть решена с помощью использования модификаций классического разреза. Описан опыт применения двойной

W-пластики в медиальном и латеральном фрагменте иссечения кожи. Возможно проведение медиальной M-пластики у пациентов с выраженным избытком кожи или эпикантальными складками, что позволяет уменьшить длину рубца, а так же избежать появления рубцовых складок. Цель. Улучшение эстетического результата верхней блефаропластики у пациентов со значительным избытком кожи в области медиального угла глаза.

Задачи. Проведение верхней блефаропластики с использованием W-пластики и оценка отдаленных результатов. Материалы и методы. В данной работе проанализированы результаты проведения верхней блефаропластики с применением W-пластики у 10 пациентов, прооперированных с мая 2019 г. по июнь 2020 г. У всех пациентов данной группы при осмотре определялся значительный избыток кожи во внутреннем углу глаза. У части пациентов отмечалось также наличие «припухлости» в данной области за счет медиальной жировой грыжи или медиальной части центральной жировой грыжи. Средний возраст пациентов 39 лет (от 36 до 65). Из них 2 мужчин, 8 женщин. 20% данной группы составляли мужчины. Следует отметить, что в клинической практике у мужчин чаще встречается значительный избыток кожи в области верхних век. Это объясняется анатомическим строением периорбитальной области: более низким и горизонтальным положением бровей относительно надбровных дуг, а также консервативным подходом к эстетике.

У 8 пациентов (80%) одновременно была проведена нижняя блефаропластика с подтяжкой средней зоны лица. Предоперационная разметка проводится в положении пациента сидя. Оценивается естественная вековая складка. В случае если вековая складка в центральной части располагается на расстоянии 8–10 мм выше линии роста ресниц, то по ней проводится нижняя линия разметки. Медиальный конец разреза не выходит за глазничное вдавление. Латерально линия разметки располагается в естественных складках «гусиной лапки», захватывая боковое нависание кожи. Далее с помощью пинцета определяется избыток кожи, подлежащий иссечению. Проводится маркировка верхней линии разреза, которая в центральной части должна располагаться отступив от брови не менее 10 мм. Медиально линии соединяются, используя W-пластику, позволяя сократить длину разреза. Для того чтобы избежать образования выступающих конусов при разметке линии ответвления должны располагаться под углом менее 30°. Особое внимание при разметке следует уделять наличию жировых грыж, отмечая их проекцию, положению бровей, асимметрии в расположении вековых складок, наличию A-образной деформации. При планировании блефаропластики у мужчин используется более консервативный подход к иссечению кожи, более низкое расположение вековой складки. В ходе операции проводилось удаление избытков кожи согласно разметке и при необходимости фрагменты круговой мышцы глаза, жировых грыж. Ушивание раны начиналось с наложения двух узловых угловых швов, которые смещали концы W-пластики к середине разреза, преобразуя конфигурацию разреза в эллипсоидную, с последующим наложением внутрикожного шва, асептических накладок. Снятие швов проводилось на 6 сутки.

Результаты. Послеоперационный период проходил без особенностей. Были получены хорошие эстетические результаты у всех пациентов.

Выводы. Использование методики W-пластики при проведении верхней блефаропластики у пациентов со значительным избытком кожи в медиальной зоне позволяет достигать благоприятного эстетического результата.

КОРРЕКЦИЯ ЗАДНЕГО ПРОЛАПСА И ЭСТЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРОМЕЖНОСТИ

Лологаева М.С., Арутин Д.Г., Ваганов Е.Ф., Геворгян Д.А.,
Мельник П.С.

*Российский университет дружбы народов, Городская
клиническая больница № 29 имени Н.Э. Баумана, Москва*

Актуальность. Причины формирования ректоцеле, влекущие не только к функциональным, но и к косметическим изменениям во многом известны: возраст, паритет, хирургические вмешательства (включая эпизиотомию, гистерэктомию или геморроидэктомию), тяжелый физический труд, хроническая обструктивная болезнь легких, ожирение, конституция. Хочется отметить, что у женщин с ректоцеле часто сочетается не только физический и сексуальный дискомфорт, но и неудовлетворенность внешним видом промежности, сопровождаемая психоэмоциональными изменениями и снижением качества жизни. Все это диктует необходимость поиска методов коррекции заднего пролапса, которые могли бы сочетать в себе и эффективность операции и эстетическую удовлетворенность пациентки. Основные хирургические подходы в коррекции ректоцеле следующие: задняя кольпоперинеоррафия, леваторопластика, лапароскопическая вентральная ректопексия, установка проленовых имплантов. Традиционная перинеопластика, используемая при коррекции ректоцеле, не ставит целью достижение положительного косметического эффекта, потому что лечение функциональной нестойкости мышц тазового дна важнее. Достижения в области медицинских технологий вызвали волну новых представлений о красоте и дали шанс каждому получить то, что он хочет.

Целью данной работы стала оценка собственного опыта применения классической влагалищной хирургии в совокупности с эстетическими методами коррекции ректоцеле. Материалы и методы. В течение 2018–2019 гг. было выполнено 58 сочетанных методик женщинам в возрасте от 34 до 48 лет с жалобами на хронические запоры, императивные позывы, энкопрез. Также пациентки отмечали дискомфорт при половой жизни, рецидивирующие инфекционные процессы слизистой влагалища, неудовлетворенность эстетической составляющей промежности. В анамнезе у всех пациенток были самопроизвольные роды через естественные родовые пути. В исследовании включены пациентки с ограниченным ректоцеле и зиянием половой щели. Всем пациенткам проведено оперативное лечение в объеме задней кольпопоррафии и миниинвазивной перинеопластики.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 30–40 минут. Интраоперационная кровопотеря минимальная (20–50 мл). В послеоперационном периоде пациентки наблюдались в течение 12–24 месяцев. Большинство женщин через 6–8 недель после оперативного лечения отметили нормализацию акта дефекации, снижение аэровагинизма, улучшение качества половой жизни, улучшение эстетических результатов, уменьшение инфекционных процессов влагалища. В сочетании с перечисленным при повторном гинекологическом осмотре через 3, 6, 12, 18, 24 месяцев отмечается коррекция пролапса 0–1 степени по POPQ. Неудовлетворительные результаты: рецидив ректоцеле наблюдался у 3%, транзитный болевой синдром в течение первых 40 дней после операции у 28%, гематома в области промежности у 3%; болезненное ощущение при первом половом контакте (не ранее 45 дней от оперативного вмешательства) – 2%; субъективный отрицательный

эстетический результат операции («не нравится») – 9%. Через 12 месяцев с момента оперативного вмешательства проведен опрос прооперированных пациенток по поводу оценки эстетической и функциональной составляющей промежности. В опрос были включены 2 группы пациенток, в количестве 20 человек в каждой из групп: I – после задней кольпопоррафии в сочетании с миниинвазивной перинеопластикой; II – ограниченная коррекция ректоцеле. Следует отметить, что оценка эстетичности результатов субъективна и прерогатива пациента! Женщины оценивали уровень улучшения эстетичности и функциональности промежности по десятибалльной шкале, при условии, что за 1 балл взят изначальный вариант до оперативного вмешательства. Результаты опроса показали, что пациентки I группы удовлетворены как внешним видом промежности, так и функциональной составляющей (до 9–10 баллов по шкале). В то время как женщины, которым проводилась задняя кольпоперинеоррафия отметили только восстановление функциональности (нормализация акта дефекации), что по шкале составило 5–6 баллов.

Заключение: в современное время, когда медицина становится все более пациентоориентированная, комбинированная методика оперативного лечения ректоцеле путем задней кольпопоррафии в сочетании с миниинвазивной перинеопластики является эффективным методом коррекции функциональных и эстетических нарушений промежности у пациенток репродуктивного возраста.

БАЗОВЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ НАВЫКИ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ

Мантурова Н.Е., Косминкова И.Н., Гуцин А.В.,
Лопанчук П.А., Мишуриная Е.А., Бендосенко В.А.

*Мультипрофильный аккредитационно-симуляционный центр
Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования «Российский национальный
исследовательский медицинский университет имени Н.И.
Пирогова» Минздрава России, Москва*

Внедрение в систему непрерывного медицинского образования процедуры первичной специализированной аккредитации для врачей, завершивших обучение по специальности «пластическая хирургия», диктовало необходимость создания оценочных модулей, которые могли быть реализованы в аккредитационно-симуляционных центрах страны.

Цель и задачи. Разработать оценочные тесты, практические навыки объединенного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) и интерактивные ситуационные задачи для процедуры первичной специализированной аккредитации врачей по специальности «пластическая хирургия».

Материалы и методы. За основу создания оценочных средств взяты рекомендации Федерального методического центра аккредитации специалистов (ФМЦА) и Проект профессионального стандарта «Врач-пластический хирург». К созданию привлекались ведущие практикующие специалисты отрасли и профессорско-преподавательский состав. Разработанные материалы рецензированы Общероссийской общественной организацией «Российское общество пластических реконструктивных и эстетических хирургов» (РОПРЭХ).

Результаты. Тестирование – первый этап аккредитации специалиста – проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых для каждого аккредитуемого автоматически с использованием информационных систем путем выбора 60 тестовых заданий из единой базы оценочных средств. Каждый тест содержит 4 варианта ответа, среди которых только один правильный. На решение варианта тестовых заданий аккредитуемым отводится 60 минут. Результат формируется автоматически с указанием процента правильных ответов от общего количества тестовых заданий: «сдано» при результате 70% и более правильных ответов; «не сдано» при результате 69% и менее правильных ответов. Оценка профессиональных навыков производится на 5 станциях ОСКЭ. Паспорта станций «Базовая сердечно-легочная реанимация» и «Экстренная медицинская помощь» являются унифицированными для большинства специальностей. Для реализации профильной станции «Наложение швов на кожу» (сценарии окончания хирургического вмешательства: а) ушивание кожного дефекта простыми узловыми швами; б) ушивание кожного дефекта непрерывными интрадермальными швами) требуется сменный силиконовый блок – симулятор кожи человека с наглядной дифференцировкой слоев: эпидермис, дерма, подкожная жировая клетчатка. Для станции «Кожная пластика местными тканями» (а) удлинение кожного рубца методом встречных треугольных лоскутов; (б) закрытие поверхностного кожного дефекта): силиконовая вставка – симулятор кожи с дифференцировкой слоев с кожным дефектом, имитирующим гипертрофический линейный рубец длиной 5–5,5 см, шириной 0,5–0,7 см и с кожным дефектом, имитирующим новообразование различной формы диаметром 1,5–2,0 см. Для станции «Инъекция ботулотоксина типа А для коррекции гиперактивности мимической мускулатуры» (приготовление раствора (восстановление) ботулотоксина типа А перед процедурой и проведение процедуры ботулинотерапии: а) в области верхней зоны лица с деформационным типом старения, представляющий собой пластиковый манекен лицевой части головы и ½ шеи (в модели две части: костная основа, маска для инъекций. Маска для инъекций силиконовая, имитирующая лицо пациента, с морфологическими частями лица и кожей, подкожной основой, реалистичной на ощупь структурой и естественными кожными складками). Решение ситуационных задач – компьютерное решение кейсов – проводится путем ответа аккредитуемым на 24 вопроса, содержащихся в двух ситуационных задачах (кейсах). Комплектование набора из двух ситуационных задач осуществляется с использованием информационных систем. На решение одной задачи отводится 30 минут. Выводы. Разработанные оценочные тесты (1-й этап), практические навыки ОСКЭ (2-й этап) и ситуационные задачи (3-й этап) для процедуры первичной специализированной аккредитации врачей по специальности «пластическая хирургия» согласно заключению членов президиума РО-ПРЭХ – полностью соответствуют федеральным стандартам и профессиональным компетенциям, внедрены для использования и размещены на сайте ФМЦА.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА АБДОМИНОПЛАСТИКИ

Мантурова Н.Е., Гладышева В.В.

Институт Пластической хирургии и косметологии, Москва

Актуальность. Среди редуцирующих операции по коррекции контуров тела, лидирующее положение занимают липосакция и абдоминопластика, а так же комбинация этих методов. Отсутствие универсального хирургического пособия по абдоминопластике, множество вариаций деформаций передней брюшной стенки, новые стандарты красоты, ожидания пациентов, и важнейший аспект – безопасность пациента, диктуют необходимость в усовершенствовании существующих и создании новых методов и алгоритмов коррекций контуров тела.

Цели и задачи. Определить антропометрические параметры, позволяющие выполнить абдоминопластику с транспозицией пупочной ямки на лоскуте с реконструкцией миоапоневротического слоя передней брюшной стенки через минидоступ открытым способом без компроматации результата оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Группу прооперированных пациентов в манере миниабдоминопластики с флотирующей пупочной ямкой составляют пациентки с низким индексом массы тела, несостоятельностью миоапоневротического слоя передней брюшной стенки – диастазом прямых мышц живота, косых мышц живота, диастазом прямых и косых мышц живота, часто – с пупочной грыжей, инверсией пупочного ствола, с наличием рубца после кесарева сечения и деформации по типу «ступеньки», требующей коррекции. Для выбора метода операции учитывались следующие анатомические особенности: качество и тургор кожи, дистрибуция жировой ткани на передней брюшной стенке, состояние пупочного кольца, высота расположения пупочной ямки, сохранность миоапоневротического слоя передней брюшной стенки, наличие рубцов на коже передней брюшной стенки.

Выводы. Полученные эстетические и функциональные результаты абдоминопластики свидетельствуют о клинической значимости и возможности практического применения учета антропометрии при планировании абдоминопластики, направленной на восстановление эстетических единиц передней брюшной стенки, реконструкции миофасциальной системы и достижения удовлетворяющего как пациента, так и хирурга результата коррекции передней брюшной стенки.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

Мантурова Н.Е., Искорнев А.А., Этибарян А.В., Косминкова И.Н.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», Клиника Platinental, Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Верхняя треть лица – это область, которая раскрывает целостную и композиционную структуру лица человека. Известно, что по количеству эстетических операций данная зона занимает первое место. И в первую очередь

это – блефаропластика, на долю которой приходится от 13 до 25% от общего количества операций эстетического профиля. Как показывает отечественная статистика, на долю женщин приходится 95%, мужчин – 5%. На сегодня блефаропластика уже сформировала свои строгие показания к операции и чаще всего существует в комплексе с такими операциями как эндоскопический лифтинг верхней трети лица и бровей, височный лифтинг, SMAS-лифтинг, поэтому изолированная блефаропластика уходит на второй план. Исходя из опыта, показания и подходы для сочетания данных операций у женщин и мужчин полностью различны. Это связано не только с анатомическими особенностями данной зоны у обоих полов, но и результатом, который хочет получить пациент или пациентка. Пластическому хирургу отчетливо нужно понимать, когда стоит комбинировать блефаропластику с другими вмешательствами на верхней трети для получения эстетически грамотного результата. Для этого оценка пациента должна производиться с точки зрения патогенетических изменений орбитальной зоны, обращая внимание на структуру век и расположение бровей, определения угла подъема брови (УПБ), точный механизм образования жировых грыж век, немаловажную роль здесь играют точка прикрепления лобного брышка затылочно-лобной мышцы и жировое тело брови, которые дополнительно требуют комбинацию операций на верхней трети лица. Частая ошибка заключается в неточной диагностике между положением брови и дерматохолизисом верхнего века, определения границ отслойки кожи лобной области с захватом зоны глубокой височной фасции. При выполнении верхней блефаропластики без перемещения и фиксации бровей естественные пространства между латеральными углами глазных щелей, складками век и бровями укорачиваются, формируя неестественный вид. Для создания эстетически правильного результата и эффективной хирургической коррекции, полезно руководствоваться приемами первичного перемещения и стабилизации бровей эндоскопическим доступом, ликвидируя птоз хвостов бровей, расположение жирового тела брови, путем возврата данных структур в исходное анатомическое положение.

ПЛАСТИКА ГОЛЕНЕЙ ИМПЛАНТАМИ: АНАЛИЗ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Мариничева И.Г., Грицюк А.М., Мариничева Е.А.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» Медицинский институт, Факультет повышения квалификации медицинских работников; НАО «МедЛаз»; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», Москва

Контурная пластика голеней имплантатами, первоначально разработанная для коррекции гипотрофий мышц, все чаще используется в эстетической хирургии для коррекции так называемой ложной кривизны ног. При этом необходимо учитывать, что имплантат – это инородное тело, для которого характерны специфические осложнения.

Цель исследования: анализ специфических осложнений после увеличения объема голеней имплантатами, требующих выполнения повторных операций.

Задачи: разработать методы хирургической коррекции и рекомендации по предупреждению осложнений.

Материал и методы. Силиконовые имплантаты использованы с 2000 года для контурной пластики голеней у 749 пациентов, из них у 632 – по эстетическим показаниям. Повторные операции выполнены у 56 человек, из них 49 – поступили для коррекции из других учреждений. Неправильно подобранные имплантаты заменили у 52 пациентов, из них 25 – на индивидуально изготовленные. У 47 человек изменили слой установки имплантатов.

Результаты. Наиболее частым осложнением контурной пластики голеней является контурирование имплантата, которое наблюдали у 28 пациентов (4,4%). Повторно оперировали 6 пациентов, из них трое поступили из других лечебных учреждений. Причиной контурирования была деформация имплантатов. Кроме того, причинами повторных операций были неправильная установка имплантата у 7 пациентов: из них в 5 случаях под слоистой мембраной; у 38 – неправильный подбор имплантата по длине и объему, а также смещение имплантата у 5 пациентов. При выполнении повторных операций для разобщения вновь создаваемой полости имплантата от существующей был разработан способ его установки под медиальную головку икроножной мышцы (Патент RU №2626267). Данный способ позволил снизить риск контурирования имплантатов при первичной пластике до 2,0% по сравнению с 5,6% при субфасциальной установке ($p=0,038$). Кроме того, достигался более естественный контур голени. В последующем был разработан имплантат усовершенствованной конструкции, предотвращающей перемещение силиконового геля в его нижнюю часть (Патент RU №2671587 С1). Улучшенные имплантаты позволили исключить риск контурирования, в том числе при повторных операциях ($p=0,055$). Осложнения, связанные с неправильным подбором имплантата, связанные с недостаточным опытом оперирующих хирургов и отсутствием на то время метода подбора имплантатов. Коррекция заключалась в замене имплантата на «правильно» подобранный. Соответственно анатомические ошибки расположения имплантата исправляла его установкой в необходимый слой. Отсутствие физических границ под фасцией внутри заднего фасциального футляра голени способствовало смещению имплантата в послеоперационном периоде. В таких случаях решением была установка имплантата под медиальной головкой икроножной мышцы.

Выводы. Методом выбора при повторных операциях является установка имплантатов под медиальную головку икроножной мышцы, что предотвращает их смещение и изолирует от предыдущей полости. Результат коррекции прямо зависит от правильного подбора имплантатов. Необходимо использовать способ выбора имплантатов с учетом длины икроножной мышцы и стройности ноги в целом. Визуализация имплантатов после увеличения голени во многом связана с их конструктивными особенностями, что требует изменения формы изделия для профилактики осложнений. Недопустимо высокий уровень технически неправильно выполненных операций свидетельствует о недостаточной подготовке специалистов в этом направлении и требует большего внимания при подготовке по профилю «пластическая хирургия».

АЛЛОГЕННЫЕ БИОМАТЕРИАЛЫ В ОКУЛОПЛАСТИКЕ

Милюдин Е.С., Волова Л.Т.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России», Самара

Биоимплантаты в окулопластике применяются с целью восстановления или улучшения функции органа. Эти обстоятельства накладывают определенные особенности на замещение имплантата. Определенные А.Н.Студитским (1964) виды тканевых взаимодействий регулируют регенераторные процессы также и при использовании биологических материалов в окулопластической хирургии. В частности, индукционно-формативная тканевая регуляция представляет собой воздействие одной ткани на другую, результатом которого является специфический гистогенетический процесс определяющий регенерацию. (Лебедева А.И., с соавт. 2014).

Цель. Анализ возможности применения аллогенных биоимплантатов для окулопластики изготовленных в тканевом банке СамГМУ по технологии «Лиопласт».

Материал и методы. В Самарском банке тканей применяется оригинальный алгоритм изготовления препаратов из тканей человека, одобренный Минздравом России (ТУ-9398-001-01963143-2004, рег. удостов. ФС01032004/1567–05 от 29 апреля 2005 г.). Биоимпланты, получаемые по этой технологии, состоят только из тканей человеческого организма и не содержат внесенных извне химических веществ. Забор донорского материала проводится в соответствии с законом РФ «О трансплантации органов и тканей» № 4181-1 от 22.11.1992 г. В условиях специальной лаборатории, согласно требованиям GMP, биоматериал обрабатывается физическими методами (ультразвуком определенной частоты), химическими методами (эмульгирование жиров) и формируется необходимой формы медицинское изделие. Будущий имплантат подвергается лиофилизации до 2–10% влажности. Лиофилизированные сформированные биоимплантаты упаковываются и подвергаются стерилизации быстрыми электронами. В результате многоступенчатого процесса при котором сохраняются уникальные физические и биологически активные свойства, устраняются антигенные свойства биоматериала для реконструктивной и регенеративной хирургии. В настоящее время созданы и применяются имплантаты для восстановления стенки орбиты, для восполнения утраченного объема и формирования объемной подвижной культи, аллогенные материалы для пластики конъюнктивы, склеры, для восстановления каркаса век, сухожильные нити.

Результаты и обсуждение. Наиболее оптимальными для реконструкции орбитальных стенок, по нашему мнению являются аллогенные деминерализованные костные имплантаты. Данный материал эластичен, легко моделируется. В послеоперационном периоде имплантат постепенно замещается собственной костной тканью, не изменяясь при этом в размерах, как в раннем, так и в отдаленном периоде наблюдения. Для восполнения объема после удаления глазного яблока нами используется более 30 лет лиофилизированный костный орбитальный. Благодаря пористой структуре уже ко второй неделе после операции имплантат прорастает фиброваскулярной тканью с формированием подвижной и объемной культи глазного яблока. Изготовленный по технологии «Лиопласт» био-

материал из твердой мозговой оболочки широко используется для пластики или укрепления склеры который в течение 6–8 месяцев замещаются собственными тканями с образованием соединительнотканного склерального регенерата. Амниотическая мембрана, изготовленная по данной технологии, широко используется для пластики конъюнктивы и покрытия дезэпителизированных поверхностей роговицы совмещает в себе уникальные биологические свойства амниотической мембраны с удобством хранения при комнатной температуре. Свойства данного материала обусловлены главным образом, изменением среды в зоне имплантации посредством выделяющихся при лизисе аллогенного имплантата биологически активных пептидов, сохраняющихся при использовании нашей методики обработки и консервации ткани. Предлагаемые нами соединительнотканые спейсеры и сухожильные нити используются при реконструкции век для формирования опорных элементов и восстановления каркасной функции. Уникальность данных материалов заключается в том, что формируемые регенераты в месте имплантации имеют морфологическое строение и физические свойства, близкие к хрящевидной пластинке века.

Выводы. Биоматериалы для окулопластической хирургии, изготовленные по технологии «Лиопласт» позволяют подойти дифференцированно к выбору пластического материала и добиться гарантированного результата при реконструкции орбитальной области.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЬЕЗОХИРУРГИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЭКЗОСТОЗОВ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

Мисюрина Ю.В., Семенов Ф.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Причины образования экзостозов неизвестны, имеются данные о влиянии длительного переохлаждения, хронического воспалительного процесса. Располагаясь в костной части, экзостозы могут тотально обтурировать наружный слуховой проход, что обуславливает появление симптомов снижения слуха, скопления серы и воспаления [1,2]. Такая симптоматика является показанием для хирургического лечения. Операция заключается в удалении образования с помощью долота или бормашины после отслойки кожи наружного слухового прохода (НСП) эндоаурально или через разрез в заушной области. Описаны случаи, когда расположение экзостозов возле фиброзного кольца барабанной перепонки, на задней или передней стенке НСП, провоцировало интраоперационное повреждение барабанной перепонки или височно-нижнечелюстного сустава [3]. Опыт применения ультразвуковых приборов в дентальной стоматологии и ринопластике заинтересовал нас как возможный способ удаления экзостозов НСП. Сведений об использовании пьезотома в отоларингологии очень мало [4].

Материал и методы исследования. Представлен клинический случай множественных экзостозов НСП, удаленных с помощью ультразвукового аппарата Пьезотом. Обратившемуся с жалобами на снижение слуха пациенту С. 67 лет было проведено обследование, включающее, кроме стандартного оториноларингологического осмотра, аудиометрию и компьютерную томографию височной кости. При отоско-

пии выявлены три костных образования на задне-верхней стенке, за перешейком наружного слухового прохода различного диаметра с широким основанием. У пациента С. диагностирована двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость II степени. Запланированная операция была выполнена ретроаурикулярным доступом под эндотрахеальным наркозом. Разрез кожи отступя 0,5 см от заушной складки, отслоена кожа задней стенки НСП до фиброзного кольца барабанной перепонки. С помощью наконечников Пьезотома OT5, OP1 с функциональной рабочей частотой 25 кГц и регулируемой насосной системой с физиологическим раствором +24°C произведено одновременное удаление экзостозов и remodelирование костной стенки НСП. Критерием объема удаления кости была степень визуализации барабанной перепонки. После чего рана послойно ушита, а наружный слуховой проход тампонируется марлевыми турундами сроком на 6 дней. Послеоперационное наблюдение за пациентом составило 6 месяцев.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде у пациента С. не было отмечено функциональных нарушений вестибулярного анализатора и ухудшения слуха по отношению к исходному. При отоскопии на 7, 14, 21 дни после операции: кожа НСП обычной окраски без видимых признаков ишемии или некроза, целостность барабанной перепонки не нарушена. Через 6 месяцев после операции при отоскопии отсутствовал стеноз НСП, барабанная перепонка обозрима. Таким образом, преимуществами ультразвукового прибора в отохирургии на этапах каналоластики при костных образованиях и искривлениях НСП являются минимальные риски ятрогенного повреждения мягких тканей НСП и барабанной перепонки в зоне препарирования.

Литература:

1. Hetzler DG. Osteotome technique for removal of symptomatic ear canal exostoses. *Laryngoscope* 2007; 117:1–14. DOI:10.1097/MLG.0b013e31802cbb12;
2. G.Grinblat et al. Outcomes of drill canalplasty in exostoses and osteoma: analysis of 256 cases and literature review. *OtolNeurotol.* 2016 Dec;37(10):1565-1572. DOI:10.1097/MAO.0000000000001239
3. Baxter MC1, Keller M, Shah A, Wise S. Surgical Emphysema Following Canalplasty for Aural Exostoses. *Otol Neurotol.* 2017 Sep;38(8):1174-1177. DOI: 10.1097/MAO.0000000000001512
4. Puttasiddaiah PM1, Browning ST.J Removal of external ear canal exostoses by piezo surgery: a novel technique. *Laryngol Otol.* 2018 Sep;132(9):840-841. DOI: 10.1017/S0022215118001263. Epub 2018 Aug 13.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКОГО ИНТРАДЕРМАЛЬНОГО АНАЛИЗА В ДЕРМАТООНКОЛОГИИ

Мяснянкин М.Ю.

Санкт-Петербургский научно-практический центра
«Медика», Санкт-Петербург

Актуальность. Рост заболеваемости населения меланомой кожи, высокий риск рецидива, неудовлетворительные показатели выживаемости больных диктуют необходимость совершенствования методов диагностики данной патологией кожи. Спектрофотометрический интрадермальный анализ

(СИАскопия) – это новый доступный метод неинвазивной диагностики пигментированных поражений кожи, особенно при постановке таких сложных диагнозов как меланома in situ, диспластический невус, подногтевые образования. Цель исследования. Выявление СИАскопических особенностей сложных для своевременного выявления таких патологий, как меланома in situ, диспластический невус, подногтевые образования, позволяющих оптимизировать диагностику, лечение и прогнозирование заболевания. Материал и методы. В исследование включены 56 пациентов (35 женщин и 21 мужчина) с пигментными образованиями кожи (n=44) и с изменениями ногтевого ложа (n=12). Средний возраст пациентов составлял 48 ± 3,1 год. Всем пациентам выполнялась СИАскопия на дооперационном этапе. Данные фиксировались в табличном формате с последующим гистологическим исследованием операционного (биопсийного) материала. В процессе СИАскопии с последующей компьютерной обработкой аппарат для СИА-скопии формирует изображения, которые называются сиасканы распределения общего меланина в новообразованиях, дермального меланина, СИАскан гемоглобина, СИАскан коллагена. Получаемые в ходе исследования изображения дают ценную для дифференциальной диагностики информацию о наличии и распределении пигментированных структур и коллагена в разных слоях кожи на глубине до 2 мм.

Результаты. При анализе заключений патоморфологического исследования получены следующие результаты, которые напрямую коррелируют с выявленными особенностями СИАсканов: 22 – меланомы кожи, 8 – меланома кожи in situ, 14 – диспластических невуса, 6 – подногтевых меланомы, 6 – онихомикоза, паронихии. При СИАскопии пигментного образования кожи (меланома in situ): сиаскан 1 – атипичная ассиметричная пигментная нерегулярная сеть, нерегулярные бесструктурные участки в пределах новообразования, край новообразования по типу «изъеденного молью». Сиаскан 2 – неравномерная пигментация, ассиметрично расположенный участок черной окраски. Сиаскан 3 – ассиметричные очаги зеленого цвета. Дермальный меланина ассиметрично распределен. Сиаскан 4 – ассиметрично расположенные очаги белого цвета, окруженные интенсивно окрашенными участками красно-розового оттенка. Кровеносные сосуды вытесняются из папиллярного слоя дермы. Сиаскан 5 – бесцветные бесструктурные участки в местах локализации дермального меланина. В свою очередь диспластические невусы не имеют характерного распределения дермального меланина, как это при сиаскане 3. При СИАскопии подногтевых образований (подногтевая меланома): сиаскан 1 – атипичная пигментные неравномерные разной толщины полоски, коричневый фон, нерегулярные бесструктурные участки в пределах новообразования, ширина полосы линий у дистального ногтевого валика больше, чем у проксимального валика. Сиаскан 2 – неравномерная пигментация, ассиметрично расположенные непараллельные полоски черной окраски. Сиаскан 3 – диффузно расположенные в пределах новообразования продольный очаг зеленого, синего цветов. Ассиметрично расположенный отдельный полихромный очаг. Цвет в очагах варьирует от зеленого до бирюзового, синего и центрально расположенного – фиолетового оттенков. Ассиметрия дермального меланина. Сиаскан 4 – редкие нерегулярные бесструктурные участки – сосуды вытиснутые опухолью, светло-розовый оттенок в пределах новообразования. Сиаскан 5 – бесцветные бесструктурные участки в местах локализации меланина, очаг неправильных очертаний более светлого оттенка.

Выводы. 1. Приведенный опыт СИАскопии в диагностике подногтевых образований открывает новые возможности в связи с тем, что сиасканы с подногтевой пластиной и нативная картина не отличаются по диагностической ценности. 2. Весьма значима СИАскопия при постановке такого сложного диагноза как меланома *in situ*, который требует незамедлительного хирургического лечения, и диспластического невуса кожи, в случае которого допустимо наблюдение. 3. Продемонстрированный клинический опыт показывает высокую прогностическую значимость СИАскопии в дифференциальной диагностике подногтевых злокачественных образований с доброкачественной и инфекционной природой поражения ногтевого ложа. 4. Внедрение СИАскопии имеет большое будущее в качестве скрининга, выявления опухолей кожи и меланомы.

НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ С ХИРУРГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

Мяснянкин М.Ю., Гельфонд М.Л.

Санкт-Петербургский научно-практический центр «Медика», Санкт-Петербург

Актуальность. Рост заболеваемости населения меланомой кожи, высокий риск рецидива, неудовлетворительные показатели выживаемости больных диктуют необходимость совершенствования методов лечения пациентов с данной патологией кожи.

Цель исследования. Определение клинической эффективности сочетания неоадъювантной лазерной фотодинамической терапии (неоФДТ) при использовании производных хлорина моно-L-аспартила е6 (радахлорин) с последующим хирургическим лечением больных первичной меланомой кожи.

Материалы и методы. Проанализированы клинко-морфологические данные о 450 больных с морфологически подтвержденным диагнозом первичной меланомы кожи, получавших лечение в клинике НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова в период 2010 года по 2020 год. Дизайн исследования – проспективное, контролируемое, когортное, с параллельными группами. В основную группу включено 45 пациентов, у которых до хирургического лечения проведена неоФДТ; в контрольную – 405 больных меланомой кожи, которым выполнено стандартное радикальное оперативное лечение. Достоверных различий между группами по полу, возрасту, клинко-морфологическим характеристикам, стадии заболевания не было. У пациентов основной группы после введения радахлорина до хирургического лечения подвергали локальному облучению первичную опухоль. В качестве источника оптического излучения использовали диодный лазер «Латус» с длиной волны 662 нм, с мощностью на выходе 1,25 Вт, плотность мощности излучения на поверхности опухоли 0,15 Вт/см². Доза фотосенсибилизатора составляла 50,0 мг. Приготовленный *ex tempore* раствор вводили внутривенно капельно в течение 30 минут. Затем через 2 часа после завершения введения раствора проводили лазерное облучение опухоли до достижения общей поглощенной световой дозы 300 Дж/см². Отдаленные результаты лечения были изучены с помощью метода множительных оценок Kaplan-Meier.

Результаты. Показатели 3- и 5-летней общей выживаемости у пациентов основной группы составили 96% и 76%,

тогда как у контрольной группы пациентов – 72% и 62%, соответственно, ($p=0,02$). Медиана общей выживаемости основной группы за период наблюдения не достигнута. Показатели 5-летней безрецидивной выживаемости в основной и контрольной группе были, соответственно, 38% и 20% ($p=0,9$). У пациентов основной группы после лечения не выявлено ни одного местного рецидива, напротив, у больных контрольной группы – 21 (5%) местный рецидив в области послеоперационного рубца.

Выводы. 1. Общая выживаемость больных основной группы оказалась статистически достоверно лучше, чем таковая в группе контроля ($p=0,02$). 2. Применение неоадъювантной фотодинамической терапии в сочетании с хирургическим лечением у пациентов с первичной меланомой кожи улучшает прогноз заболевания.

ПЕРВАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ 1 ПАЛЬЦА ЛЕВОЙ КИСТИ ПО УДАЛЕНИЮ ПОДНОГТЕВОЙ МЕЛАНОМЫ С ПЛАСТИКОЙ ДЕФЕКТА КОЖНО-МЫШЕЧНЫМ ЛОСКУТОМ НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ

Мяснянкин М.Ю.

Санкт-Петербургский научно-практический центр «Медика», Санкт-Петербург

Актуальность. Подногтевая меланома (ПМ) – редко встречающееся заболевание, которое практически не изучалось в России, а за рубежом представлено ограниченным числом публикаций. На настоящий момент для пациентов на начальной стадии ПМ «золотым стандартом» является радикальное хирургическое удаление первичной опухоли. Операцией выбора при локализованной ПМ всегда являлась и применялась ампутации на уровне средней трети средней фаланги пальца. Все это приводило к инвалидизации и социальной дезадаптации в обществе. Однако необходимость максимизации функциональной способности конечности и улучшение тем самым качества жизни пациента определяет совершенствование хирургических методов лечения пациентов с данной онкопатологией кожи.

Цель исследования. Впервые представлен в пластической хирургии клинический случай пациента после выполненного удаления подногтевой меланомы с пластикой дефекта кожно-мышечным лоскутом на сосудистой ножке. Материалы и методы. Пациентка 59 лет в апреле 2017 года обратилась в НИИО им. Н.Н. Петрова МЗ РФ с пигментным образованием подногтевого ложа I пальца левой кисти. Отмечала появление под ногтем линейной полоски темно-коричневой окраски 4 года тому назад. С травмой не связывала. Лечение по данному заболеванию не получала. На догоспитальном этапе выполнена дерматоскопия. После чего принято решение о биопсии подногтевого образования с дальнейшей цитологической и гистологической верификацией процесса в условиях клиники НИИО.

Результаты. В условиях отделения малой хирургии выполнена при эксцизионной биопсии подногтевого образования нативная дерматоскопическая картина (без ногтя) ПМ (продольные неоднородной окраски линии от светло-коричневого до черного цвета, ширина полосы линий у дистального ногтевого валика больше, чем у проксимального валика, несколько линий обрываются в 2/3 ногтевого ложа, края линий не ровные). Патоморфологической картина подтвер-

ждения диагноза: Акрально-лентигиозная меланома in situ. Выполнено органосохраняющее большой палец удаление подногтевой меланомы. Согласно меткам, установленным при доплерографии сосудов I пальца левой кисти, произведена маркировка прохождения а. digitalis palmaris proprius. Выполнены окаймляющие разрезы кожи ногтевой фаланги I пальца левой кисти, отступя от боковых валиков ногтевого ложа не менее 5 мм, дистального валика – 5 мм, проксимального валика – 1.0 мм (NCCN guidelines version 2.2017 Melanoma). Удален блок тканей. Гемостаз. Для забора кожно-мышечного лоскута в области пястно-фалангового сустава на ульнарной поверхности проведена маркировка по размерам относительно дефекта (с учетом возможного сокращения кожного лоскута, 19x22 мм, ромбовидной формы). Рассечена кожа, подкожно-жировая клетчатка, мышечная фасция с фрагментом m. interosseus dorsalis I в центральной части лоскута. Выполнена диссекция сосудистой ножки, содержащая а. digitalis palmaris proprius, фрагмент m. interosseus dorsalis I, подкожно-жировую клетчатку с ветвями подкожной венозной системы вдоль боковой поверхности I пальца левой кисти до проекции фалангового сустава. После проведения сопоставления дефекта и лоскута, завершена диссекция последнего. Контроль проходимости сосудистой ножки. Мобилизованный кожно-мышечный лоскут уложен на дефект, фиксирован к краям раны. В течение всего срока наблюдения обезболивающая терапия не требовалась. За день до операции начата терапия Ксарелто 15 мг. Контроль лоскута осуществлялся на 7-, 15-, 21-е сутки. Приживление лоскута 100 %. Пациентка на 7-е сутки могла уже писать ручкой и резать ножницами бумагу. Дефект абсолютно не визуализируем. Пациентка пальцем выполняет весь объем и амплитуду движений.

Выводы. Самый «умный» палец на руке – большой. При помощи большого пальца человек поднимает предметы, собирает модели, создает орудия труда и проектирует изобретения. Если задуматься, то именно благодаря противопоставленному большому пальцу (в сочетании с другими пальцами) была построена человеческая цивилизация, и именно благодаря ему она сейчас развивается. На настоящий момент у пациентке полная клиническая ремиссия и она полностью вернулась в рабочую деятельность. Все это указывает на полный радикализм операции и дает эстетико-косметический приемлемый результат. Открывает новые возможности пластической хирургии там, где ее нельзя было и представить.

УДАЛЕНИЕ ОБШИРНЫХ КАПИЛЛЯРНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ С ПЛАСТИЧЕСКИМ ЗАМЕЩЕНИЕМ ДЕФЕКТА.

Неробеев А.И., Большаков М.Н.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения РФ; Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования Министерства здравоохранения РФ», Кафедра пластической и челюстно-лицевой хирургии, Москва

С момента разделения всех сосудистых аномалий на гемангиомы и сосудистые мальформации начал формироваться

дифференцированный подход к лечению сосудистой патологии с учетом характера и особенностей поражения. Учитывая отсутствие пролиферации эндотелия сосудов в структуре сосудистой мальформации, данная категория заболеваний была исключена из сосудистых опухолей и отнесена к «тканевым уродствам» – порокам развития сосудистой сети. В соответствии с характером поражения исключение принципов основных онкохирургии: абластики и антиабластики, позволило изменить подход к хирургии сосудистых мальформаций и сместить акценты лечения капиллярных мальформаций в сторону органосохраняющих операций и первичного пластического замещения дефектов, возникающих после удаления пораженных тканей с учетом эстетических аспектов. Капиллярные мальформации, будучи самыми заметными из всех типов сосудистых мальформаций, вследствие яркой окраски покровных тканей, характеризуются тем, что поражение ограничивается кожным покровом или слизистой оболочкой, в структуре капиллярной мальформации отсутствуют крупные кровеносные сосуды и, как следствие, определяется низкая скорость кровотока в пораженных тканях. Несмотря на достижение внушительных размеров, в нашей практике встречалась капиллярная мальформация, поражающая до 15% поверхности тела, данные поражения не несут опасности возникновения кровотечения, и пациенты, как правило, предъявляют жалобы эстетического характера. Клинически капиллярные мальформации можно разделить на плоские, характеризующиеся изменением цвета покровных тканей без изменения рельефа, и бугристые, отличающиеся выраженным изменением рельефа и цвета пораженных тканей. Диагностика капиллярных мальформаций не представляет сложности ввиду характерных изменений, однако для подтверждения диагноза и определения глубины поражения пациентам целесообразно выполнять ультразвуковую доплерографию и капиллярную микроскопию. В настоящее время, по мере развития технологий, особенно лазерных аппаратов в медицине, все больше плоских капиллярных мальформаций получают лечение именно посредством лазерного воздействия, которое, наряду с очевидными преимуществами, имеет и ряд недостатков, заключающихся в ограниченной глубине воздействия, многоэтапности лечения, неэффективность лечения бугристых капиллярных мальформаций. Для лечения пациентов с бугристыми капиллярными мальформациями центральных отделов средней и нижней зон лица в Клинике челюстно-лицевой хирургии разработана методика, позволяющая удалить в полном объеме поражения в скуловой, подглазничной, щечной и носогубной областях с одномоментным пластическим замещением образовавшегося дефекта местными тканями. Предложенная методика позволяет удалять образования, расположенные в центральном отделе лица линейными размерами до 8x6см в пределах кожного покрова. Дефект, образующийся после удаления пораженного участка кожи, обычно закрывали обширным ротационным лоскутом. Использование местных тканей и тканей из ближайших областей, несмотря на необходимость нанесения дополнительных разрезов, позволяет сохранить цвет и структуру кожного покрова в наиболее заметных частях лица, что положительно сказывается на функциональном и эстетическом результатах лечения. При необходимости лечения капиллярных мальформаций большей площади либо располагающихся в боковых областях лица и шеи применяется методика удаления капиллярной мальформации с одномоментным или отсроченным замещением дефекта кожного покрова

расщепленным кожным аутоотрансплантатом. Определение сроков замещения дефекта зависит от степени кровоточивости и чистоты раневой поверхности после удаления пораженных тканей. Выбор метода лечения в каждом конкретном случае зависит от локализации образования, функциональной значимости пораженной зоны, формы капиллярной мальформации и пожеланий пациента. Понимание патофизиологических особенностей капиллярных мальформаций, отсутствие опасности возникновения массивного кровотечения позволяет определять хирургическую тактику совместно с пациентом и проводить лечение с учетом эстетических аспектов.

АНАТОМИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ АЗИАТСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Нгуен Д.Б., Мантурова Н.Е., Качкинбаев И.К.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва

Введение. Складка верхнего века представляет собой анатомическую инвагинацию кожи века вдоль верхней тарзальной пластинки. Анатомические отличия строения азиатских век в том, что волокна мышцы, поднимающей верхнее веко, идут параллельно тарзоорбитальной фасции, не прорывают круговую мышцу глаза и не крепятся к коже. Также отличаются содержанием большого количества периорбитального жира. Европейские же веки имеют более высокую точку слияния орбитальной перегородки с леватором, который размещает преапоневротический слой жира в верхней зоне века. Цель любой азиатской блефаропластики является добавлением складки века, достижение в дальнейшем улучшении эффективности каждого века в его открывании и образования складки.

Цель нашего исследования – оценить результаты применения порядка подготовки, исследования и техники выполнения эстетической блефаропластики азиатских пациентов для улучшения эстетического результата операции. **Материалы и методы исследования.** Был проведен ретроспективный анализ результатов эстетической блефаропластики у 78 больных. Из них 70 пациентов были женщинами в возрасте от 18 до 30 лет, и 8 мужчин в возрасте от 22 до 35 лет. В исследование были включены только те, кто впервые подвергается двойной пластике века. Перед операцией пациентам необходимо принять три основных решения: 1) Размер нового века, 2) форма нового века и 3) расположение пальпебральной складки. У всех пациентов операции выполнялись под местной анестезией. Расположение разреза века в эпикантальной зоне определяется индивидуальным желанием пациента: если предполагается внутренняя складка – разрез намечается латеральнее имеющегося эпикантуса, если желательна наружная складка – медиальнее эпикантального растяжения. Верхний разрез должен быть строго параллельно намеченному нижнему разрезу, они соединяются в области медиального и латерального углов глазной щели. Далее рассекается орбитальная перегородка в центре, обнажается периорбитальный жир. Выпадающий в рану жир оттягивается микропинцетом, отсекается и коагулируется. Выше пластинки века иссекается фрагмент орбикулярной мышцы, а затем накладывается 3 фиксирующие шва нейлоновой нитью 6.0 с захва-

том кожного края нижнего разреза, апоневроза леватора и кожного края верхнего века. Просили пациента открыть глаза для оценки симметричности и наличия выворота века. Далее произведена адаптация кожно-мышечной раны верхнего века с помощью обивного шва из нейлона 8.0. По окончании операции, чтобы свести к минимуму случаи образования гипертрофических рубцов в области медиального угла, подкожно произведены инъекции кортикостероидом.

Результаты исследования. Распределение по возрасту колебалось от 18 до 35 лет. Наиболее распространенная возрастная группа составляла от 24 до 28 лет. Распределение по полу: 89,7% пациентов были женщинами в возрасте от 18 до 30 лет, 10,3% мужчин в возрасте от 22 до 35 лет. Средний возраст женщин – 24 лет, мужчин – 28,5 лет. У большинства наших пациентов болевого синдрома практически не было. Выбранная высота складки составляла от 6,0 до 8,0 мм, медиана составляла 7,0 мм (~ 49%); это самая естественная и физиологическая анатомическая высота пальпебральной складки. Среди всех первично прооперированных пациентов по поводу двойного века 83,3% (65 случаев) имели наблюдаемый во время операции выраженный постсептальный жировой пакет.

Обсуждение результатов. Давно известно, что не существует какого-либо универсального метода блефаропластики, пригодного для всех пациентов. Это связано с особенностями строения глазной щели, степенью выраженности жировых грыж, наличием эпикантуса, и конечно, эстетическим желанием каждого пациента. Отсюда следует, что только индивидуальный подход с набором основных методик, имеющихся в арсенале хирурга, поможет избежать возможных осложнений и неудовольствия больных. Преобладающее большинство пациентов имеют постсептальный жировой пакет, который подлежит удалению. Удаление медиального жира производится более щадяще. Так как образование глубокого западения в медиальной части века не выглядит эстетически привлекательным.

Выводы. В сравнении с европейскими, верхние азиатские веки имеют ряд особенностей анатомического строения, которые должны учитываться при выполнении блефаропластики. Данный порядок проведения азиатской блефаропластики обеспечивает оптимальный баланс между достижением анатомических целей, повышением эффективности функций складки верхнего века и улучшением эстетического вида наших азиатских пациентов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЛЛОГЕННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ДЕФЕКТОВ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Нураева А.Б., Галимова В.У.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Всероссийский центр глазной и пластической хирургии»
Министерства здравоохранения РФ, Уфа*

В реконструктивной офтальмохирургии традиционно для замещения дефектов тканей используются аутоотканы. Однако довольно часто сложно устранить серьезные последствия травм с помощью местно-пластических операций. В таких случаях возникает потребность в пересадочном материале. Забор аутоотканей для пациента

является неблагоприятным фактором в виду нанесения ему дополнительной травмы. Альтернативой в таких случаях могут быть аллогенные материалы, несомненным преимуществом которых является наличие достаточного количества трансплантационного материала и способность аллогенных биоматериалов стимулировать регенеративные процессы в тканях реципиента. В клинической практике офтальмологи успешно применяют биоматериалы, изготовленные по технологии Аллоплант, для выполнения реконструктивных операций в области орбиты и век. Подбор донорских тканей осуществляется на принципах аллостатической гетеротопической трансплантации. Нами для замещения объема глазного яблока после его удаления используется аллотрансплантат для формирования опорно-двигательной культы серии Аллоплант, который обладает следующими свойствами: легко моделируется, обладает слабыми антигенными свойствами и не вызывает реакции отторжения, стимулирует регенерацию собственных тканей реципиента, постепенно замещается структурно и функционально адекватным регенератом. Трансплантат имеет шарообразную форму. Размер опорно-двигательной культы рассчитывается с учетом размера здорового глазного яблока и в среднем составляет 18–22 мм. Проведенные ранее экспериментально-морфологические исследования показали, что аллотрансплантат постепенно замещается собственной тканью, сохраняя при этом форму шара. Безусловно способ удаления глазного яблока имеет огромное значение. Выбор метода, в первую очередь, зависит от причины удаления глазного яблока и с учетом есть ли показания, и каковы могут быть последствия вмешательства. В последние годы офтальмохирурги все смелее применяют метод эвисцерации при удалении глазного яблока. Этому способствует возможность проведения иммунологических исследований и хирургическая техника, предупреждающая угрозу симпатической офтальмии.

Цель исследования – изучить возможность использования биоматериала Аллоплант для создания опорно-двигательной культы после эвисцерации глазного яблока.

Материалы и методы. Эвисцерацию проводили традиционным способом. После удаления переднего отрезка глазного яблока, удаляли стекловидное тело и оболочку глаза. Далее проводили невротомию и тщательную ревизию глазного бокала под микроскопом. При необходимости использовали радиоволновую эксцизию. Склеральную оболочку меридианально рассекали между прямыми глазными мышцами на 10–12 мм. Трансплантат имплантировали в полость глазного бокала. Ушивали склеру, тенонову капсулу и конъюнктиву. Полость протезировали временным протезом. Накладывали стерильную повязку.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде наблюдали отек тканей, адекватный травматичности операции. Через 1–2 месяца отмечали высокую подвижность культы и хорошую глубину конъюнктивальных сводов, что дало возможность провести косметическое протезирование в эти сроки. Таким образом, использование аллогенного материала для создания опорно-двигательной культы при эвисцерации позволяет сохранить глубину конъюнктивальных сводов, сформировать хорошую подвижную культю и провести протезирование легким тонкостенным протезом.

ФЕЙСЛИФТИНГ В НАШЕЙ КЛИНИКЕ

Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С.

Казанский медицинский университет, Кафедра пластической хирургии, Казанская государственная медицинская академия, Клиника эстетической медицины, Казань

Глубокая подтяжка кожи лица подразумевает подтягивание мышечного каркаса лица посредством пластики поверхностного мышечно-апоневротического слоя (SMAS). SMAS-лифтинг проводится на мышечном уровне: подтягивается мышечно-апоневротический слой (сокращенно SMAS, отсюда и название метода), расположенный под кожей лица пациента. После этого «мобилизуется» (т.е. отделяется от кожи), подтягивается и фиксируется в новом положении, удаляются излишки жира (методом липосакции) и иссекаются излишки кожи. На заключительном этапе лифтинга кожа расправляется, и накладываются швы без натяжения (в будущем это гарантирует аккуратный малозаметный рубец, спрятанный в волосах и естественных складках кожи). Операция проходит под общим наркозом и длится, в среднем, около 3,5–5 часов. К сожалению, при подтяжке SMAS-а возможно повреждение ветвей лицевого нерва.

Цель и задачи. Мы стремились к тому, чтобы полностью исключить возможность повреждения лицевого нерва или его ветвей.

Материалы и методы. С 1997 года по 2000 год нами оперировано 28 пациентов типичным способом поднятия SMAS-а. Осложнений связанных с повреждением ветвей лицевого нерва не было. Длительность операции составляла в среднем 4,5 часа. Следует отметить, что хирургическая подтяжка лица нами не проводилась как круговая. Чаще всего требовалось 2/3 подтяжки лица, куда входит средняя и нижняя треть лица, а также шея. С 2000 года мы стали оперировать пациентов по следующей методике: хирург делает разрез, который начинается в 3 сантиметрах над ушами, затем продолжается в направлении мочки вдоль естественного контура переднего края уха, проходит под мочкой и заканчивается под волосами за ухом на расстоянии 4 см, то есть так же, как и при SMAS-лифтинге. Но SMAS перестали поднимать, а стали на него накладывать кисетные швы, как при MACS-лифтинге. Аббревиатура MACS в переводе на русский означает «минимально допустимый краниальный разрез». В этом случае на SMAS-лоскут, для его подтяжки, накладывали 2 или 3 кисетных шва, которые позволяют эффективно воздействовать и на овал лица, и на среднюю часть лица – область носогубных складок и углов рта. При наложении кисетных швов часто происходило выбухание SMAS-а в центре кисетного шва, в этом случае на SMAS накладывались дополнительно погружные швы. Там способом нами прооперировано 95 пациентов. Различие между двумя этими методами в выборе вектора подтяжки и точки фиксации нитей, которые «присборивают» SMAS-лоскут. При MACS-лифтинге вектор подтяжки ориентирован более вертикально, и место фиксации нити для подтяжки средней зоны лица находится выше и дальше от ушной раковины. В пластической хирургии лица создана примерная классификация пациентов для проведения MACS-лифтинга. Она основывается на степени возрастных изменений лица: 1. Пациенты, достигшие 35–40 летнего возраста с незначительными проявлениями дряблости кожи лица. 2. Пациенты 40–50-летнего возраста, у которых замечается умеренное опущение щек и двойной подбородок. 3. Пациенты, достигшие 50–60 лет

с ярко выраженной дряблостью контуров лица и заметным птозом щек. И, наконец, к четвертой категории относятся люди преклонного возраста, со значительным провисанием кожного покрова в лицевой области. Для таких людей рекомендуется полноценная SMAS-подтяжка лица. MACS-лифтинг (мини-подтяжка лица) показан при: • Изменении овала и контура лица; • Выраженных носогубных складках и опущении уголков рта; • Снижении тургора кожи в области лица и шеи; • Появлении второго подбородка; • Выраженном появлении брыл и отвисании мягких тканей средней и нижней зоны лица. И когда мы имеем дело с пациентами четвертой группы, мы отслаиваем кожу так же, как и при SMAS-лифтинге, но также накладываем кисетные швы на SMAS. Для наложения кисетных швов мы используем нити длительного рассасывания, для наложения вворачивающих швов на SMAS используются рассасывающие швы нитями 8-6/0.

Результаты и выводы: Продолжительность операции сократилось в среднем на 1,5 часа. После окончания операции на голову пациента надевается специально созданный бандаж, который будет поддерживать подбородок. Эффект от процедуры сохраняется практически всю жизнь, но явный эффект сохраняется на протяжении 5–7 лет. Все зависит от индивидуальных особенностей организма человека, во время периода восстановления не наблюдается такой побочный эффект, как нарушение работы лицевого нерва. Причина – отсутствие отслаивания апоневроза; нет нарушения работы мимических мышц, поэтому лицо выглядит естественно.

АУГМЕНТАЦИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПЕРИАРЕОЛЯРНЫМ ДОСТУПОМ

Обыденнов С.А., Обыденнов Д.С., Аверьянов В.В.

Казанский медицинский университет, Кафедра пластической хирургии, Казанская государственная медицинская академия, Клиника эстетической медицины, Казань

Существует несколько техник хирургического доступа, мы подробно рассмотрим преимущества и недостатки трех самых распространенных методов: Axillary Incision (аксиллярный) – разрез в подмышечной области оставляет после себя лишь небольшие шрамы. Метод не затрагивает ткани молочных желез и не препятствует их полноценному функционированию. Несмотря на то, что такой тип доступа ограничен на этапе формирования имплантарных карманов, операция обеспечивает хороший косметологический результат. Но требует специальных инструментов и видеоподдержки. Intramammary Fold (субмаммарный) – разрез в складках кожи под грудью оставляет рубец, который можно заметить лишь в положении лежа или во время поднятия рук. Преимущества метода – простой и хорошо контролируемый хирургический доступ, возможность использования имплантов любой формы и размера, размещение эндопротезов под железой или грудной мышцей. Такой тип доступа всегда обеспечивает желаемый результат. Periareolar Incision (периареолярный) – разрез по контурным линиям ареолы соска оставляет самые незаметные шрамы. Оптимальный выбор для пациенток, которые хотят скрыть следы увеличения бюста. Ограничений по использованию разных типов имплантов нет, но существуют особые требования к мастерству хирурга. Из-за риска повреждения молочных протоков и железистых тканей, сложность такой операции выше, чем у аналогичных ме-

тодов. С 2002 года мы делаем, практически всем, аугментацию периареолярным доступом и обязательно в двух проекциях по Tebbetts. Исключение составляли только те пациентки, которые активно занимаются спортом, то в этой ситуации важно сохранить целостность и работоспособность грудной мышцы. Для этого эндопротез размещается в ретромаммарном пространстве – непосредственно под молочной железой.

Цель и задачи. Мы стремились к тому, чтобы максимально уменьшить возможность пальпации импланта.

Материалы и методы. Нами прооперировано более 400 пациенток периареолярным доступом, причем сначала, из-за боязни осложнений при повреждении молочных протоков, после разреза кожи, ее отслаивали до нижнего полюса железы и только потом под ней создавали карман для протеза под большой грудной мышцей. Но в последнее время идем к мышце через ткань молочной железы. Разницы, в плане осложнений со стороны молочных желез, мы не видим. И в том и в другом случаях их не было. В случае маленькой ареолы иссекалась кожа в виде месяца, для увеличения размера разреза при большом размере самого имплантата. Результаты и выводы. Периареолярный доступ позволяет сделать послеоперационный рубец практически незаметным. Это достигается тем, что разрез проходит на границе пигментированной и светлой кожи. Этот разрез позволяет устанавливать практически любые размеры имплантов. Установка протезов в двух проекциях лишает возможности пропальпировать протез, особенно в верхнем полюсе. Установка протезов под мышцей облегчает в последствии обследование молочных желез. Установка протезов под мышцей практически ликвидирует разницу между круглыми и анатомическими (каплевидными) имплантами. Разницы, в плане осложнений со стороны молочных желез мы не видим. И в том и в другом случаях их не было.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЬЕЗООСТЕОТОМИИ В РИНОПЛАСТИКЕ

Панченко Д.В., Красенков Ю.В., Поташина О.А., Михайлова Е.Ю.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Актуальность. Ринопластика является одним из сложных и интересных разделов пластической хирургии. Ежегодно отмечается стремительный рост интереса к данной операции не только со стороны ученых и практикующих врачей, но и пациентов. При этом на рынке медицинского оборудования регулярно появляются различные технические новинки, задачей которых является улучшение результатов лечения, снижение интраоперационных осложнений, сокращение сроков реабилитации пациентов. Особый интерес вызывают современные пьезотомы для костной хирургии.

Цель и задача. Оценка результатов хирургического лечения пациентов с «горбинкой носа» путем использования пьезотома.

Материалы и методы. Исследование основано на результатах лечения 22 пациентов, находившихся на лечении в отделении пластической хирургии МЦ «Центр современной хирургии» г. Ростова-на-Дону с 2019 по 2020 год. Средний возраст исследуемых составил 32,4 года. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу (в исследование вошли только женщины), возрасту, сопутствующей патологии,

виду деформации носа. Для исследования было сформировано две клинические группы (по 11 человек в каждой), в зависимости от выбора тактики оперативного лечения: 1. Использование пьезоостеотома (Piezotome Solo LED); 2. Использование традиционного молота и долота (широкое плоское долото с ограничителями по краям). Стоит отметить, во всех случаях ринопластика была «закрытой», с сохранением связочного аппарата носа. В обе группы вошли пациенты с диагнозом «горбатый нос». Критериями исключения были: посттравматическое состояние, состояние после первичной ринопластики, обострение хронических заболеваний, другие виды деформации пирамиды носа. Критерии исключения не имели отношения к свойствам используемых операционных техник при резекции горба носа. Оценка результатов лечения обеих групп больных осуществлялась по традиционным параметрам для любой ринопластики: 1. Внешний вид. Фото-фиксация результатов операции (до операции, 1 сутки после операции, 2 недели после операции, 6 и 12 месяцев после операции); 2. Риноманометрия (1, 6 и 12 месяцев после операции); 3. Субъективные ощущения пациента. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ «STATISTICA 6.0».

Результаты и их обсуждение: В обеих клинических группах проводилось сопоставимое оперативное лечение – закрытая ринопластика с сохранением связочного аппарата носа, в качестве наркоза нами использовался только эндотрахеальный. В группе I (n=11) – остеотомия горбинки носа осуществлялась с использованием долота. Нами были зафиксированы 2 случая фрагментированных переломов во время остеотомии, интраоперационно была произведена фиксация костных отломков путем использования нитевых технологий. В обоих случаях понадобилась повторная ринопластика с целью коррекции первичного результата. В группе II (n=11) – остеотомия горбинки носа осуществлялась с помощью Piezotome Solo LED. Длительность остеотомии была увеличена до 10±2,3 минут, однако, нами не было зафиксировано ни одного случая переломов, что является положительным фактом. Нарушения носового дыхания, появление хронических болевых триггерных зон, зон дискомфорта в послеоперационном периоде не были отмечены у участников обеих групп. Исходя из анализа внешних данных, у 2 пациентов первой группы в раннем послеоперационном периоде сохранялась горбинка носа, обусловленная технической сложностью продолжения остеотомии при фрагментированном переломе.

Резюме. Использование пьезотома при остеотомии обеспечило полное отсутствие интраоперационных осложнений, связанных с остеотомией, в отличие от традиционного долота. Долото при закрытой ринопластике напоминает хождение по минному полю, где каждый шаг может иметь существенные последствия. Высокий риск травматизации костных структур носа является значимым отрицательным фактором, который может привести к повторным операциям, снижению качества жизни пациента. На наш взгляд, использование пьезотома является лучшим методом, который делает операцию прецизионной.

Выводы: Использование пьезоостеотома позволило исключить в группе исследования интраоперационные осложнения, связанные с остеотомией – фрагментированные переломы. В группе сравнения, при использовании долота имели место случаи фрагментированных переломов, что составило 18,2% (n=2). В ходе исследования пьезотом показал себя только с положительной стороны. Пьезотомия должна найти широкое применение в практике пластического хирурга.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ 3D-ОКТ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СОСУДОВ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА КОЖИ В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТКАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УКРЫТИЯ ОЖОГОВОЙ РАНЫ СВОБОДНЫМ КОЖНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ И ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ РУБЦА

Петрова К.С., Немирова С.В., Петрова Г.А., Карпенко А.А., Чернышов С.Н., Погодин И.Е.

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

Современная комбустиология располагает обширными знаниями о механизмах возникновения и развития ожоговой травмы. Однако процессы регенерации и неонатогенеза ткани в послеоперационном периоде и в процессе консервативной терапии остаются малоизученными. Изучение процессов восстановления тканей и стадий васкулогенеза позволит не только совершенствовать терапию на разных этапах реконвалесценции, но и прогнозировать формирования различных вариантов рубцовой ткани в зависимости от интенсивности кровоснабжения травмированного участка. Методы изучения кожи человека и ее сосудистого компонента в режиме *in vivo* должны быть безопасными, неинвазивными, безболезненными и предоставляющими возможность многократного исследования. К таким методам можно отнести 3-D оптическую когерентную томографию (ОКТ).

Цель исследования: определить возможности 3-D ОКТ в оценке состояния микроциркуляторного русла кожи в процессе восстановления ткани после операции укрытия ожоговой раны свободным кожным трансплантатом. Оценить степень васкуляризации рубцовой ткани после реконвалесценции.

Материалы и методы. Проводили исследование здоровых участков кожи симметричных ожоговым ранам или в непосредственной близости от них и параллельные ОКТ исследования ожоговых ран в центральной и краевой области. В исследовании принимали участие пациенты I ожогового отделения взрослых Университетской клиники ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, с ожогами 1–3 степени тяжести от 35–60% в возрасте от 24 до 87 лет (16 мужчин и 4 женщины), перенесшие операции укрытия ожоговой раны свободным кожным трансплантатом. Длительность пребывания в отделении у пациентов составляла от нескольких дней до 3 месяцев. Использовали визуализатор топографоптико-когерентный ОКТ-1300 со следующими техническими характеристиками: центральная длина волны – 1300 нм, скорость сканирования – 92 кГц, глубина сканирования – 1,5 мм, продольное разрешение – 20 мкм, поперечное разрешение – 25 мкм, мощность излучения на объекте – 0,75 мВт (ниже допустимого уровня ANSI). Обработку полученных ОКТ-изображений проводили с помощью программ HF_OCTf_512Cuda+ViewKub, HF_OCTf_Viewer.

Результаты. ОКТ позволила визуализировать все слои нормальной кожи и дифференцировать их наличие или отсутствие в зоне ожоговой раны, проследить динамику васкуляризации и эпителизации пораженных тканей и трансплантата. ОКТ-исследование участков транспланта-

та на 1–3 день после операции не выявило признаков неопластического ангиогенеза в пределах пересаженных тканей. Однако в этот период присутствовали отдельные признаки начального восстановления тканей за счет пролиферации и взаимного проникновения компонентов эпидермиса и дермы в виде светлых участков высокой интенсивности сигнала в области сосочков дермы. Выраженные оптические признаки неопластического ангиогенеза в области пересаженных тканей появлялись у пациентов в период 7–14 дней после операции и представляли на ОКТ-изображении вертикально ориентированные древовидные темные области низкой интенсивности сигнала, имеющие четкую ориентацию по направлению от дермы к эпидермису и соответствующие артериальным и венозным капиллярам. Наиболее яркие признаки неопластического ангиогенеза отмечались у пациентов через 2–3 месяца после операции. В области границы рубца визуализировались крупные новообразованные артериальные и венозные сосуды в виде древовидных областей низкой интенсивности сигнала с четкими границами, имеющими четкую ориентацию по направлению от здоровой кожи к участку трансплантации. В центре пересаженного участка структура кожи резко отличалась от нормальной вследствие отсутствия четкого разделения оптических слоев, представляющих эпидермис и дерму. Изображение носило относительно гомогенный характер. Однако, структура сосудистого компонента на ОКТ-изображении в целом соответствовала оптической картине сосудов на изображениях нормальной кожи.

Выводы. 3D-ОКТ способен обеспечить возможность последовательного исследования процессов восстановления и неопластического ангиогенеза ожоговой травмы после операции пересадки кожного трансплантата. Дальнейшее развитие метода позволит выполнять поэтапный контроль восстановления поврежденных тканей пациента, осуществлять своевременную коррекцию терапии и прогнозировать варианты формирования рубцовой ткани.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Пискунова Е.В.

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

Эстетическая хирургия является частью комплексной программы профилактики старения. Использование заместительной гормональной терапии (ЗГТ) в сочетании с эстетической хирургией патогенетически обосновано. Используются следующие положительные эффекты ЗГТ: Положительное влияние на морфофункциональные показатели возрастной кожи, активизация процессов репарации в послеоперационном периоде. ЗГТ достоверно замедляет процесс истончения кожи, положительно влияет на распределение, структуру и количество коллагена и гликозаминогликанов в межклеточном матриксе дермы, что соответственно влияет на растяжимость и эластичность тканей. Эстрогены стимулируют пролиферацию кератиноцитов и обеспечивают улучшение васкуляризации, транспорта и метаболизма глюкозы, обладают антиоксидантным и противовоспалительным действием. Прогестерон как антагонист альдостерона, уменьшает проявление отека в тканях (в том числе и в зоне послеопераци-

онной раны) Положительное влияние ЗГТ на мышечную ткань, количество и качество которой изменяется в силу снижения уровня андрогенов. Происходит перераспределение жировой ткани. Эстрогены (их снижение) влияют на депонирование жировых клеток удерживающих кальций в виде отложений меняющих фигуру с возрастом.

Целью нашего исследования было: оценить эффективность заместительной гормональной терапии в комплексной программе реабилитации в эстетической хирургии и создать алгоритм клинического и гормонального мониторинга. В исследуемую группу вошли 92 пациентки в возрасте от 37 до 69 лет после оперативного вмешательства (комплексный лифтинг лица и шеи). Наблюдение проводилось в течение 18 месяцев (2017–2019 год). Перед операцией все пациентки были обследованы гинекологом, эндокринологом, а также выполнено стандартное предоперационное обследование. Пациентки были разделены на 3 группы: 1-я группа (63 пациентки) получали гормональную терапию, из них 47 начали ее впервые, 9 продолжили прием ранее проводимой терапии, 7 пациенток поменяли препарат по назначению гинеколога. 2-я группа (21 пациентка) – не получали гормональную терапию в связи с наличием противопоказаний к ней. 3-я группа (8 пациенток) контрольная – не получали гормональную терапию, потому что коррекция не требовалась. Оценка послеоперационного периода проводилась врачом реабилитологом по параметрам: выраженность отека послеоперационных тканей, наличие осложнений (ишемических, неврологических, инфекционных). Восстановление чувствительности Оценка пациенткой состояния лица. Все 4 параметра оценивались по 5-балльной шкале и суммировались через 1,3 и 9 месяцев после операции. Субъективная оценка пациентки своего состояния проводилась по результатам анкетирования.

Результаты. Течение послеоперационного периода в пределах 1 месяца во всех группах достоверно не отличалось и находилось в прямой зависимости от техники и особенностей операционного вмешательства а также от проводимых реабилитационных мероприятий (что ожидаемо и объяснимо) сумма баллов от (-7.3 до -7.9) К 3 месяцу отмечена тенденция к увеличению суммы баллов в 1 и 3 группе. К 9 месяцу разница в баллах между 1 и 2 группой 2,8 балла. Отмечено уменьшение объема реабилитационных мероприятий в 1 группе, принимающих гормональную терапию (составимы с контрольной). В группе 2 отмечалась высокая частота субъективных жалоб на стянутость и сухость кожи, парестезии, нарушение чувствительности. Субъективная оценка: до операции оценки «отлично» не было ни в одной группе через 3 месяца в 1 (19%) и 3 группе (21%) появились пациентки с оценкой «отлично» через 9 месяцев оценка «плохо» отсутствовала в 1 и 3 группе. Во 2 группе субъективная оценка достоверно не изменилась по сравнению с дооперационной.

Выводы. Адекватная и своевременно проводимая ЗГТ является очень важной частью реабилитационной терапии для оптимизации результатов от эстетической хирургии, достоверно влияет сохранение и длительность результата от операции. Сокращает сроки реабилитации, уменьшает количество осложнений, существенно повышает субъективную оценку пациентки от результатов эстетической процедуры. Назначение ЗГТ не ограничивается только эстрогенсодержащими препаратами (прегненолон-эндогенный противострессовый фактор, обладает седативным, антиагрессивным действием. ДГЕА (дегидроэпиандростерон) преобразуется в перифери-

ческих тканях в тестостерон и обладает анаболическим эффектом усиления синтеза белка в тканях, что стимулирует процессы репарации тканей. Перспективно применение соматотропина и тиболона.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ КОРРЕКЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В СОЧЕТАНИИ С ОПЕРАЦИЕЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ В КЛИНИКЕ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Пискунова Е.В.

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

Цель исследования. Достоверно показать целесообразность выполнения слинговых операций при стрессовой инконтиненции и коррекции пролапса гениталий (если таковой имеется) одновременно в сочетании с операцией абдоминопластики.

Материалы и методы. За период 2018–2019 года в клинике было выполнено 165 операций абдоминопластики, в том числе сопровождающихся ушиванием апоневроза. По методике, принятой в клинике, все женщины, идущие на пластические операции, направляются на консультацию к врачу гинекологу для выявления имеющейся гинекологической патологии и ее хирургической коррекции (по показаниям) совместно с пластическими хирургами во время симульной операции. Для исследования была взята возрастная группа 46–60 лет, т.е. женщины перименопаузального периода, когда наиболее часто по статистике выявляются урогинекологические проблемы. Все имели ту или иную степень пролапса гениталий или признаки стрессовой инконтиненции. Роды в анамнезе 1–3. Всем женщинам была выполнена симульная абдоминопластика (92 пациентки). I группа (исследуемая) (45 пациенток): все женщины имели признаки стрессовой инконтиненции, подтвержденные клиникой, данными УЗИ и данными комплексного уродинамического обследования (КУДИ). Ее разделили на подгруппы: 1) 2 пациентки возраст 46–52 года имеющие гинекологические операции в анамнезе 2. Пролапса гениталий не было. Выполнена операция по позадилонной уретропексии в классическом варианте (TVT). 2) 17 пациенток, возраст 46–56 лет, имеющие гинекологические операции в анамнезе 7 пациентки, все женщины имели признаки стрессовой инконтиненции в сочетании с пролапсом гениталий. Выполнена хирургическая коррекция пролапса в сочетании классическим TVT. 3) 2 пациентки, возраст 46–60 лет, имеющие гинекологические операции в анамнезе 2 пациентки, ожирение II–III степени, все женщины имели признаки стрессовой инконтиненции в сочетании с пролапсом гениталий. Выполнена хирургическая коррекция пролапса в сочетании с TVT-O (обтураторный доступ). 4) 24 пациентки. Выполнена только хирургическая коррекция пролапса гениталий. II группа (контрольная): отказались от симульной операции по разным причинам 47 пациенток. Результаты исследования оценивались при повторных посещениях путем анкетирования и объективными методами (осмотр, КУДИ). Период наблюдения 1,5 года. I группа (45 пациенток) через год после операции: все оценивали свое гинекологическое здоровье как удовлетворительное. II контрольная группа: 29 пациенток (62%) обратились в гинекологическое отделение клиники повторно с целью

коррекции нарастающих урогинекологических проблем. Ухудшение состояние женщины отмечают: в первые недели послеоперационного периода – 8 пациенток (27,7%), 16 пациенток (55,1%) – через 3–4 месяца, 5 пациенток (17,2%) – через 8–10 месяцев. Это связано, очевидно, с уменьшением объема брюшной полости, повышением давления брюшной полости и, как следствие, увеличение давления на тазовое дно (согласно физическому закону Бойля–Мариотта), что приводит к увеличению степени пролапса и появлению признаков стрессовой инконтиненции. Обратившимся пациенткам выполнены операции: TVT-O 2 пациентки, TVT 5 пациенток, в сочетании с хирургической коррекцией пролапса 10 пациенток, только хирургическая коррекция пролапса – 12 пациенток. По результатам исследования были выявлены особенности послеоперационного периода у женщин, перенесших симульные операции (в сочетании с абдоминопластикой): увеличение процента пациенток с задержкой мочеиспускания в раннем послеоперационном периоде до 13,7% особенно при добавлении липосакции, в том числе липосакции лобковой области.

Выводы: 1) Операция абдоминопластики требует одновременной хирургической коррекции пролапса гениталий или стрессовой инконтиненции пациенток, имеющих такую патологию и является целесообразной. 2) выполнение операции абдоминопластики служит фактором риска для прогрессирования степени пролапса гениталий и признаков стрессовой инконтиненции. 3) TVT желателно выполнять первым этапом перед операцией абдоминопластики, при сохраненных тазовых ориентирах и топографии мочевого пузыря.

ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А В ХИРУРГИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Подольский М.Ю., Протасов А.В.

Российский университет дружбы народов, Клиническая больница № 85 Федерального медико-биологического агентства, Москва

Актуальность. В хирургии передней брюшной стенки важный пласт занимает хирургия грыж. Порядка 25% всех операций при грыжах передней брюшной стенки занимают операции по поводу послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ). При больших размерах дефектов бывает сложности их закрытия, без пересечения одной из широких мышц передней брюшной стенки. Но применяя сепарационные методики нарушается биомеханика передней брюшной стенки. Использование ботулотоксина типа А (БТА) может помочь решить данную проблему.

Цели и задачи. Оценить результаты лечения пациентов с применением ботулинического токсина типа А в предоперационной подготовке пациентов с послеоперационными вентральными грыжами.

Материалы и методы. Использование в предоперационной подготовке ботулинического токсина типа А направлено на временную химическую денервацию широких мышц передней брюшной стенки для проведения в последующем протезирующей герниопластики. Внутримышечное введение БТА в широкие мышцы живота под УЗИ контролем направлено на облегчение закрытия крупных дефектов вентральной грыжи и снижение риска нарушения репарации во время критической фазы заживления. Продолжительность мышечной релаксации около 4–6 месяцев, а на

пик своего действия БТА выходит через 4–6 недель. 5 пациентам возрастом от 45 до 70 лет (4 мужчины и одна женщина) была выполнена протезирующая герниопластика по поводу ПОВГ с предоперационным введением БТА в широкие мышцы передней брюшной стенки. Пациентам выполнялась КТ до введения БТА, через 6 недель, т.е. перед операцией, и в отдаленном послеоперационном периоде. КТ помогала оценить сегментарную сократимость каждого мышечного слоя. Всем был выставлен диагноз ПОВГ с шириной дефекта более 10 см (W3): минимальная ширина дефекта была 12 см, максимальная 22 см. Всем пациентам была выполнена протезирующая ретромускулярная герниопластика Rives-Stoppa.

Результаты. При сравнении данных КТ исследований до и после введения БТА, отмечено уменьшение ширины дефекта, истощения широких мышц живота и удлинения этих мышц, что увеличивало объем брюшной полости. Интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде ни у одного пациента не было отмечено повышение внутрибрюшного давления. Все пациенты выписаны из стационара без осложнений. На контрольных осмотрах и КТ данных за рецидив отмечено не было. Максимальное время наблюдения 3 года, минимальное 6 месяцев. Объем движений сохранен в полном объеме.

Выводы. Использование БТА в предоперационной подготовке у пациентов с ПОВГ, позволяет добиться мышечной релаксации широких мышц живота, что помогает хирургам закрывать значительные грыжевые дефекты без применения сепарационных методик. На небольшой выборке пациентов, данная методика показала удовлетворительные результаты: как в раннем послеоперационном, так и в отдаленном периоде.

ЭСТЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Попов В.В., Искорнев А.А., Этибарян А.В.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, клиника «The Platinental», Москва

Введение. Термин «эстетика» имеет греческие корни (др.-греч. αἰσθητικός – «чувствующий, чувственный», от αἴσθημα – «чувство, чувственное восприятие») и, в современном понимании – это ощущение выразительных форм, к какой бы области действительности оно бы ни относилось, то есть чувство любви к прекрасному. Антропологические понятия об эстетике и пропорциях лица. Идеальное лицо, какое оно? Что заставляет нас считать одно лицо красивым, привлекательным, симпатичным, а другое обычным, невыразительным или страшным, даже при отсутствии видимых аномалий? На этот вопрос пытались ответить с древних времен, и многие принципы, открытые и описанные древнегреческими и мыслителями и философами периода Возрождения, не потеряли актуальность и в наше время, а некоторые из них стали основой для современных концепций понятия идеального лица. Перед проведением эстетического анализа лица необходимо определить его расовую и этническую принадлежность, ввиду их сильного различия по многим лицевым показателям и существования особенностей при проведении клинического эстетического анализа для каждой из этих групп. В антропологических измерениях глазничной об-

ласти чаще всего описывается ширина глазной щели (широкая, средняя, узкая), ее наклон, т.е. уровень расположения наружной и внутренней комиссур глаза, степень развития складки верхнего века и наличия небольшой, самостоятельной по своему морфологическому происхождению складки, прикрывающей внутреннюю комиссуру глаза – эпикантуса. Последние два признака имеют значительную возрастную изменчивость и положительно скоррелированы с жиротложением на лице. Групповые вариации складки верхнего века в общем соответствуют вариациям эпикантуса; надо, однако, иметь в виду, что складка распространена гораздо шире и встречается в группах, где эпикантус у взрослых отсутствует. Высокие глазницы характерны для многих азиатских народов, а также для индейцев Северной Америки. Низкими орбитами отличаются черепа тасманийцев, меланезийцев, папуасов, в меньшей степени австралийцев и большинства африканцев. Европейцы по этому признаку занимают промежуточное положение. Типично монголоидная окологлазничная область отличается от таковой у европеоидов по нескольким признакам. Первый, как уже было сказано, – это наличие постоянной эпикантальной складки. Такая складка существует у всех нормальных плодов с третьего по шестой месяц внутриутробного развития, но обычно исчезает у европеоидов к рождению или по крайней мере к юности. Монголоиды обычно сохраняют хотя бы следы эпикантуса и в зрелом возрасте. Другое отличие от европеоидного глаза состоит в том, что монголоидный глаз посажен неглубоко. Третьей заметной особенностью является наличие так называемого двойного века у европеоидов, которое отсутствует или менее выражено у большинства монголоидов. Эстетические каноны лба и бровей. Эстетически привлекательный лоб образует в профиль небольшую выпуклость, наиболее выступающая вперед точка которой (G) находится тотчас над назионом на уровне надглазничного гребня. По сравнению с мужским, женский лоб более гладкий и более закругленный, с менее острым носолобным углом и менее выраженными надбровными дугами. Надбровья отделяют верхнюю часть лица от средней и окаймляют глаза. Медиальный край надбровья лежит на перпендикуляре, идущем через самую латеральную часть крыла носа примерно на 1 см выше внутреннего угла глаза. Бровь должна начинаться медиально со слегка булавовидной конфигурации и постепенно изгибаться к своему латеральному краю. У женщин брови должны находиться сразу же выше уровня надглазничного края. Эстетические каноны глаз. При правильных пропорциях ширина глаза от угла до угла равняется одной пятой ширины лица. Такое же расстояние должно быть между медиальными углами обоих глаз. Расстояние между средними точками зрачков должно соответствовать расстоянию от назиона до края красной каймы верхней губы. При нейтральном положении головы верхний край глазницы находится несколько впереди от ее нижнего края. Латеральный угол глаза расположен казади от уровня прикрепления переднего угла. Латеральные углы могут лежать в одной горизонтальной плоскости с медиальными углами или несколько выше.

ЧТО ВАЖНЕЕ ПРИ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКЕ: БАЗА, ПРОЕКЦИЯ, ОБЪЕМ ИМПЛАНТА?

Прокопенко Д.С., Дзотцоев А.К., Егоров Ю.С.

Государственное учреждение «Республиканская клиническая больница», Тирасполь

Целью работы является оптимизация подбора метрик имплантов для получения наилучшего эстетического результата при аугментационной маммопластике (АМ). В задачи работы входят ретроспективный анализ и сравнение результатов применения стандартного алгоритма подбора имплантов для АМ с эстетическим эталоном аугментированных молочных желез (МЖ), определение основных метрик имплантов, влияющих на окончательный эстетический результат, оптимизация алгоритмов подбора имплантов для АМ в клинической практике.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 32 АМ, проведенных у пациенток в возрасте от 19 до 36 лет, средний возраст составил 28 лет. Всем пациенткам устанавливались мягкие круглые импланты. Подбор имплантов осуществлялся по D.C. Hammond с документированием в системе BodyLogic®. Толщина покровных тканей определялась щипковым тестом при помощи калипера с соблюдением стандартной техники. Пациентки были разделены на 4 группы в зависимости от щипкового теста верхнего склона МЖ и позиции имплантов относительно большой грудной мышцы. Группа 1 с препекторально установленными имплантами, щипковый тест >2см. Группа 2 с препекторально установленными имплантами, щипковый тест <2см. Группа 3 с ретропекторально установленными имплантами, щипковый тест >2см. Группа 4 с ретропекторально установленными имплантами, щипковый тест <2см. Выполнялось контрольное фотографирование в фас, три четверти, профиль с фокусным расстоянием объектива 120мм через 1-3-6 месяцев после операции. В качестве эталона для оценки результатов выбраны метрики из работ E. Hall-Findlay, P. Mallucci, E. Swanson. Оценивались положение сосково-ареолярного комплекса (САК) относительно инфрамаммарной складки (ИМС) и меридиана МЖ, послеоперационная трансформация пятна МЖ при помощи линейных измерений относительно передней и средней подмышечных линий, относительно парастеральной и срединной линий.

Результаты. В группе 1 через 6 месяцев после операции латеральная граница пятна МЖ находилась по передней подмышечной линии в 5 случаях при использовании имплантов с низкой проекцией; медиальнее передней подмышечной линии – в 3 случаях при использовании имплантов со средней или высокой проекцией. САК относительно ИМС при использовании имплантов с низкой проекцией поднимался выше до 1,5 см; при использовании имплантов со средней или высокой проекцией – выше на 1,5–2,5 см. В 7 случаях позиция САК совпадала с меридианом МЖ, в 1 случае находилась до 1 см латеральнее относительно меридиана МЖ. В группе 2 через 6 месяцев после операции латеральная граница пятна МЖ находилась по передней подмышечной линии в 7 случаях при использовании имплантов с низкой проекцией; в 1 случае при использовании имплантов с средней и высокой проекции – медиальнее передней подмышечной линии до 1см. САК относительно ИМС при использовании имплантов с низкой проекцией поднимался до 2 см, при использовании имплантов со средней или высокой проекцией поднимался на 2-3 см. Относитель-

но меридиана МЖ в 3 случаях находился латеральнее до 1 см, в остальных случаях позиция САК совпадала с меридианом МЖ. В группе 3 через 6 месяцев после операции латеральная граница пятна МЖ находилась по передней подмышечной линии в 3 случаях; от 1 до 2 см латеральнее передней подмышечной линии – в 6 случаях. САК относительно ИМС при использовании имплантов с низкой проекцией поднимался до 1 см, при использовании имплантов со средней или высокой проекцией поднимался на 1–2 см. Относительно меридиана МЖ в 1 случае находился медиально на 1 см, в остальных случаях позиция САК совпадала с меридианом МЖ. В группе 4 через 6 месяцев после операции латеральная граница пятна МЖ находилась латерально на 1 см от передней подмышечной линии в 1 случае; по передней подмышечной линии – в 7 случаях. САК относительно ИМС при использовании имплантов с низкой проекцией поднимался до 1,5 см, при использовании имплантов со средней или высокой проекцией поднимался на 1,5–2,5 см. Относительно меридиана МЖ позиция САК совпадала с меридианом МЖ.

Выводы. При толщине покровных тканей менее 2 см следует прибавлять дополнительно 1 см к выбору базы импланта, так как при тонких покровных тканях база импланта имеет первостепенное значение для предотвращения медиализации латеральной границы пятна МЖ. При покровных тканях более 2 см предпочтительнее ориентироваться на проекцию импланта, что позволяет, не изменяя высоты пятна МЖ, изменять положение САК относительно ИМС. Объем имплантов во всех случаях ограничивается либо пожеланиями пациентки, либо хирургической целесообразностью.

МАСТОПЕКСИЯ С СОХРАНЕНИЕМ ВОЗМОЖНОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Протасов К.А.

Санкт-Петербургский Государственный медицинский институт имени акад. И.П. Павлова Кафедра пластической хирургии, «Клиник Эстетик» Санкт-Петербург, Россия, Санкт-Петербург

Введение. При коррекции возрастных изменений или анатомических недостатков в форме груди, женщины испытывают значительное неудовлетворение своей внешностью, что ведет к выраженному психологическому дискомфорту. Цель исследования: Исследование посвящено определению показаний к выполнению различных методов корректирующих операций в зависимости от клинической картины. Материалы и методы. Автор выполнил оценку результатов различных вариантов мастопексии и их отдаленных результатов. Основные методики мастопексии предполагают сохранение соска и ареолы на каком-либо варианте питающей ножки, которая в свою очередь предполагает отделение сосково-ареолярного комплекса от основной массы молочной железы. Что в свою очередь, не предполагает возможность адекватного функционирования молочной железы из-за пересечения протоков и молочных ходов. Для нерожавших женщин и тех, кто планирует продолжать деторождение, традиционная мастопексия является нефункциональной операцией. Автором предлагается методика мастопексии, предполагающая отсутствие разрезов на самой железе, но выполнение пликаций и подвешивания на деэпидермизированных дермальных лоскутах для создания каркаса стабильной формы груди.

Предлагаемая методика сочетает в себе достоинства традиционных мастопексий и просто кожной подтяжки груди. Подробно изложены авторские методические рекомендации по подбору метода коррекции негативных изменений, в зависимости от исходной ситуации.

Результаты и обсуждения. Доклад богат иллюстрирован фото и видео материалами. Наглядно продемонстрированы сильные и слабые стороны разных методик, отмечены рекомендации по применению и сочетанию резекционных и волюмизирующих методик вмешательств в сложной области эстетической хирургии.

Заключение и выводы. Исследование основано на большом материале, позволяющим сделать статистические выводы. Рекомендовано для молодых хирургов и для обсуждения в целевой аудитории профильных специалистов.

АБДОМИНОПЛАСТИКА – СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ИЛИ МЕТОД КОРРЕКЦИИ ФИГУРЫ?

Пухова А.Г., Татунов М.А., Медведев А.А., Мазанова А.Р.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Челябинская областная клиническая больница, Челябинск*

Абдоминопластика – одна из наиболее объемных и при этом достаточно распространенных операций в пластической хирургии, показанием для которой в ряде случаев является не только чувство эстетического дискомфорта, но и нарушение нормальной жизнедеятельности человека. В соответствии с вышесказанным, показания к проведению абдоминопластики разделяются на две группы: эстетические – пациенты с небольшими кожно-жировыми избытками, деформационными изменениями передней брюшной стенки, и медицинские – пациенты с выраженным кожно-жировым фартуком, пациенты, у которых ранее были выполнены бариатрические операции, пациенты с индексом массы тела (ИМТ) более 35. Понятие абдоминопластики, в зависимости от объема, включает следующие виды оперативного вмешательства: 1. Дермолипэктомия 2. Мини-абдоминопластика 3. Традиционная абдоминопластика 4. Липосакционная абдоминопластика 5. Абдоминопластика с герниопластикой.

Цель и задачи работы – проанализировать результаты выполненных операций, разработать алгоритм индивидуального выбора объема вмешательства, проанализировать возникшие осложнения, разработать методы профилактики и борьбы с ними.

Материалы и методы. За период с 2010 по 2020 г. Было выполнено 302 абдоминопластики. Из них пациентов с ИМТ более 35 – 10,26% (31 пациент). Осложнения отмечали в 15,1% случаев. С общими осложнениями за указанный период мы не сталкивались. Следует отметить, что у пациентов с высоким ИМТ, отягощенным преморбидным фоном, пациентов старше 65 лет осложнения встречаются на 36% чаще. Среди местных осложнений в нашей практике наиболее часто у пациентов с ИМТ более 35 в послеоперационном периоде является длительно существующие лимфореи и хронические серомы. Частота формирования 4%. Мы связываем данное осложнение с широкой для данного пациента отсепаровкой кожно-жирового лоскута и длительно существующей полостью. Положительный результат показало использование вакуум-терапии. Краевой некроз кожно-жировых лоскутов 2% случаев. В основном встречается у пациентов, которым абдоминопластика

проводилась по эстетическим показаниям, и по нашему мнению, обусловлена избыточным натяжением кожно-жирового лоскута. Лечение заключалось в консервативном ведении до формирования четкой демаркационной линии с последующим иссечением нежизнеспособных тканей и ушиванием раны. Инфекционные осложнения отмечены в 2% случаев. Как правило, эти осложнения являются вторичными и присоединяются при наличии входных ворот для инфекции: длительно стоящие дренажи, ишемические краевые некрозы. Стоит отметить, что присоединение инфекции не всегда проявляется специфическим для этого процесса признаками – покраснением, гнойным отделяемым, изменением показателей крови. В двух случаях в нашей практике вторичная инфекция протекала совершенно бессимптомно и обнаруживалась только при посеве серозного отделяемого. После назначения адекватной антибиотикотерапии объем длительно существующей (в течение 4 недель) экссудации уменьшался, отмечалось заживление раны. Считаем необходимым проведение бактериологического посева отделяемого по дренажам, в случаях, если экссудация наблюдается дольше положенных сроков. Кровотечение наблюдалось у 1% пациентов. Во время ревизии явный источник кровотечения обнаружен не был. Ключевую роль успешного исхода оперативного лечения играет правильный выбор объема операции, который должен грамотно соотноситься с преморбидным фоном пациента. Это позволяет свести возникновение послеоперационных осложнений к минимуму. В случае если абдоминопластика проводится по медицинским показаниям, время оперативного вмешательства должно быть сокращено до минимума, а используемая техника должна быть максимально щадящей. У пациентов с отягощенным преморбидным фоном оперативное вмешательство должно ограничиваться выполнением дермолипэктомии.

Выводы. Желание добиться максимально эстетического результата всегда находится по другую сторону от вероятности получения послеоперационных осложнений. Об этом всегда следует помнить при проведении абдоминопластики у заведомо скомпрометированных пациентов. В этом случае, чаша весов должна склоняться к выбору максимально щадящей техники с получением эстетически приемлемого результата.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ КОНТУРОВ ТЕЛА

Рахимов А.Я., Зайнутдинов А.М., Исмагилов А.Х.

Казанская государственная медицинская академия-филиал Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава России, Казань

В настоящее время в пластической хирургии контуров тела приобретает популярность проведение вибрационной липосакции и липофиллинга у пациенток с локальной липогипертрофией. Актуальной проблемой в данной хирургии на наш взгляд явилось оценка качества жизни после перенесенных данных операций.

Цель исследования явилось изучение качества жизни после перенесенной вибрационной липосакции и липофил-

линг по шкале SF-36. В связи с данной целью были поставлены следующие задачи: изучить критерии качества жизни у пациенток после перенесенной вибрационной липосакции и липофиллинга по шкале SF-36, сравнить критерии качества жизни в разных группах.

Материал и методы. Нами были проанализированы ретроспективно и проспективно результаты лечения 21 пациентки в возрасте от 23 до 49 лет в отдаленном послеоперационном периоде (3–6 мес) после вибрационной липосакции и липофиллинга в сочетании с абдоминопластикой или без. Пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа (12 пациенток) без абдоминоптоза, у которых была проведена вибрационная липосакция контуров тела, липофиллинг ягодичной области, молочных желез 2 группа (9 пациенток) с абдоминоптозом у которых была проведена миниабдоминопластика или абдоминопластика и вибрационная липосакция контуров тела, липофиллинг ягодичной области одновременно или по истечению 3 мес после первой операции. Оценка качества жизни по шкале SF-36 проводилась по 8 параметрам: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), психическое здоровье (MH). Результаты. В первой группе были получены следующие результаты: PF-94, RP-96, BP-82, GH-64,8, VT-76, SF-97,5, RE-88, MH-84. Во второй группе были получены следующие результаты: PF-93, RP-95, BP-79,4, GH-64,6, VT-76, SF-97,5, RE-86,66, MH-83,2. По качеству жизни оцениваемое по шкале SF-36 были выявлены лучшие физическое функционирование в первой группе (PF-94), лучшие показатели ролевого функционирования, обусловленные физическим и эмоциональным состоянием (RP-96, RE-88).

Выводы. Таким образом, использование вибрационной липосакции и липофиллинга для коррекции контуров тела у пациенток в отдаленном послеоперационном периоде (3–6 мес) приводит к адекватному физическому функционированию, обусловленные физическим и эмоциональным состоянием.

ЛИПОСКУЛЬПТУРА. UPGRADE 2020

Рахимов А.Я.

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Пластические операции по коррекции контуров тела всегда пользовались спросом среди пациентов. В последние годы одной из наиболее популярных и часто выполняемых операции направления «Body contouring» является комплексная липоскульптура тела.

Цель исследования: провести обзор современной литературы по актуальным вопросам данного направления, в том числе клинические рекомендации безопасного выполнения липоскульптуры от профессиональных сообществ различных стран мира, представить уточненную статистику по частоте встречаемости, причинам, методам профилактики и лечения различных осложнений, поделиться личным опытом. Материалы исследования: проведен анализ зарубежных и отечественных источников литературы, посвященных актуальным вопросам комплексной липоскульптуры. Представлены статистические данные, потенциальные механизмы развития и современные представления о профилактике и лечении осложнений.

Результаты: для каждого ключевого пункта исследования дана подробная характеристика по исследуемым критериям. Заключение: в подготовленном материале показана проведенная систематизация новейших знаний по наиболее актуальным вопросам коррекции контуров тела, представлены четкие критерии безопасности и даны рекомендации по их правильному применению в клинической практике.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И МЕТОДЫ ИХ ОЦЕНКИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА РЕИННЕРВИРОВАННЫМИ ЛОСКУТАМИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Решетов И.В., Сукорцева Н.С., Устюжанин Д.В., Закирова А.А.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, Москва

Актуальность. Выбор способа реконструкции а также, решение вопроса о необходимости выполнения реиннервации, должен основываться на конечных результатах лечения, восстановлении функций и улучшения качества жизни пациентов. Однако оценить и сравнить функциональные результаты глотания и речи, восстановления чувствительности, крайне сложно, учитывая отсутствие стандартизированных методов оценки, наличия множества влияющих факторов у пациентов с онкологическими заболеваниями области головы и шеи. Перспективным методом является выполнение функциональной МРТ.

Цель. Улучшение функциональных результатов реконструкции органов ротовой полости, оценка преимуществ использования реиннервированных свободных аутоаутотрансплантатов на этапах лечения и в отдаленном периоде.

Материалы и методы. В 2014–2020 годах в университете им. Сеченова было выполнено 33 операции по реконструкции органов полости рта с использованием реиннервируемых лоскутов. При гемиглоссэктомии, дефектах щечной области и неба использовался лучевой лоскут с включением латерального кожного нерва (n = 18), при субтотальной и тотальной резекции языка, комбинированных дефектах использовались торакодорсальный лоскут с включением одноименного нерва (n = 8), лоскут прямой мышцы живота с включением 12-го межреберного нерва (n = 4), лоскут передне-латеральной поверхности бедра, преимуществом которого является возможность с включения и моторного, и чувствительного нервов (n=2). Анастомозы выполнялись в основном к подъязычному нерву и большому ушному нерву. Результаты лечения оценивались через 0,5, 1 и 1,5 года после операции. Для оценки качества жизни использовался модифицированный опросник EORTC QLQ – H & N35. Также были использованы рутинные методы оценки восстановления чувствительности, шкалы для оценки разборчивости речи и глотания. В качестве объективных методов оценки с 2019 года на сроке 6 месяцев после операции выполнялась биопсия лоскута с последующим иммуногистохимическим окрашиванием. Одним из новых методов оценки является выполнение функциональной МРТ, позволяющей определить зоны активности коры головного,

в ответ на адаптацию к реконструированному неоргану. Результаты. Исследовательская работа продолжается. На сроке 5–8 недель у всех пациентов было восстановлено питание через рот, через 5–6 месяцев появилась внятная речь. На сроке 6 месяцев были отмечены первые признаки восстановления чувствительности, на сроке 1 год результаты имели тенденцию к улучшению. При ИГХ выявлено прорастание структурированных нервных волокон в подкожно-жировой клетчатке. При МРТ выявлены дополнительные зоны активации в сравнении с группой контроля (здоровые).

Выводы. Использование иннервированных лоскутов позволяет пациентам вернуть чувствительность неоргана. Отмечаются значительно лучшие результаты восстановления речеобразования, у 100% восстановился акт глотания. Большинство пациентов смогли восстановить свой социальный статус и вернуться в профессию. Данные визуализации мозга демонстрируют, что кора приспособляется к движениям неоргана, требуется большая выборка пациентов для сравнительной оценки активации чувствительной, либо моторной зоны.

АНАЛИЗ МЕТОДОВ РЕЮВЕНАЦИИ У МУЖЧИН В ПРАКТИКЕ КОСМЕТОЛОГА И ПЛАСТИЧЕСКОГО ХИРУРГА

Рожественская Н.К., Колесникова Е.П.

ООО «Клиника “Анастасия”», Нижний Новгород

В последние годы прослеживается увеличение количества выполненных эстетических манипуляций у мужчин с целью реювеныции. За 2018–2019 годы прирост числа мужчин, обратившихся в ООО «Клиника пластической хирургии и косметологии “Анастасия”», составил 15%. При этом современная концепция коррекции возрастных изменений представлена преимущественно для женского лица. Гендерные различия в анатомии, физиологии, психологии хорошо изучены, их важно учитывать в клинической практике как врачам-косметологам, так и пластическим хирургам. Цель данной работы – выявление наиболее востребованных и эффективных методов реювеныции у мужчин. Проведенный анализ запросов пациентов на реювеныцию лица показал, что 51% из числа обратившихся в клинику мужчин были заинтересованы в коррекции возрастных изменений в области верхней трети лица (морщины и складки лба, межбровья, проблемы в периорбитальной зоне). В 22% случаев пациентов беспокоили складки и морщины носогубной области. Нарушенный овал лица и локальное ожирение подбородка стало причиной обращения в клинику 8% мужчин. Кроме этого, в 12% случаев поводами визита к врачам-косметологам стали андрогенная аллопеция и гипергидроз. Возраст пациентов составил от 38 до 70 лет. В случае выраженных возрастных изменений пациентам была организована совместная консультация врача-косметолога и пластического хирурга для составления плана долгосрочного лечения. Выбор метода лечения основывался на анатомических особенностях строения лица, степени выраженности возрастных изменений и пожеланиях пациента. Мы проанализировали факторы, которые были важны для пациентов-мужчин в момент принятия решения о выполнении манипуляции. Максимальная эффективность не являлась основным критерием выбора, если метод предполагал длительную реабилитацию, резко

изменял внешность или требовал многократных визитов в клинику. Мужчины отказывались от выполнения традиционных лицевых лифтингов из-за возможной заметности послеоперационных рубцов в последующем. Популярным оперативным методом лечения возрастных изменений периорбитальной области у мужчин является блефаропластика. Это оперативное вмешательство не требует длительного реабилитационного периода, хорошо сочетается с малоинвазивными методами лечения, оставляет малозаметные послеоперационные рубцы. Среди малоинвазивных методов коррекции возрастных изменений лица наиболее популярными у мужчин оказались ботулинотерапия и контурная пластика высокостабилизированной гиалуроновой кислотой. Из общего числа обратившихся в клинику мужчин 51% выполнили инъекции ботулотоксина, 27% – контурную пластику гиалуроновой кислотой. Успех в использовании дермальных филлеров и ботулинотоксина у мужчин требует от практикующего врача знаний особенностей выполнения инъекций, т.к. стандартное применение техник может привести к феминизации лица и нежелательному косметическому исходу. Отмечено, что в возрастной группе до 50 лет инъекционные техники были основополагающими в практике врача-косметолога, однако в более старшей возрастной группе, а также у пациентов с диагностированным птозом век, наиболее эффективным методом является сочетание оперативного вмешательства с последующим применением инъекций гиалуроновой кислоты и ботулотоксина. Отмечена гендерная особенность поведения пациентов. Учитывая данные анамнеза, удалось установить следующее: 92% мужчин никогда не посещали врачей дерматологов-косметологов ранее и не проводили процедуры по уходу за кожей, 81% испытывали воздействие вредных внешних факторов (курение, УФ-облучение). В ходе первичной консультации специалиста (косметолога или пластического хирурга) 70% мужчин сразу определили время выполнения манипуляции или оперативного вмешательства, 18% решились на выполнение малоинвазивной манипуляции в тот же день. Выводы. В современном обществе растет число пациентов-мужчин, обращающихся в клиники эстетической медицины для проведения процедур реювеныции. Самые частые жалобы, предъявляемые мужчинами: возрастные изменения верхней трети лица, носогубной области; реже – нарушение овала лица. Наиболее востребованными манипуляциями у мужчин на сегодняшний день являются: ботулинотерапия, контурная пластика лица, из хирургических методов – блефаропластика в сочетании с инъекционными технологиями. В основе успешного лечения лежит понимание анатомо-физиологических особенностей, а также знание протоколов проведения процедур омоложения у мужчин.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ ЛИЦА

Рудоман С.О., Андреищев А.Р., Горбань В.В.

Институт красоты «Галактика», Санкт-Петербург

В современном мире неотъемлемой частью челюстно-лицевой хирургии является эстетическая хирургия. С ростом возможностей населения все более востребованными становятся операции по изменению черт лица – контурная пластика. В данном виде вмешательств есть несколько

подходов лечения – могут использоваться как аутологические ткани (лоскуты, трансплантаты), так и искусственные материалы – имплантаты. Мы подробно рассмотрим последние. Для контурной пластики лица важнейшим показателем является сохранение достигнутого послеоперационного результата.

Задачей нашего исследования является анализ отдаленных результатов использования современных имплантационных материалов в контурной пластике челюстно-лицевой области.

По данным архива клиники «Галактика» («СПИК») была проанализирована информация о 143 пациентах за 7 лет, которым была проведена контурная пластика лица с использованием различных имплантатов. Из них силиконовыми имплантатами 5 человек, медпор 109 человек; эофлон 29 человек. У ряда пациентов на разных сроках от установки имплантата производился забор материала: фрагмент имплантата, капсула и кость под имплантатом. Проводилось гистологическое исследование и КЛКТ. Таким методом было выполнено 28 исследований. Из них силиконовых имплантатов 8 наблюдений, медпор – 12; эофлон – 8. По результатам анализа гистологических препаратов были морфологические изменения тканей вокруг имплантата. По нашим данным использование любых имплантатов вызывало изменения окружающих тканей: формирование капсулы и перестройка подлежащей костной ткани. При силиконовых имплантатах они выражены максимально, а при пористых – в меньшей мере. Проведенное нами исследование позволяет сделать 2 основных вывода: 1 – на сегодняшний день наиболее стабильные результаты без выраженных патоморфологических изменений окружающих тканей позволяют получить пористые материалы на основе полиэтилена высокой плотности (медпор) и политетрафторэтилена (эофлон). 2 – монолитные имплантаты на основе силикона вызывают резко выраженные дегенеративные изменения окружающих тканей. Силикон не только вызывает грубое рубцевание, но и лизис прилегающей здоровой кости. В итоге при его использовании мы не только не добьемся стабильных отдаленных результатов, мы поставим под угрозу полноценное здоровье пациента.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПОТРАНСФЕРА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПЛАСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ РАН ГОЛЕНИ И СТОПЫ: МИКРОРЕЛЬЕФ, МИКРОФЛОРА, МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ

Рябков М.Г., Спиридонов А.А., Тихонова О.А.,
Меньшенина Е.Г., Погодин И.Е., Киселева Е.Б., Симонов А.С.
*Приволжский исследовательский медицинский университет,
Нижний Новгород*

Введение. Эффективность классической аутодермопластики в лечении хронических ран (ХР) голени и стопы невысока (Walker, 2015; Шибяев, 2018; Бесчастнов, 2018). Причины известны: неравномерная зрелость ткани, микробная биопленка на поверхности ХР; истощение пластических ресурсов, паракринных факторов роста; хроническое нарушение кровоснабжения (Глухов, 2015; Yarets, 2017). Трансплантация жировой ткани потенциально способна решить некоторые из этих проблем (Piccolo, 2014; Зирияхожяев, 2015; Васильев, Мантурова, 2019; Самойлов, 2019). Однако традиционная технология липотрансфера требует существ-

венной адаптации к специфике ХР. Гипотеза. Липотрансфер на участках ХР с неравномерной зрелостью, сложным микрорельефом, вместе с аутодермопластикой на участках с равномерно зрелыми грануляциями, обеспечит прецизионное закрытие поверхности, замедлит реинфицирование и ускорит реваскуляризацию трансплантатов.

Цель. Обосновать оптимальную технику липотрансфера в комбинации с аутодермопластикой для лечения хронических ран голени и стопы.

Материал и методы. Среди 42 пациентов, прооперированных по поводу ХР голени, стопы, традиционная аутодермопластика применена у 19 (группа «А»), комбинация аутодермопластики и липотрансфера – у 23 (группа «В»). Исходная площадь раны в группе «А» составила 101,1 [78,3;108,8] см², в группе «В» – 94 [81,3;109] см² (p=0,566). В группе «А» всю поверхность закрывали расщепленным аутодермотрансплантатом. В группе «В» 19 пациентам поверхность с равномерно развитой грануляционной тканью закрывали дермотрансплантатом, а на поверхность с неравномерным микрорельефом наносили липоаспират, полученный с брюшной стенки. 4-м пациентам липоаспират инъекционно вводили в околораневые ткани. Микрорельеф поверхности раны изучали с помощью прибора мультимодальной оптической когерентной томографии (ММ ОКТ, Институт прикладной физики РАН, Нижний Новгород); микробный пейзаж – по данным баканализа раны; микроциркуляцию – с помощью ММ ОКТ в режиме ангиографии и лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ, прибор ЛАКК-2).

Результаты. Микрорельеф поверхности раны коррелировал со зрелостью ткани: на участках с регенераторно-воспалительным типом раневого процесса перепады микрорельефа по данным ММ ОКТ составляли 0,55 [0,31;0,77] мм; на дегенеративно-воспалительных и дегенеративно-некротических участках – 1,12 [0,73;1,22] мм (p=0,031). Перепады микрорельефа предопределяли неплотное прилегание кожного трансплантата и формирование жидкостных линз между трансплантатом и поверхностью раны. Липоаспират, использованный в группе «В» для закрытия неровных участков, благодаря дисперсности, прецизионно контактировал с поверхностью раны и после приживления способствовал выравниванию рельефа. Микрофлора на поверхности раны через 12 суток после операции у большинства пациентов (15 группе «А», 13 в группе «В») не превышала 10⁵ КОЕ/мл либо не высевалась совсем. Существенно различались результаты посевов у пациентов, которым вынужденно удаляли лизированную часть трансплантата: в группе «А» во всех случаях после иссечения некроза дермотрансплантата с поверхности раны высевались *S. aureus*; *E. coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp*; *P. aeruginosa*. В то же время после удаления нежизнеспособной части липоаспирата в группе «В» патогенная микрофлора с поверхности раны получена лишь в 63% случаев. Микроциркуляция в околораневой коже у пациентов групп «А» и «В» в периоперационном периоде по данным ММ ОКТ и ЛДФ значимо не отличалась. При этом она существенно зависела от способа трансплантации липоаспирата: после инъекции липоаспирата в околораневые ткани произошло снижение индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ) на 27% (p=0,041), а по данным ОКТ вместо внутрикожной сети появилась совокупность разрозненных «оборванных» микрососудов. После помещения липоаспирата на поверхность раны микроциркуляция не изменялась.

Выводы. В лечении ХР одновременное использование для пластики кожи и липотрансфера позволяет увеличить эф-

фективность операции. Неравномерный микрорельеф на участках хронической раны ухудшает прилегание аутодермотрансплантата и увеличивает риск его лизиса. Липоаспират на таких участках прецизионно контактирует с поверхностью, сокращает риск реинфицирования, способствует заживлению раны и подготовке ее к повторной пластике. Инъекция липоаспирата в околораневые ткани на голенях и стопах ассоциирована со значимыми нарушениями микроциркуляции в околораневой коже, в отличие от нанесения липоаспирата на поверхность раны.

СКЛЕРОПЛАСТИКА ПОСЛЕ БРАХИТЕРАПИИ УВЕАЛЬНОЙ МЕЛАНОМЫ

Саакян С.В., Амирян А.Г.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
глазных болезней им. Гельмгольца Минздрава России», Москва*

Брахитерапия (БТ) – контактное облучения глаза с использованием радиоактивных офтальмоаппликаторов, является основным органосохраняющим методом лечения увеальных меланом (УМ). Имея высокую локальную эффективность, БТ приводит к развитию ряда лучевых осложнений, утяжеляя течения заболевания. Лучевой некроз склеры – редкое осложнение БТ. Частота его по данным различных авторов варьирует от 0% до 33%. Несмотря на редкость, некроз склеры считается одним из грозных, поскольку имеется риск перфорации глаза и прорастания опухолевых клеток за ее пределы, повышая, таким образом, вероятность метастазирования. В зависимости от глубины поражения склеры различают сквозной (перфорация) и несквозной (частичный) дефекты склеры. В отличие от несквозного, перфорация подразумевает проведения экстренных мероприятий, и, как правило, удаление глаза. С целью сохранения глаза больного и профилактики риска перфорации глаза, применяются склеропластические операции с использованием различных приемов и материалов (как биологических, так и искусственных), направленных на создание дополнительного каркаса стенки глаза.

Цель настоящей работы – проанализировать эффективность склеропластических операций у больных УМ после БТ. Материал и методы. Проанализированы результаты склеропластики у больных УМ, которую проводили как с целью профилактики лучевого некроза (24 больных), так и у больных с уже развившимся некрозом (19 больных). Для прикрытия дефекта склеры с формированием каркаса глаза нами были использованы кадаверная склера (у 36 больных), аллоплант из твердой мозговой оболочки («Аллоплант», г. Уфа, Россия) (у 3 больных) и синтетическое трикотажное офтальмологическое полотно из полиэфирного волокна с полимерным покрытием («ТОФЭКС», г. Тверь, Россия) (у 4 больных). Результаты лечения оценивали как в первые сутки после операции, так и в сроки – через 1 мес, 3 мес, 6 мес, 1 год, 2 года и 3 года после хирургического лечения. Обращали внимание на приживление покровного материала, реакцию со стороны окружающих тканей глаза, «тургор» глаза.

Результаты. Применение донорской склеры показало приживление трансплантата у 31 из 36 прооперированных больных. При проведении склеропластики кадаверной склерой с профилактической целью отмечен наилучший результат: лучевой некроз отмечен только у одной паци-

ентки с меланомой цилиарного тела спустя 3 года после БТ. У больных с уже развившимся некрозом склеры результаты склеропластики оказались чуть хуже. Частичный лизис донорской склеры отмечен у 4 больных, который наблюдали в течение первого месяца после склеропластики. У всех больных с использованием с качестве материала для склеропластики аллопланта осложнений выявлено не было как в ранние сроки (до 3 мес после склеропластики), так и в более поздние сроки (до 3 лет) после операции. Прикрытие постлучевого дефекта склеры с применением синтетического офтальмологического полотна проведено у 4 больных. У двух из них в послеоперационном периоде был отмечен частичный лизис трансплантата и проведена попытка сохранения глаза – создание каркаса с использованием синтетического материала (офтальмологического полотна). Одному из них через 3 мес после склеропластики проведена энуклеация из-за отсутствия приживления офтальмологического полотна. Другому пациенту глаз удалось сохранить. При динамическом наблюдении у всех 3 больных (через 6 мес, 1 год, 2 года и 3 года) отторжения трансплантата не выявлено.

Заключение. Таким образом, в целом склеропластические операции при постлучевых некрозах склеры после БТ УМ достаточно эффективны и позволяют в большинстве случаев сохранить больному глаз. Необходим строгий индивидуальный подход для планирования и проведения склеропластики, которая должна проводиться в специализированных офтальмологических стационарах, имеющих опыт лечения больных УМ. С целью минимизации лучевых повреждений необходимо соблюдать показания к лучевой терапии УМ, а также проводить профилактические мероприятия больным, входящих в группу риска, что позволит снизить тяжесть, и, возможно, частоту лучевых склеромаляций.

ОРБИТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТЫ В ДЕТСКОЙ ОФТАЛЬМООНКОЛОГИИ: КРИТЕРИИ ДОПУСТИМОСТИ

Саакян С.В., Филатова И.А., Макарова А.А.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
глазных болезней им. Гельмгольца Минздрава России», Москва*

Ретинобластома (РБ) – самая распространенная злокачественная внутриглазная опухоль у детей в возрасте от момента рождения до 3 лет (1 на 15–20 тыс. живых новорожденных). Несмотря на наличие эффективной системы органосохраняющих методов лечения, энуклеации подвергаются примерно треть детей с первичной опухолью. Это является следствием отсутствия ранней диагностики, резистентностью опухоли к цитостатикам или наличием рецидивирующего процесса, при котором резко возрастает риск гибели ребенка. Впоследствии, анофтальм может привести к развитию анофтальмического синдрома, что значительно ухудшает качество жизни ребенка и развитию психологических проблем по мере взросления пациента. В таких случаях эндопротезирование глазницы, по данным разных авторов становится важным этапом реабилитации пациентов с отсутствием глазного яблока. Однако до настоящего времени вопрос о необходимости первичного эндопротезирования остается дискуссионным.

Цель: изучить частоту развития анофтальмического син-

дрома и разработать тактику формирования опорно-двигательной культи после энуклеации.

Материалы и методы: по данным отдела офтальмоонкологии и радиологии НМИЦ ГБ им. Гельмгольца за 3 года пролечено 142 ребенка с первичной РБ. Монокулярная форма была выявлена в 62%, бинокулярная – в 38% случаев, при этом у 75% детей с монокулярной формой опухоль выявлена на поздних стадиях (группа D и E). В связи с развитием вторичных осложнений, угрожающих жизни ребенка, удаление глаза было проведено 69 пациентам (48,6%) в возрасте от 1 до 41 мес (в среднем – 17,5 мес). Средний срок наблюдения 38 месяцев.

Результаты: анализ появления клинических симптомов показал, что первые признаки в виде западения верхнего века, уменьшения объема конъюнктивальной полости, ограничения подвижности глазного яблока появлялись к концу первого года наблюдения за ребенком и зависели от разных причин, в том числе от способа формирования культи, размеров орбиты, индивидуальных особенностей строения глазной щели, осложнений, возникающих во время операции и после нее. При этом развитие анофтальмического синдрома наблюдалось всего в 25% случаев наблюдений. Более часто встречалось формирование деформаций при вторичных энуклеациях на фоне химиотерапии и практически всегда на после лучевой терапии (локальной или дистанционной). В этой группе отсроченная имплантация культи была проведена во всех случаях и дальнейшие осложнения в виде отторжения импланта, прорезывания швов и других зависели от состояния орбитальных тканей, размеров орбиты, степени спаечного рубцового процесса, а также индивидуальных анатомических особенностей.

Выводы: таким образом, наш опыт показал, что при первичной энуклеации необходимость эндопротезирования составляет порядка 20–25% и зависит от способа формирования культи и анатомических особенностей. Необходимость эндопротезирования резко возрастает при вторичной энуклеации, а развитие осложнений от вида комбинированного лечения.

ФИБРОМАТОЗ АУГМЕНТИРОВАННОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ КСЕНОПЕРИКАРДОМ

Сарибекян Э.К., Колбанов К.И., Ортабаева Д.Р.

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

Введение. Агрессивный фиброматоз (или десмоидная опухоль) обычно происходит из глубоких апоневротических, стромальных структур. Типичная десмоидная опухоль представляет собой медленно растущее новообразование, доброкачественного характера, которое, однако, имеет склонность к агрессивному проникновению в прилежащие местные ткани. Гистологически десмоидные опухоли молочной железы представлены большим количеством коллагена с небольшими скоплениями разделенных веретенообразных клеток. Болезнь встречается преимущественно у женщин, составляя 2–4 новых случая на 1 млн. женского населения в год. В этиологии предполагают значение травматического фактора, так как имеются данные

о появлении болезни в зоне забора лоскута *m. latissimus dorsi* при реконструктивно-пластических операциях, в послеоперационных рубцах после мастэктомии, кесарева сечения, установления имплантатов молочных желез и пр. Материал. Представлен случай появления фиброматоза молочной железы после выполненной аугментации. Пациентке, 29 лет, в 2018 году выполнена двусторонняя аугментация молочных желез силиконовыми имплантами объемом 355 мл. Спустя один год после аугментации, в марте 2019 г. пациентка отметила появление чувства дискомфорта в области правой субмаммарной складки. При компьютерной томографии органов грудной клетки и магнитно-резонансной томографии (МРТ) признаков нарушения целостности стенок имплантов нет, выявлен участок образования по нижнему краю импланта справа овальной формы 3x4,2x2,5см, расценен как лимфокиста или серома. Пациентке проводили консервативную противовоспалительную терапию без эффекта. При обращении в МНИОИ им. П.А.Герцена 08.2019 в области правой субмаммарной складки небольшое выбухание, при пальпации – плотная неподвижная опухоль диаметром около 4,5 см. При МРТ образование вовлекает мягкие ткани передней грудной стенки с распространением по межреберному промежутку. Подмышечные и парастернальные лимфоузлы не увеличены.

Заключение. МРТ-картина рака правой молочной железы. Цитологически – листовидная фиброаденома. При гистологическом исследовании трепан-биоптата образования картину следует дифференцировать между рубцовыми изменениями, десмоидным фиброматозом или стромальным компонентом филоидной опухоли. Иммуногистохимическое исследование выявило диффузную экспрессию SMA, очаговую экспрессию десмина, слабую экспрессию β-катенина. Реакция с антителами к CD34, S100 – отрицательная.

Заключение: десмоидный фиброматоз. Выполнена операция 05.09.2019. В субмаммарной складке справа произведены два разреза кожи в поперечном направлении, включающие послеоперационный постаугментационный рубец и частично кожу нижних отделов молочной железы в проекции образования грудной стенки. При ревизии на грудной стенке имеется плотное, неподвижное новообразование размером 7,0x5,0 см, с ровными контурами, четко отграниченное от прилежащих тканей. С опухолью интимно спаян верхний листок капсулы имплантата молочной железы, а снизу – межреберные мышцы на уровне 5–6 ребер. Удален имплантат молочной железы. На уровне 4 межреберья выполнена торакотомия. Произведена резекция фрагментов 5 и 6 ребер, отступая от видимых границ опухоли на 1–3 см. Образовавшийся дефект каркаса грудной клетки закрыт ксеноперикардом размером 120x80 мм с подшиванием отдельными узловыми швами к мышечно-фасциальным краям дефекта грудной клетки. Большая грудная мышца мобилизована, край ее латерально подшит отдельными узловыми швами к передней зубчатой мышце, латерально – к наружным межреберным мышцам и поверхностной грудной фасции. С целью симметризации удален имплантат в контрлатеральной молочной железе. Гистологически: узел представлен фибромой-десмоидом с инфильтрацией межреберных скелетных мышц, врастанием в капсулу эндопротеза и краевой деструкцией костной ткани ребер, без инвазии в них. В краях резекции по всему препарату – без опухолевого роста. Послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольном осмотре через 3 и 6 месяцев – без рецидива заболевания, хороший эстетический результат.

Выводы. После выполнения аугментационной маммопластики необходимо отслеживать состояние молочных желез и прилежащих к имплантам структур грудной стенки. В случае отсутствия эффекта от противовоспалительной терапии по поводу предполагаемых серозных кист и гиперпластических процессов необходима биопсия проблемного участка с целью гистологического исследования.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ РЕКОНСТРУКЦИИ УШНЫХ РАКОВИН ПОСЛЕ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Сергиенко Е.Н., Сергиенко В.М.

Государственное бюджетное учреждение Тверской области «Областная клиническая больница»; ООО «Клиника восстановительной медицины «Луч», Тверь

Введение. Последствия термических травм приводят к различным последствиям, от безобидных до крайне тяжелых проявлений. Реконструктивные вмешательства при наличии приобретенных дефектов ушных раковин представляют особую сложность, из-за функциональной и эстетической значимости тканей указанной локализации. Описано, что реплантация утраченных тканей приводит к оптимальному эстетическому результату. При термической травме реконструктивное лечение возможно после полного очищения и рубцевания раны, в редких случаях возможно раннее выполнение операции, что может позволить значительно сократить сроки реабилитации.

Цель и задачи. Описать собственный опыт реконструкции обеих ушных раковин у пациента, перенесшего термическую травму.

Материалы и метод. Пациент Ч., 49 лет, пострадал от термической травмы (кипящая вода). Сразу после происшествия в ожоговом отделении пациенту выполнена первичная хирургическая обработка раны, назначена антибактериальная и симптоматическая терапия. Проводилось длительное консервативное лечение, которое закончилось некрозом тканей части обеих ушных раковин. Через 6 месяцев пациент обратился в Клинику «Луч», где при осмотре были обнаружены сквозные клиновидные дефекты обеих ушных раковин. Справа – соответствовал по площади трети ушной раковины, слева – двум третям. У обеих ушных раковин отсутствовали завиток, противозавиток и часть чаши. До травмы у пациента наблюдалась врожденная лопухость, что позволило использовать увеличенные хрящи для реконструкции. С учетом функциональных, анатомических и эстетических особенностей дефекта запланировано и проведено хирургическое лечение под местной анестезией и мониторингом параметров жизнедеятельности пациента, состоявшее из двух этапов. За четырнадцать дней до операции пациенту назначены антигипоксантные препараты. В обоих случаях в ходе оперативного лечения сформирован истинный дефект и подготовлено воспринимающее ложе для лоскута, путем дебридмента краев раны. При выкраивании лоскута в заушной области, учтены анатомические особенности. На участках хряща выполнены насечки, имитирующие противозавиток, часть хряща чаши иссечена и перемещена, выполнено эстетически приемлемое сопоставление выкроенных хрящей, которые укрыты кожным лоскутом, наложены узловыи швы и формирующая повязка.

Результат и выводы. Период заживления продолжался четырнадцать дней. Назначена антибактериальная (до семи дней) и антигипоксантная (до тридцати дней) тера-

пия, ежедневные асептические перевязки с антитромботическими мазями в течение семи дней. В последующие дни применяли гели, улучшающую трофику и регенерацию тканей. Непосредственными побочными эффектами были послеоперационный отек, болезненность и экхимоз тканей, которые нивелировались к концу седьмого дня. Участков некроза тканей не наблюдали, это позволяет предположить, что раннее назначение антигипоксантных препаратов и антитромботических мазей и их длительное применение позволяет добиться хороших эстетических результатов и восстановить качество жизни пациента.

ЛИПОФИЛИНГ КАК СПОСОБ КОРРЕКЦИИ РИПЛИНГА ПОСЛЕ ПОДКОЖНОЙ МАСТЭКТОМИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ИМПЛАНТОМ

Сибеква Ф.А., Иванов В.Г., Волох М.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет, Санкт-Петербург

В настоящее время лечение заболевания «рак молочных желез» шагнуло далеко вперед. В том числе хирургическое лечение. При установке диагноза на раннем этапе и отсутствии послеоперационной лучевой терапии можно добиться положительных эстетических результатов практически без следов вмешательства. В своей практике во время выполнения радикальной мастэктомии мы придерживаемся тактики сохранения кожного чехла (при условии ее интактности) с целью одномоментной установки импланта. Такая методика более предпочтительна как для пациентов, так и для хирургов. Такая операция не требует длительной дермотензии, по продолжительности занимает около 2–3 часов, реабилитационный период, соответственно, сокращается и отсутствуют линейные рубцы поперек молочных желез, что определенно является преимуществом. Но, как и у любой методики, у этой есть свои недостатки – практически в 100% случаев отмечается появление риплинга.

Материалы и методы. Основываясь на опыте разрешения липофилингом «ребристости» на молочных железах при первичной аугментации, мы решили использовать эту же методику в случаях с нашими пациентками. За период с сентября 2018 года до июня 2020 года подкожная мастэктомия с одномоментной установкой импланта была выполнена 54 пациенткам. Из них частота выявления риплинга составила 98% (т.е. 53 случая). Также стала заметна небольшая асимметрия молочных желез через 6 месяцев после первичной операции. У всех пациенток были показания к коррекции осложнения и все они предпочли бы выполнить ее. Липофилинг не выполнялся только пациенткам, которым планировалось проведение лучевой терапии. Во всех остальных случаях было выполнено повторное хирургическое вмешательство для решения следующих задач: устранение риплинга и устранение асимметрии молочных желез. В среднем понадобилось от одной до трех процедур липофилинга объемом около 200–300 мл в участки западения и для устранения асимметрии. При первичном липофиллинге устранение риплинга было достигнуто у 60% пациенток. По истечении 12-месячного срока наблюдения произошла потеря пересаженного жира в объеме до 25%. Спустя еще время результат оставался стабильным и не наблюдалось даль-

нейшей потери жира. Пациентки и хирург остались довольны конечным результатом.

Заключение Методика липотрансфера имеет широкую популярность и определенно рекомендована к применению в случаях подкожной мастэктомии с одномоментной реконструкцией имплантом для коррекции последующего риплинга. По завершению коррекции можно достичь стабильного отличного эстетического результата практически без следов операции.

МУЖСКАЯ КОНТУРНАЯ ПЛАСТИКА: АУГМЕНТАЦИЯ МАНДИБУЛЯРНОГО УГЛА

Ситанович Р.Д.

Клиника «Дифферент Лаб», Москва

Актуальность и новизна материала. В последние годы отмечается тенденция мужчин следить за своей внешностью, посещая клиники косметологии и пластической хирургии. Сегодня современный мужчина хочет выглядеть в соответствии со своим статусом, быть ухоженным, сексуальным, влюблять в себя, но при этом оставаться мужественным. Аугментация мандибулярного угла – как самого маскулинного акцента лица – сегодня является крайне востребованной процедурой среди пациентов сильного пола. Лицам с выраженными углами нижней челюсти присущ более брутальный, радикальный характер, независимая и категоричная харизма.

Цель: выявление эффективности аугментации углов нижней челюсти с целью усиления мужской гендерной принадлежности при использовании филлеров на основе гиалуроновой кислоты.

Материалы и методы: аугментация мандибулярного угла проводилась пациентам мужского пола, имеющим показания для коррекции в этой области – дефицит объема угла нижней челюсти, нечеткий контур нижней челюсти, овальный, круглый, треугольный изотипы лица. Для коррекции был применен протокол использования двухуровневого введения филлера на основе гиалуроновой кислоты: – Супрапериостально гель вводился иглой под m.masseter по нижнему краю угла нижней челюсти в 4 болюса (по 0,25 мл в каждый болюс) – в объеме 1 мл на каждую сторону. – Субдермально канюлей 22 G линейно-ретроградно в веерной технике в проекции мандибулярного угла – 1 мл на каждую сторону. Объем препарата подбирался исходя из оценки анатомии мандибулярного угла, а также с учетом особенностей пациента, и варьировал в объеме 1–2 мл на сторону. Оценка результатов процедуры проводилась на основании критериев Международной глобальной шкалы эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale; GAIS). Объективность оценки клинической эффективности подтверждалась сравнением фотографий, сделанных до и сразу после процедуры, а также на 14-й, 21-й, 90-й дни после процедуры.

Результаты: через 90 дней после процедуры у пациентов отмечалось «значительное» и «выраженное» улучшение по шкале GAIS. Субъективно пациенты отмечали достижение результата уже на процедуре с эффектом более брутального, мужественного изотипа лица.

Выводы: протокол двухуровневого введения филлера на основе гиалуроновой кислоты может эффективно применяться для эстетической коррекции мандибулярного угла у пациентов мужского пола. Одновременное сочетание игольной и канюльной техники в мандибулярной области

с супрапериостальным и субдермальным уровнем обосновано с целью усиления эффекта волонизации и достижения более высокого результата коррекции. Акцентуализация углов нижней челюсти усиливает мужскую гендерную принадлежность, придавая брутальный и категоричный характер, повышая востребованность и репродуктивный потенциал сильного пола.

В докладе будут использованы видеоматериалы, демонстрирующие методику, а также фото До и После.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАМ-ЛОСКУТА ПОСЛЕ ОБШИРНОЙ ФЛЕГМОНЫ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ И ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДРА

Столярж А.Б., Тетерин Д.К., Котюх А.В., Горбунов Ю.И., Кузнецова Л.В.

3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского, Красногорск

Замещение обширного дефекта мягких тканей после флегмоны является технически сложной задачей и требует высокого уровня подготовки хирургической бригады. Представляем вашему вниманию клинический случай применения поперечного кожно-мышечного лоскута на основе прямой мышцы живота (TRAM) при флегмоне паховой области и области передней поверхности бедра.

Пациент А. 29 лет с диагнозом: Состояние после флегмоны левой пахово-бедренной области с образованием обширного дефекта покровных тканей. Манифестация заболевания началась с появления боли, отека, гиперемии на передней поверхности левого бедра и фебрильной лихорадки. Пациент за медицинской помощью не обращался. На 9-е сутки от появления симптомов, в связи с отрицательной динамикой, больной был госпитализирован бригадой СМП с диагнозом: Гнилостно-некротическая флегмона переднебрюшной поверхности левого бедра с переходом на переднюю брюшную стенку, где по неотложным показаниям выполнено вскрытие флегмоны широкими лампасными разрезами. На 10-е сутки выполнена некрэктомия и санация инфицированных тканей, размер дефекта мягких тканей составил 30x18см. При посеве отделяемого из раны определялся обильный рост колоний *S. aureus*, после чего проводилась антибактериальная терапия согласно чувствительности, с ежедневной хирургической обработкой раны с положительным эффектом в виде улучшения клинико-лабораторных показателей и *st. localis* (снижение обсемененности, активный рост грануляций). Ввиду образования обширного дефекта покровных тканей и высокого риска аррозивного кровотечения было принято решение о проведении пластического замещения образовавшегося дефекта, не дожидаясь полного очищения раневой поверхности. На 13-е сутки была выполнена пластика несвободным кожно-мышечным TRAM-лоскутом на нижнем эпигастральном сосудистом пучке. На 4-е сутки после операции возникло ожидаемое осложнение в виде некроза четвертой зоны лоскута. Образовался дефект мягких тканей размерами 6x4 см, дном которого была прямая мышца бедра, что потребовало выполнение аутодермопластики полнослойным кожным трансплантатом с передней поверхности здорового бедра на 10-е сутки после первичного пластического этапа. Пациент был выписан на 34-е сутки госпитального периода в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Задача реконструктивного хирурга состоит в том, чтобы определить лоскут, который будет максимально подходящим в каждом отдельном клиническом случае. TRAM-лоскут в данном случае позволил надежно покрыть обширный дефект мягких тканей, обеспечил возможность несвободной пластики данной области, что является более безопасным у таких пациентов вследствие более стабильного кровоснабжения и отсутствия анастомозов в области инфицированных тканей. Многокомпонентный лоскут позволил провести тампонаду дефекта мышечным компонентом, именно за счет активного кровоснабжения мышцы показал хорошие результаты в лечении инфицированных ран.

КОНТУРНАЯ ПЛАСТИКА ТЕЛА (КПТ) ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ОПЦИЯ?

Столярж А.Б., Тетерин Д.К., Котюх А.В., Горбунов Ю.И.,
Чеботарь В.И., Кузнецова Л.В.

*3 Центральный военный клинический госпиталь
имени А.А. Вишневого, Красногорск*

Ожирение является одной из основных причин снижения уровня жизни и важным фактором, способствующим заболеваемости и смертности. Бариатрическая хирургия считается максимально эффективным методом лечения ожирения, приводящим к значительной потере веса, что положительно сказывается на течении сопутствующих заболеваний вплоть до полной их ремиссии. Все вышесказанное существенно влияет на улучшение качества жизни. Повторный набор веса приводит к обострению коморбидных состояний и увеличивает расходы на лечения в данной группе пациентов, поэтому именно сохранение результатов похудения имеет первостепенное значение. Высокий процент пациентов, перенесших бариатрическую операцию, не может в полной мере насладиться результатом потери веса по причине большого количества деформаций контура тела и выраженного избытка кожи всех областей тела после похудения. Этот фактор привел к появлению новой популяции пациентов, нуждающихся в КПТ не только по эстетическим показаниям. Иссечение перерастянутой кожи позволяет вернуться к нормальным повседневным занятиям и физическим нагрузкам, что выражено влияет на контроль веса в дальнейшем. Массивные тяжелые свисающие покровные ткани могут вызывать различные жалобы, в том числе болевые ощущения в области спины, шеи и боли, связанные с физическими нагрузками. Этим пациентам тяжело соблюдать личную гигиену, зачастую их сопровождают неприятные запахи. Из-за отсутствия физической возможности и тяжелого психоэмоционального состояния возникают ограничения в сексуальной жизни. Возникает проблема с поиском подходящей одежды. У таких больных часто появляется сыпь и раздражения участков кожи, находящейся в области складок, в области пупка особенно в теплую погоду. В некоторых случаях это раздражение может привести к лимфедеме, опрелостям, панникулиту и хроническим инфекциям. В конце концов, становится очевидным, что как бариатрическая хирургия, так и пластическая хирургия в виде контурной пластики тела должны быть включены в программу этапного комплексного хирургического лече-

ния ожирения, которое должно быть выполнено междисциплинарной командой для достижения максимального результата.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ ПОВЕРХНОСТНЫХ ТКАНЕЙ У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Столярж А.Б., Тетерин Д.К., Котюх А.В., Чеботарь В.И.,
Кузнецова Л.В.

*3 Центральный военный клинический госпиталь
имени А.А. Вишневого, Красногорск*

Актуальность. Пролежни являются осложнениями болезней, сопровождающихся нарушением подвижности пациентов. В связи с прогрессивным развитием медицинских технологий, увеличением выживаемости пациентов, в частности после травм и заболеваний ЦНС, неизбежно растет количество больных, прикованных к постели, которые автоматически оказываются в группе риска образования пролежней. По суммарным затратам на лечение, пролежни входят в тройку лидирующих заболеваний вместе с онкологической патологией и сердечно-сосудистыми болезнями.

Цель. На основании личного опыта и проанализированной литературы определить оптимальную схему выбора хирургического метода лечения пролежней покровных тканей у спинальных больных.

Материал и методы. Тактика хирургического лечения пролежневых язв определяется размерами пролежня, его стадией, локализацией, наличием инфекционных осложнений и сопутствующих заболеваний, однако самой важной характеристикой при выборе метода был – вид подлежащих тканей. Закрытие дефектов с обнаженными в ране костными структурами сопряжено с определенными трудностями. Предоперационная подготовка раны в виде раневой вакуум-терапии, ультразвуковой кавитации позволяли уменьшить сроки очищения ран, снизить микробное число и сократить предоперационный койко-день. В центре реконструктивной и пластической хирургии 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России в период с 2016 по 2018г. было пролечено 37 спинальных пациента с пролежнями 3–4 степени в области седалищного бугра, крестца и большого вертела бедренной кости, в некоторых случаях имелось комбинированное поражение нескольких зон. У данных больных было выполнена 41 реконструктивная операция. Среди них 21 мужчина и 16 женщин, средний возраст составил 38 ± 12 лет. Время наблюдения от 7 до 40 месяцев (в среднем 24 ± 17). У 31 пациента (84 %) имелись тяжелые нарушения нервной трофики в виде заболеваний и повреждений спинного мозга. В 23 случаях (62%) язва располагалась в области седалищного бугра, у 7 пациентов (19%) – в области крестца и 7 больных (19%) – в области большого вертела бедренной кости. Обязательным условием для проведения операции являлось очищение раны, стабильное состояние пациента и нормализация его статуса питания. Первым этапом операции во всех случаях было радикальное иссечение всех некротизированных и рубцовых тканей, составляющих стенки язвы. Единым блоком, выполнялась остеонекрэктомия при пролежнях IV степени и остеотомия для уменьшения выступающих участков костей. Замещение дефектов тканей осуществлялся за счет использования хорошо васкуляризованных лоскутов (мы-

шечных, мышечно-кожных), проводилось дренирование ран в раннем послеоперационном периоде. Для устранения образовавшегося дефекта покровных тканей в области седалищного бугра выкраивался лоскут на основе большой ягодичной мышцы в 5 случаях (22%) и лоскут на основе двуглавой мышцы бедра 18 случаев (78%), для закрытия язвы в проекции крестца использовался комплекс тканей на основе ягодичной мышцы у 2 пациентов (29%) и V-Y пластика в 5 случаях (71%). При локализации пролежня в области большого вертела бедренной кости 3 пациентам проводилось замещение дефекта с помощью лоскута двуглавой мышцы бедра (43%), а 4 применялся напрягатель широкой фасции бедра (57%).

Результаты. В результате проведенного оперативного лечения устранены пролежни у 36 пациентов (97%). В одном наблюдении (3%) возник значительный порциальный некроз ягодичной мышцы с последующим образованием полости и хронической раны в донорской области и в 3 случаях (8%) на 3-и сутки на фоне максимального отека возник краевой некроз кожи с последующим прорезыванием швов и у 2 пациентов (5%) на фоне выраженных спастических движений произошло расхождение швов. В этих случаях потребовались повторные оперативные вмешательства: пластики пролежня в области седалищного бугра длинной головкой двуглавой мышцы бедра и, пластика V-Y лоскутом, и наложением вторичных швов. У остальных пациентов полное заживление дефектов было достигнуто вторичным натяжением. Гематомы и серомы отмечались после 6 операций (16%) и не повлияли на исход лечения.

Выводы. Применение лоскутов с включение мышечного компонента в его состав дает хороший косметический и функциональный результат при закрытии пролежней с обнаженными глубокими анатомическими структурами, кроме этого позволяет снизить койко-день, в некоторых случаях избежать инвалидизации пациента и облегчить социализацию, что имеет значительный экономический эффект.

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПУТЕМ СОХРАНЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПРИ ПЕРВИЧНОМ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Сухарев В.А., Иванов С.Ю., Терещук С.В., Васильев Е.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Главный военный клинический госпиталь имени ак. Н.Н. Бурденко» Министерства Обороны РФ; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

Введение. Одним из неизбежных последствий резекции нижней челюсти является повреждение нижнего луночкового нерва, который обеспечивает чувствительность зубов нижней челюсти, десны, половины нижней губы и кожи подбородка. При полной потере чувствительности нижней губы пациенты теряют способность пить, не расплескивая напиток, не ощущают температуру принимаемой пищи, не ощущают смыкания губ, из-за чего изо рта истекает слюна, у некоторых изменяется речь. Сохранение непрерывности нижнего альвеолярного нерва путем его транспозиции в

ходе резекции нижней челюсти повышает качество жизни пациентов. Цель исследования. Разработка методики планирования и проведения резекции нижней челюсти с сохранением непрерывности нижнего альвеолярного нерва при резекциях и одномоментном устранении дефектов нижней челюсти для повышения эффективности лечения пациентов с лучевыми остеонекрозами и доброкачественными новообразованиями нижней челюсти.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 40 больных: 15 с доброкачественными амелобластомами, 25 – с радионекрозами, которым выполнены резекции нижней челюсти с первичной пластикой реваскуляризованными лоскутами. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа (контрольная n 20) – пациенты, которым резекция нижней челюсти проводилась по стандартной методике с пересечением нижнечелюстного канала и проходящего в нем нижнего альвеолярного нерва; II группа (исследуемая n 20) – пациенты, которым в ходе резекции проводилось сохранение нижнего альвеолярного нерва по разработанной методике. Для объективной оценки чувствительности в зоне иннервации n. mentalis использовался электроодонтометр «Аверон». Оценка качества жизни пациентов в обеих группах проводилась по опросникам Oral Health Impact Profile (OHIP-14) и SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form 36).

Результаты. У пациентов I группы восстановления чувствительности в точках тестирования в течение 12 месяцев после операции не отмечалось. Во II группе отмечалось восстановление чувствительности в зоне иннервации нижнего альвеолярного нерва до предоперационного уровня в сроки от 3 недель до 6 месяцев после операции. При оценке качества жизни пациентов в послеоперационном периоде по опросникам OHIP-14 и SF-36 показано улучшение качества жизни в обеих группах в течение 12 месяцев после операции, в то же время уровень качества жизни в контрольной группе был значительно ниже исследуемой группы на всех временных отрезках наблюдения.

Выводы. Сохранение непрерывности нижнего альвеолярного нерва путем его транспозиции в ходе резекции нижней челюсти является эффективным этапом операции. Сохранение чувствительности нижней губы при этом существенно повышает качество жизни пациентов. Виртуальное хирургическое планирование с изготовлением хирургических шаблонов повышает точность операции, уменьшает травматизм и сокращает время операции.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЗАМЕДЛЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Сухопарова Е.П., Зиновьев Е.В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург

Введение. К метаболическому синдрому (МС), олицетворяющему в настоящее время одну из наиболее приоритетных и социально-значимых проблем медицины, прикова-

но пристальное внимание широкого круга специалистов во всем мире: эндокринологов, кардиологов, терапевтов, хирургов, врачей общей практики и др. Это обусловлено в первую очередь как высокой распространенностью данного синдрома, которая в некоторых странах, в том числе и России, приобретает характер эпидемии, достигая 25–35% и выше среди взрослого населения, так и большим клиническим значением. Метаболический синдром может быть определен как сочетание абдоминального ожирения, нарушения углеводного и жирового обмена, а также инсулинорезистентности и развитие субклинического хронического воспаления подкожно-жировой клетчатки. H. Shi и соавт. (Shi H, et al. 2006) обнаружили, что свободные жирные кислоты активируют TLR4 в адипоцитах и макрофагах. То есть, ожирение вызывает повышение уровня свободных жирных кислот, а они, в свою очередь, активируют TLR4 и индуцируют метаболическое воспаление, одним из проявлений которого является замедленный процесс заживления и развития длительно-незаживающих ран. Воспалительная реакция при ожирении имеет свои особенности, иммунный ответ снижается как со стороны врожденного, так и приобретенного иммунитета. При ожирении наблюдается воспаление жировой ткани и местная инфильтрация жировой клетчатки различными клетками: моноцитами и макрофагами. Так, высокий уровень моноцитов находится в прямо пропорциональной зависимости от величины подкожно-жировой клетчатки, а также жировой массы тела. Feuerer (2017) показал, что ожирение сопровождается повышением уровня маркеров воспаления в жировой ткани и повышением в крови уровня провоспалительных цитокинов (IL-1, IL-6, TNF- α , IL-17, IFN- γ). Цель. Определить патофизиологические предпосылки замедления течения раневого процесса и развития длительно – незаживающих ран у пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. В ходе исследования выполнялось взятие венозной крови больного и определение уровня провоспалительных цитокинов (ФНО- α , IL-1, IL-6), уровня С-реактивного белка, расчет НОМА-IR индекса, определение уровня жирорастворимых витаминов (А, Е, Д, К), определение соотношения лептин/адипонектин, масс-спектрометрия микробных маркеров в крови. Проводилась биопсия подкожно-жировой клетчатки для проведения иммуногистохимического исследования признаков хронического воспаления и проведение биоэлементного анализа волос.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования удалось выявить прямую зависимость между макрофагальной инфильтрацией подкожно-жировой клетчатки и повышенным уровнем ФНО- α в циркулирующей крови у пациентов с метаболическим синдромом. Кроме этого возможно говорить о наличии прямой зависимости между этими факторами и индексом инсулинорезистентности НОМА-IR.

Выводы. 1. При планировании пластических операций целесообразно принимать во внимание наличие у пациента метаболического синдрома. 2. Повышение уровня ФНО- α в циркулирующей крови у пациентов с метаболическим синдромом может служить предиктором возможного осложнения течения раневого процесса.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ

Терещук С.В., Сухарев В.А., Васильев Е.А., Керимов А.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Главный военный клинический госпиталь имени
Н.Н.Бурденко» Министерства обороны РФ, Москва

Особенностью современных боевых конфликтов является преобладание ранений, полученных в результате взрывов над пулевыми. Согласно данным армии США современные вооруженные конфликты характеризуются наиболее частым возникновением ранений от применения взрывных устройств 84%. Чаще всего ранения возникают в области лица и конечностей, что объяснимо применением современных средств защиты комбатанта. Ранения в результате взрыва более разрушительные, чем пулевые, зачастую, захватывают более одной анатомической области

Цель исследования: изучить возможность и преимущества применения реваскуляризованных трансплантатов для устранения дефектов, возникших в результате огнестрельных ранений.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2020 год нами выполнены реконструктивные операции 46 раненым. При этом мы использовали 50 реваскуляризованных трансплантатов. В подавляющем большинстве случаев реконструктивные операции выполнялись на поздних сроках после ранения, после ранее осуществленных попыток устранения дефекта другими методами пластической хирургии. Самая ранняя реконструктивная микрохирургическая операция была выполнена на 4-е сутки после огнестрельного ранения.

Результаты. Все пластические операции, выполненные на ранних сроках течения раневого процесса, приводили к заживлению раны в течение двух недель с хорошим функциональным и эстетическим результатом. Даже в тех случаях, когда имелись явные признаки инфицирования раны, применение трансплантатов с немедленной реваскуляризацией приводило к быстрому их очищению и заживлению.

Выводы. Пластические операции на поздних сроках после огнестрельных ранений требуют большее количество хирургических этапов и приводят к менее предпочтительным функциональным и косметическим результатам. Возможность применения методов реконструктивной микрохирургии, направленных на первичное устранение дефектов в результате огнестрельных ранений, должна быть рассмотрена в ранние сроки после получения ранения. Это позволит избежать формирования выраженных рубцовых деформаций и потери функции.

НОВЫЙ ПОДХОД К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ТРАНСПЛАНТАТ ИЗ НАРУЖНОГО КРАЯ ЛОПАТКИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Терещук С.В., Иванов С.Ю., Сухарев В.А., Васильев Е.А.
*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Главный военный клинический госпиталь имени ак. Н.Н.
Бурденко» Министерства Обороны РФ; Федеральное
государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава
России (Сеченовский Университет), Москва*

В сложных условиях обширных комбинированных дефектов единственным выбором для реконструктивной операции является применение ревааскуляризованных костных трансплантатов. В сравнении с другими, трансплантат из наружного края лопатки (ТНКЛ) обладает рядом существенных преимуществ. Будучи забран на подлопаточной артерии, в состав трансплантата могут быть включены три кожно-фасциальные и кожно-мышечные лоскуты, два мышечные лоскута и угол лопатки. Главным недостатком трансплантата является относительно короткая (около 6 см) ножка.

Цель исследования: раскрыть потенциальные преимущества ТНКЛ, применив виртуальное хирургическое моделирование и сосудистые графиты для удлинения сосудистой ножки.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2020 год мы применили ТНКЛ в 7 случаях. В двух случаях трансплантат использовали для устранения дефектов верхней челюсти, в пяти – нижней челюсти. Все дефекты были комбинированными, т.е. требовалось восполнить как костные, так и мягкие ткани. Во всех случаях трансплантат применяли для устранения вторичных дефектов, в том числе в 5 случаях после предыдущей неудачной попытки их устранения малоберцовый трансплантатами с обеих голеней. В 2 случаях у пациентов имелась патология сосудов нижних конечностей (выраженный атеросклероз), что также не позволяло использовать малоберцовые трансплантаты. Для повышения точности и сокращения продолжительности данного этапа операции в пяти случаях была проведена трехмерная виртуальная реконструкция операции с последующей печатью на 3D-принтерах хирургических шаблонов для забора и остеотомии костной части трансплантата. В двух случаях устранения дефекта верхней челюсти нами были применены сосудистые графты. В одном случае мы использовали лучевые сосуды, в другом – торакодорсальные. Применение торакодорсального сосудистого графта позволило нам удлинить ножку трансплантата на 7 см.

Результат. Бесспорным преимуществом ТНКЛ является состоятельность сосудов и незначительная подверженность их атеросклерозу в отличие от сосудов нижних конечностей. Сосудистая ножка трансплантата может быть удлинена при помощи сосудистых графтов. Применение виртуального хирургического моделирования с изготовлением хирургических шаблонов и индивидуальных титановых конструкций сокращает операционное время и повышает точность хирургической операции, уменьшает число послеоперационных осложнений, уменьшает, тем самым, стоимость лечения.

Вывод. Объем костной ткани ТНКЛ достаточно для установки дентальных имплантатов. Данный трансплантат мо-

жет рассматриваться не только в сложных ситуациях, но и как трансплантат выбора при планировании устранения дефектов верхней и нижней челюсти.

ЛОСКУТЫ НА КОЖНЫХ ПЕРФОРАНТАХ ЛИЦЕВОЙ АРТЕРИИ

Терещук С.В., Сухарев В.А., Васильев Е.А.
*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Главный военный клинический госпиталь имени ак. Н.Н.
Бурденко» Министерства Обороны РФ*

Традиционным методом устранения дефектов кожи в области крыла и ската носа, верхней и нижней губы является ротированный кожный лоскут из носогубной складки. Этот метод отлично зарекомендовал себя за многие годы, что связано с оптимальными характеристиками кожи, используемой для устранения дефекта. Единственным недостатком данного метода является то, что в традиционном исполнении данного метода эстетически приемлемый результат может быть достигнут в ходе минимум двух хирургических этапов. В 2001 году было предложено использовать островковый кожный лоскут из носогубной складки, кровоснабжаемый кожными перфорантами лицевой артерии. По данным разных авторов в среднем от лицевой артерии отходит около 5 перфорант равномерно по всей длине лицевой артерии. Средняя длина кожного перфоранта составляет от 13 до 51 мм. Средний диаметр перфорант от 0,6 до 1,8 мм.

Материалы и методы. Нами использован кожный лоскут на кожных перфорантах лицевой артерии для устранения различных дефектов в области носа и верхней губы у 9 пациентов. Во всех случаях дефект возник после удаления рецидивов базальноклеточного рака. В двух случаях дефект локализовался на скате носа у внутреннего угла глаза, в пяти случаях – на крыле носа, двух случаях – верхней губе. В двух случаях в течение суток после операции был отмечен венозный застой лоскута, который не потребовал дополнительных назначений и разрешился самостоятельно. В одном случае был отмечен краевой некроз лоскута с потерей около 2 мм кожи. Образовавшийся дефицит кожи не потребовал дополнительного пластического устранения.

Результат. В результате применения островкового лоскута из носогубной складки на кожных перфорантах лицевой артерии все дефекты устранены в ходе одной операции. Пациенты отметили удовлетворительный эстетический результат операции. За счет сохранения связи с донорской зоной только посредством перфорантных сосудов, лоскут мог быть повернут на 180 градусов, что обеспечило большую свободу его перемещения в оптимальное положение в дефекте.

Выводы.

В отличие от традиционной методики использования ротационных кожных лоскутов из носогубной складки, применение островкового кожного лоскута на кожных перфорантах лицевой артерии позволяет устранять дефекты ската, крыла носа и верхней губы в ходе одной операции с оптимальным эстетическим результатом.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЛАНИРОВАНИИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ОБЛАСТИ ЛИЦА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРФОРАНТНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ

Трефилов А.А., Крюков Е.В., Терещук С.В., Асеева И.А.,
Сухарев В.А., Васильев Е.А.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Главный военный клинический госпиталь имени ак. Н.Н.
Бурденко» Министерства Обороны РФ*

Цель исследования: определение возможности визуализации перфорантов нижних конечностей у пациентов перед аутотрансплантацией, с целью реконструкции дефектов мягких тканей лицевой области, с использованием компьютерно-томографической ангиографии (КТ-ангиографии) и ультразвуковой доплерографии (УЗДГ).

Материалы и методы: проанализированы данные КТ-ангиографии и УЗДГ нижних конечностей у 102 пациентов в предоперационном периоде, в возрасте от 18 лет до 81 лет (медиана 50 лет). Также у этих пациентов были проанализированы интраоперационные данные, с выделением подходящих перфорантов. У каждого пациента исследовались обе конечности.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов расположение и диаметр перфорантов нижних конечностей принципиально отличались от контрлатеральной стороны. Предоперационная диагностика позволяла выявить подходящее расположение и диаметр перфорантов (не менее 1 мм).

Выводы. Полученные результаты продемонстрировали различные диагностические возможности методов лучевой диагностики в визуализации перфорантов нижних конечностей.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАСТАЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА

Тюрин Д.Г., Филимонов В.Б., Иванов В.В., Абрамов И.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань

Введение. Диастаз мышц живота может быть вызван: повышением внутрибрюшного давления в результате подъема тяжестей, чрезмерными физическими нагрузками, беременностью и родами, синдромом системной дисплазии соединительной ткани, ожирением, бариатрической хирургией не поддающиеся коррекции диетой и физическими упражнениями. Ушивание диастаза прямых мышц является наиболее распространенной операцией у данных больных. Патоморфологические изменения в виде диастаза прямых, косых мышц и релаксации апоневротических структур, являются реперными точками основных технических приемов.

Цель и задачи исследования: Улучшение результатов лечения больных с диастазом прямых мышц живота путем выбора метода пластики дефекта передней брюшной стенки на основании ее морфо-функционального состояния.

Материалы и методы: В исследование включены 80 паци-

ентов (70 женщин и 10 мужчин), средний возраст $41,4 \pm 5,2$ года, с диастазом прямых мышц и грыжей белой линии живота, перенесших оперативные вмешательства на передней брюшной стенке в стационаре ГБУ РО «ОКБ» в период с 2018 по 2020 гг. В 55 (69%) случаях значительное расхождение прямых мышц было последствием беременности, 5 (6%) из них многоплодные беременности. Выбор метода оперативного лечения основывался на следующих факторах: морфо-функциональных особенностях строения передней брюшной стенки и доминирующей причине образования: (функциональное нарушение в работе брюшной стенки или наличие эстетического дефекта).

Результаты. Особенностью лечения диастаза прямых мышц живота у данной группы пациентов является углубленное аппаратно-инструментальное обследование. Проводится послойное ультразвуковое сканирование области прямой мышцы живота по всей ее длине. При послойном УЗИ оценивались эхоскопические характеристики кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышечной ткани. Критерием выбора метода лечения являлась степень диастаза, объемы кожно-жирового фартука и пожелание пациента. 38 (48%) пациентам выполнялась ушивание диастаза прямых мышц с дерматолипэктомией. Выбранный способ операции позволяет убрать фартук и выровнять векторы действия сил на брюшную полость. Диастаз ушивался тангенциальными (трапецевидными) швами. Эти швы не только хорошо адаптируют края мышц, но и сокращают сагиттальный размер, что позволяет отказаться от дополнительной горизонтальной пликаций для лифтинга наружных косых мышц. У 26 (33%) пациентов ушивали диастаз с использованием полипропиленовой сетки, как вынужденная мера из-за недостаточной прочности собственного апоневроза. Этот способ позволяет избежать рецидива диастаза и грыжи. Чтобы избежать таких осложнений как гематома, нами были использованы швы Баруди, которые ликвидируют «мертвое» пространство между кожно-жировым лоскутом и апоневрозом. 16 (20%) пациентам с ожирением выполнили ушивание диастаза совместно с липоаспирацией и абдоминопластикой с низким горизонтальным рубцом. Данный способ за счет липосакции, позволяет сделать более мобильным абдоминальный лоскут, с сохранением осевого кровоснабжения. Наиболее интенсивно липоаспирация проводилась в подскарпальном (пластинчатом) слое. Дерматолипэктомия позволяет убрать лишний объем в области брюшной стенки, благодаря которому шло тракционное прогрессирующее грыжи белой линии. Способы абдоминопластики выполнялись как с сохранением пупка, так и с отсечением его основания. Степень внутрибрюшного давления контролировалась интраоперационно с целью полноценного и безопасного восстановления целостности брюшной стенки. Наиболее частое осложнение, отмеченное у 8 (10%) пациентов – серомы. Корреляционной связи образования серомы с хирургической техникой, длиной разреза, величиной удаляемых тканей, весом и возрастом пациента нами не обнаружено. Основной причиной развития серомы является недостаточная компрессионная иммобилизация, сопровождающаяся движением брюшной стенки, нарушением физической реабилитации.

Выводы.

Совершенствование оперативной техники в лечении больных с диастазом прямых мышц, индивидуализация используемой методики и рациональная профилактика осложнений значительно расширяет возможности и удовлетворенность пациента хирургической коррекцией тела.

ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИКИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВ ВЕК

Филатова И.А., Боровкова Н.В., Шеметов С.А.,
Павленко Ю.А., Федосеева Е.В., Пономарев И.Н.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней имени Гельмгольца» Минздрава России, Москва; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Актуальность. Посттравматическое рубцевание тканей – одна из наиболее частых причин функционального и косметического нарушений состояния века. Одним из методов лечения рубцов является инъекционное введение активных веществ. Инъекции в рубец являются болезненной процедурой и требуют обезболивания. Анестезия рубцов вызывает затруднение при выполнении различных манипуляций из-за гистологического строения и изменений, которые претерпевает рубцовая ткань со временем (полная потеря кровеносных сосудов в процессе «созревания» рубца). Поэтому вопрос о вариантах введения препаратов является актуальным.

Цель. Оценить варианты техники местной анестезии посттравматических рубцов век.

Материал и методы. В клиническую группу вошли 10 пациентов (в том числе мужчин – 8; женщин – 2; в возрасте от 30 до 60 лет ($m=45,6\pm 10$)). Всем пациентам проводили лечение посттравматических рубцов век путем инъекции в рубцовые ткани БотП (тромболизат), которая содержит факторы роста и цитокины, обладающие регенераторными и ремоделирующими свойствами. Причиной рубцевания тканей у всех пациентов были механические травмы вспомогательного аппарата глаза (ДТП, удар тупым предметом, укус собаки, травматический разрыв мягких тканей). Сроки после травмы варьировали от 6 месяцев до 1 года ($m=8,4\pm 2,1$). Для исследования были предложены следующие варианты введения тромболизата БотП: •введение тромболизата в рубцовые ткани без использования анестетических препаратов •введение тромболизата в рубцовые ткани с разбавлением анестетиком •введение тромболизата в рубцовые ткани с предварительной местной инфильтрационной анестезией. В качестве препарата-анестетика использовали Лидокаин (2%).

Результаты и обсуждение. 2 пациентам провели введение тромболизата в рубцовые ткани век без использования анестетических препаратов. Пациенты отмечали выраженное болезненное ощущение в месте инъекции, которое уменьшалось со временем. Болезненные ощущения полностью исчезли в пределах 30 минут. 4 пациентам провели введение тромболизата в рубцовые ткани с разбавлением анестетиком (1 мл.). Пациенты отмечали выраженное болезненное ощущение в месте инъекции, которое уменьшалось со временем. Болезненные ощущения полностью исчезли через 15–20 минут после инъекции. 4 пациентам провели введение тромболизата в рубцовые ткани с предварительной местной инфильтрационной анестезией (2мл. раствора Лидокаина 2% за 5 минут до введения тромболизата). При введении не разбавленного препарата БотП пациенты отмечали чувство распирания и умеренное болезненное ощущение, которое сменилось чувством дискомфорта в месте инъекции. Со слов пациентов неприятные ощущения полностью исчезли через 10

минут. Пациенты всех групп вариантов введения тромболизата на следующий день после процедуры не отмечали никаких болезненных ощущений или дискомфорта в месте инъекции. По субъективным ощущениям пациентов введение тромболизата без препарата-анестетика имело выраженную болезненность, не смотря на утихающий характер боли, и вызывало значительный дискомфорт. В то время как введение тромболизата с предварительной инфильтрационной анестезией имело незначительный и непродолжительный дискомфорт в месте инъекции. Мы сочли данный вариант введения тромболизата оптимальным. По нашему мнению, разбавление тромболизата препаратом-анестетиком ведет к уменьшению количества активных веществ на единицу объема, что снижает ее клиническую эффективность.

Заключение. Инъекционное введение препаратов в посттравматические рубцы век является болезненной процедурой и требует местной анестезии. Проведение инфильтрационной анестезии перед инъекцией в рубцовые ткани век является предпочтительным вариантом введения, так как уменьшает неприятные ощущения пациента без снижения эффективности активного препарата.

НЕАДЕКВАТНЫЕ КОЖНЫЕ ТРАНСПЛАНТАТЫ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ ВЕК

Филатова И.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней им. Гельмгольца Минздрава России», Москва

Грубые деформации век и периорбитальной области с дефицитом мягких тканей неизбежно приводят к нарушению формы глазной щели и развитию лагофтальма и выворота век. При данной патологии с органосохранной, функциональной и косметической целью показана реконструкция век с пересадкой свободных кожных лоскутов. Однако в некоторых случаях при реконструкции век используют лоскуты с различных поверхностей тела, в том числе несоответствующие по структуре и цвету тканям лица. Подобная тактика неизбежно ведет к снижению эффективности хирургического лечения, а иногда – к серьезным осложнениям.

Целью данной работы явился анализ результатов реконструкции век с пересадкой неадекватных кожных трансплантатов.

Материал и методы. В своей практике мы наблюдали 59 пациентов (мужчин – 41, женщин – 18) с рубцами и деформацией век. Причинами явились автотравма – 17 случаев, механическая травма (укус собаки, коня) – 6, ранение пещардой – 6, огнестрельные ранения – 9, ожоги – 13, врожденная патология – 8. Возраст пациентов варьировал от 8 до 57 лет ($m=31,6$ лет). Во всех случаях деформация век осложнялась дистрофией роговицы, кератопатией. Величина лагофтальма составляла от 1 до 9 мм ($m=4$ мм). В 28 случаях имел место выворот век, у 16 пациентов отмечали колобомы век. До обращения в Институт всем пациентам в различных клиниках выполняли реконструкцию век с пересадкой свободных кожных лоскутов и лоскутов на ножке. У пациентов были использованы трансплантаты с передней поверхности живота, с предплечья, плеча или бедра, а также лоскуты на ножке со лба или виска. Срок после операций, проведенных в других клиниках, на момент осмотра в Институте составил от 3 месяцев до 3 лет.

Результаты и обсуждение. У 19 пациентов ПХО с первичной реконструкцией и пересадкой лоскута была проведена в 1–3 сутки после травмы. У 2 пациентов реконструкция век по месту жительства была выполнена через 20 дней после травмы, в это время пациенты находились в реанимации. Длительно существующий лагофтальм привел к развитию ксеротической язвы роговицы с перфорацией, снижению зрения до нуля. В результате этого глаза пришлось удалить. При осмотре и обследовании в Институте было выявлено, что все лоскуты, пересаженные с конечностей и живота, отличаются от кожи век по цвету и имеют желтоватый оттенок, более выраженный на лоскуте с бедра. У пациентов при использовании толстых лоскутов с бедра имел место рост волос. Лоскуты с живота также имеют в наличии большое количество пушковых волос, что нарушает косметический эффект. На границе между пересаженным лоскутом и тканью века имеются выраженные широкие рубцы, что приводит к деформации, как лоскута, так и века. У всех пациентов сохранялся лагофтальм от 1 до 9 мм. Кроме того, у 9 пациентов лоскуты с бедра и плеча, взятые дерматомом, в отдаленном периоде имели пергаментный вид и нарушали функцию века. Всем пациентам, потребовалось произвести дополнительные этапы реконструкции (пластика век местными тканями с резекцией рубцов, свободная пересадка кожного лоскута с верхнего века парного глаза или с задней поверхности ушной раковины, механическая дермабразия кожи век). Таким образом, использование неадекватных кожных трансплантатов при наличии глазного яблока служит причиной тяжелых функциональных расстройств, начиная от кератопатии вплоть до гибели глаза, вследствие лагофтальма и развития ксеротических язв роговицы. Свободные кожные лоскуты с конечностей и с живота, применяемые как средство экстренной помощи, так и для плановой реконструкции век, отличаются от окружающих тканей по цвету, наличию избыточного и нефункционального волосяного покрова; они толсты и ригидны, в связи с чем снижается подвижность век. Заживление часто происходит вторичным натяжением, что сопровождается более выраженным рубцеванием и в результате приводит не только к неудовлетворительному косметическому эффекту, но и к необходимости повторных хирургических вмешательств.

Заключение. Применение неадекватных кожных лоскутов приводит к неудовлетворительным функциональным и косметическим результатам, дополнительным реконструктивным операциям, нарушению социальной реабилитации пациентов, увеличивает сроки их лечения. Наиболее приемлемыми трансплантатами для реконструкции век, по нашим наблюдениям, являются лоскуты с задней поверхности ушной раковины, избыточная кожа верхнего века парного глаза, в крайнем случае, тонкие лоскуты с внутренней поверхности плеча.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТАТОВ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

Филатова И.А., Шеметов С.А., Мохаммад И.М.,
Кондратьева Ю.П.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
глазных болезней им. Гельмгольца Минздрава России», Москва*

Для проведения реконструктивно-пластических операций при врожденных и приобретенных патологиях, а также по-

следствиях травмы органа зрения необходимо использование различных имплантатов. Применение имплантатов позволяет восстанавливать утраченных свойств тканей, а так же создавать отсутствующие структуры и связи между тканями. В нашей практике наиболее частыми операциями с использованием имплантатов являются: устранение птоза верхнего века подвешиванием к брови, реконструкция связочного аппарата век, устранение анофтальмического синдрома, пластика опорно-двигательной культи при удалении глаза, рецессия леватора верхнего века, закрытие дефекта нижней стенки орбиты. Для успешного применения имплантатов в окулопластике необходимо соответствие имплантата определенным требованиям. Основываясь на нашем опыте и данных литературы можно выделить ряд основных свойств, которыми должен обладать имплантат. К ним можно отнести сочетание прочности и эластичности материала; устойчивость к сгибаниям и разгибаниям, сохранение при этом своей целостности; легкостью интраоперационного моделирования; небольшие размеры и вес; отсутствие токсического и аллергического воздействия на организм со стороны имплантата; возможность надежно фиксировать в тканях, возможность шовной фиксации; прорастаемость соединительной тканью; устойчивость к биодеструкции и изменению своей формы со временем. Так же важным моментом является финансовая составляющая, а именно доступность имплантата. Таким образом для устранения птоза верхнего века подвешиванием к брови мы используем аллосухожильные нити «Аллоплант», мерсиленовую сетку в виде ленты шириной 5 мм, а также политетрафторэтиленовую перфорированную ленту толщиной 200–300 мк. Данные имплантаты позволяют создать прочную и длительную связь века с бровью, не контурируются через ткани. Так же стоит отметить способность тканей врастать в данные имплантаты, что значительно снижает случаи смещения или обнажения имплантата при надлежащей технике операции. Реконструкция связочного аппарата век успешно выполняется с использованием аллосухожильных нитей «Аллоплант» или ленты из ПТФЭ, смоделированной необходимой формы. Возможность прорастания тканями имплантаты позволяет создать прочную фиксацию век к костным структурам. Устранение анофтальмического синдрома и пластику опорно-двигательной культи мы выполняем, используя ряд имплантатов в зависимости от клинической ситуации. Основным является орбитальный имплантат «Экофлон» в форме сферы, наиболее часто используем размеры 19 и 20 мм. При необходимости создания культи большего объема возможно использование углеродного имплантата «Карботекстим» в виде дисков различного диаметра. При гипофтальме культи применяем имплантацию пластин из политетрафторэтилена на нижнюю стенку орбиты, что позволяет поднять культи и сместить ткани орбиты вверх. В случаях выраженной атрофии тканей орбиты использование синтетических имплантатов невозможно из-за сложности надежного покрытия имплантата собственными тканями и высокого риска обнажения имплантата. В данной ситуации целесообразно проводить пластику дерматожировым лоскутом. Для рецессии леватора верхнего века успешно применяется политетрафторэтиленовая пленка толщиной 150–300 мк. Имплантат возможно моделировать во время операции в зависимости от желаемой величины рецессии и формы век. Имплантат имеет мягкую структуру, прорастает тканями, легко гнется, а также надежно фиксируется швами. Отсутствие биодеструкции имплантата обеспечивает стабильные и предсказуемые результаты операции.

Выводы. Таким образом, использование имплантатов в офтальмохирургии значительно расширяют возможности реконструктивно-пластической хирургии, однако к выбору имплантата и способу его применения стоит относиться предельно внимательно. Необходимо просчитывать возможные риски и осложнения, думать на несколько ходов вперед. Выбор и использование имплантата индивидуально в каждой клинической ситуации.

ТРАВМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ КАК ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛЕЗНИ ДЮПЮИТРЕНА

Фортуна Э.Ю., Стоян А.В., Михайлуца В.В., Йордэреску Р.М., Верега Г.М.

Государственный медицинский и фармацевтический университет имени Николае Тестемицану, Клиника Пластической, Эстетической Хирургии и Реконструктивной Микрохирургии, Институт Неотложной Медицины, Кишинев, Республика Молдова, Кишинев

Введение. Болезнь Дюпюитрена представляет собой медленно прогрессирующее заболевание, возникшая в результате фиброза ладонного апоневроза, который становится сжатым, укороченным и ведет к необратимому сгибанию пальцев в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов, что приводит к деформации руки и нарушению ее функций. Болезнь может повлиять на любой из пальцев, но чаще всего это касается мизинца и безымянного пальца. Эта деформация может значительно ограничить повседневную деятельность, включая уход за собой, тем самым снизив качество жизни. Точное происхождение воспалительного и фиброзного процесса, так же как и связь между травмой и «активацией» болезни Дюпюитрена не ясна.

Цель: описать, как в нашем опыте в качестве пускового фактора возникновения заболевания Дюпюитрена была травма мягких тканей.

Задачи: 1. Изучение случая, где травма является триггером для появления контрактуры Дюпюитрена; 2. Уменьшение контрактуры путем селективной резекции ладонного апоневроза и фасции; 3. Улучшение движения пораженного пальца и функций руки; 4. Получение хороших эстетических результатов.

Материалы и методы. Изучение случая из Клиники Пластической, Эстетической Хирургии и Реконструктивной Микрохирургии Института Неотложной Медицинской Помощи, города Кишинев, Республика Молдова – пациент, получивший травму в результате неосторожного эксплуатирования циркулярной пилы в 2008 году, что привело к дефекту мягких тканей на ладонной поверхности II-IV пальцев правой руки. Пластика дефектов была выполнена лоскутом Макгрегора. Через два года, в 2010 году была проведена процедура по истончению лоскута. Уже через 8 лет, в 2018 году пациент обратился с новой клинической картиной, специфичной для болезни Дюпюитрена, IV-го пальца, II-ой степени.

Результаты. Целью операции было уменьшение контрактуры и улучшение движения пораженного пальца. Была проведена селективная резекция ладонного апоневроза и фасции, с применением местного наркоза. После операции, пациент носил шину в течении одной недели, а также делал физиотерапию для лучших результатов. После это-

го была получена хорошая функция кисти, позволяющая избежать контрактуры пальцев. Пациент был морально и эстетически удовлетворен результатом.

Выводы. Значимость многих состояний, предположительно связанных с болезнью Дюпюитрена, до сих пор неясна. Остается только предполагать является ли это генетической предрасположенностью, связано с сопутствующими болезнями и вредными привычками или же спровоцировано внешними факторами. В нашем клиническом случае, мы можем предположить, что местная травма может вызвать эту деформацию, но вопрос об этиологии все еще остается открытым. Из-за многочисленных воспалительных процессов, было сгенерировано происхождение патологического фиброза, что и привело к укорочению ладонного апоневроза и к появлению контрактуры Дюпюитрена.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕБЕРНО-ХРЯЩЕВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ РИНОХИРУРГИИ.

Хакунова А.И., Набиев Ф.Х., Либин П.В.

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

Введение. Одна из самых популярных тем в ринохирургии – это использование трансплантационных материалов, благодаря которым возможно воссоздание анатомических структур. На сегодняшний день в арсенале хирургов есть широкий выбор трансплантатов, имеющих различное происхождение. Неизменным лидером в использовании являются аутоматериалы, в данном случае аутохрящи. В связи с объемом реконструктивных вмешательств, в данном обзоре будет рассмотрен реберно-хрящевой аутоотрансплантат. Цель. Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с дефектами и деформациями костно-хрящевого отдела носа требующих использование дополнительных трансплантационных материалов.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов оперативных вмешательств с использованием реберно-хрящевого аутоотрансплантата у 14 пациентов (9 мужчин, 5 женщин) с диагнозом: посттравматическая деформация костно-хрящевого носа, в период с 2018 по 2020 г. В объеме предоперационной подготовки пациентам выполнены общеклинические анализы и КТ лицевого скелета, с последующим определением объема оперативного вмешательства. Ход операции включал забор участка хрящевой части VIII ребра. Далее, проводилась открытая риносептопластика. Функциональная часть оперативного вмешательства включала септопластику, резецирование гипертрофированных концов нижних носовых раковин, установку спредер графтов смоделированных из реберного хряща в проекции клапанов носа. При наличии седловидной деформации для ее устранения был использован реберный аутохрящ либо в виде моноблока (3 пациента), который фиксировался к подлежащим тканям нитью PDS 4.0 в туннеле под SMAS и кожным чехлом носа, либо в виде хрящевой «крошки», которая вводилась инсулиновым шприцом под кожный чехол носа после частичного ушивания операционного доступа. Для восстановления латеральных ножек крыльчатых хрящей и укрепления опорной функции хрящей был использован М-графт. В интраоперационном

и в раннем послеоперационном периоде осложнений со стороны донорской зоны и зоны трансплантации не наблюдалось.

Результаты. В случае использования графта в виде моноблока в течение года после проведенного вмешательства у пациента (мужчина) произошла деформация трансплантата – девиация спинки носа. Проведена вторичная открытая ринопластика. Был удален деформированный трансплантат. В качестве графта для аугментации спинки носа был использован измельченный скальпелем № 11 аутохрящ с максимальным размером частиц 0,5–0,7 мм, в объеме 5 мл, полученный из ранее установленного аутоотрансплантата и четырехугольного хряща. На данный момент использование измельченный ребернохрящевое графта считаем предпочтительным. У 13 пациентов получены стабильные эстетические и функциональные результаты.

Выводы. Верный выбор трансплантата с учетом индивидуального подхода к каждому пациенту в сочетании с высокой хирургической техникой дает стабильные результаты.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРОГ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ХОЛОДА ДЛЯ НОРМАТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ НЕСКОЛЬКИХ РЕГИОНОВ РОССИИ

Ходжабаган З.С., Абрамян Д.О., Пшениснгов К.П.,
Голубев И.О.

*Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль*

Введение. Непереносимость холода (НХ) является одним из факторов, ухудшающих качество жизни пациентов с травмами пальцев и кисти. Встречаемость проблемы у пациентов в отдаленные сроки может достигать до 96% (С.В. Винник с соавт., 2006). Для количественной оценки выраженности симптомов используют специально разработанные анкеты, одной из которых является Анкета Степени Тяжести Непереносимости Холода (СТНХ), которая была переведена и адаптирована нами для русскоязычных пациентов (З.С. Ходжабаган с соавт., 2017). Она позволяет оценить выраженность симптомов «холодовой аллергии» от 0 до 100 баллов. Одним из факторов, ограничивающих широкое применение таких анкет является отсутствие единых критериев нормальных показателей холодовой чувствительности, и разные авторы приводят разные цифры патологического порога у условно здорового/нормативного населения (А. Ruijs et al., 2006; I. Carlsson et al., 2010).

Целью данной работы стало определение патологического порога симптомов НХ для нормативного (условно здорового) населения Российской Федерации (РФ).

Материал и методы. За период с января по декабрь 2017 года было собрано 563 анкет из 11 регионов РФ. После исключения респондентов с травмами и операциями на верхней конечности, осталось – 384 (м/ж=189/195, средний возраст 33 года, от 16 до 68 лет). Поскольку в предыдущих работах нами было выяснено, что основным фактором, провоцирующим симптомы НХ являлась холодная погода, мы проверили наличие корреляционной связи между выраженностью симптомов НХ и средними годовыми показателями температуры воздуха исследуемого региона. Последние данные были взяты из открытых

источников. Была проверена также зависимость выраженности симптомов НХ от пола, возраста, специальности респондентов. Все полученные данные прошли статистическую обработку с использованием методов биостатистики, которые включали определение средней арифметической, медианы, квартиль, стандартных ошибок и доверительных интервалов сравниваемых средних величин. Достоверным считали значения $p < 0.05$.

Результаты. Выявлена статистически достоверная корреляционная связь между оценками СТНХ и метеорологическими показателями региона ($p < 0.001$). Для определения патологического порога выбран 95-й процентиль результатов оценок анкеты. Средний балл СТНХ для 384 респондентов составил 19,7, с доверительными границами от 18 до 21. Патологический порог для изученных регионов (384 респонденты) составил 51 балл. Этот показатель отличался в зависимости от региона, составив для Московского – 40 баллов, для Санкт-Петербургского – 48, Ярославского – 43, Нижегородского – 39, Ставропольского – 50, Краснодарского – 47, Новосибирского – 43, Сочинского – 63, Свердловского – 46, Иркутского – 30 баллов. Отличались также средние показатели оценок СТНХ по регионам, составляя, соответственно, 19, 16, 16, 18, 24, 20, 18, 38, 18 и 14 баллов. Корреляционной связи между средними показателями СТНХ и полом или возрастом респондентов не выявлено. Специальность влияла на результаты анкеты: средние показатели СТНХ были повышены у респондентов с риском вибрационной болезни и переохлаждения.

Выводы. Непереносимость холода является одной из распространенных проблем, ухудшающих качество жизни людей пролеченных по поводу травм пальцев и кисти, и требует дальнейшего изучения. Для количественной оценки выраженности симптомов, кроме анкеты СТНХ нужны также средние показатели и пороговые значения у условно здорового населения региона, так как предложенные ранее другими авторами цифры не универсальны и не могут применяться повсеместно. При выборе тактики лечения пациентов с травмами кисти и пальцев надо учитывать специальность пациента, чтобы избежать неблагоприятных исходов у людей с повышенным риском. Разработанная нами для русскоязычного населения анкета СТНХ, а также полученные впервые средние показатели и пороговые значения НХ для нескольких регионов РФ, можно использовать в аналитических работах при обсуждении результатов лечения пациентов с травмами пальцев и кисти.

СОСТАВ ЛИПОГРАФТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ЕГО ФИЛЬТРАЦИИ

Храмцова Н.И., Плаксин С.А., Соцков А.Ю., Пономарев Д.Н.
*Пермский государственный медицинский университет имени
академика Е.А. Вагнера, Пермь*

Введение. Один из этапов подготовки жировой ткани к липографтингу – его фильтрация. Она применяется для получения оптимального соотношения адипоцитов и клеток стромально-васкулярной фракции, а также улучшения реологических свойств жира для удобства его введения в реципиентную зону. Эмульсификация, то есть получение «наножира», позволяет очистить липографт от волокон соединительной ткани, а полученный продукт может быть введен через стандартный шприц.

Идея. Известны различные варианты анаэробных клеточных фильтров и эмульсификаторов. Однако соотношение жизнеспособных адипоцитов и клеток стромально-васкулярной фракции при различном количестве пассажей через каждый из них ранее не оценивалось.

Цель. Определить клеточный состав при различных методах фильтрации липоаспирата.

Материалы и методы. Количество морфологически неповрежденных и разрушенных адипоцитов и фибробластоподобных клеток определено при использовании анаэробных клеточных фильтров диаметром 1,4 мм, 1,2 мм и эмульсифицирующих фильтров.

Результаты. Количество разрушенных адипоцитов увеличилось, а количество жизнеспособных фибробластоподобных клеток уменьшалось с каждым проходом через фильтры 1,4 мм и 1,2 мм. Каждый проход через нанофильтр с диаметром ячеек 0,5 мм уменьшал количество жизнеспособных фибробластоподобных клеток. При уменьшении числа пассажей через эмульсифицирующий фильтр желаемый результат сохранялся: фибробластоподобные клетки оставались интактными, при этом количество адипоцитов постепенно уменьшалось. При смене клеточного фильтра с 1,4 мм на 1,2 мм адипоциты разрушались статистически значимо, в отличие от фибробластоподобных клеток. Для получения эмульгированного «наножира» оптимальным оказалось использование 1–3 пассажей через сетку фильтра с диаметром ячеек 0,5 мм, что позволило сохранить жизнеспособными до 20% фибробластоподобных клеток, в то время при использовании эмульсифицирующего фильтра с диаметром ячеек сетки 0,15 мм после 3 пассажей не осталось жизнеспособных клеток. Обсуждение. Выбор типа клеточного фильтра для обработки липографта должен основываться на желаемом результате. Для получения жизнеспособных адипоцитов при сохранении фибробластоподобных клеток рекомендуется использовать необработанный жир или фильтр с максимальным диаметром, например, 1,4 мм. Фильтр с внутренним диаметром 1,2 мм позволяет поддерживать такое же количество фибробластоподобных клеток с меньшим числом адипоцитов. Использование эмульсифицирующих сетчатых «нанофильтров» рекомендуется использовать, когда необходимо максимально рассоединить конгломераты адипоцитов или разрушить их, сохранив только клетки стромальной фракции.

ТРАНСПОЗИЦИЯ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОЙ ВИСОЧНОЙ ФАСЦИИ ПРИ ПАРОТИДЭКТОМИИ С СОХРАНЕНИЕМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Чкадуа Т.З., Висаитова З.Ю., Верещагина Н.В.

Национальный медицинский исследовательский центр стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Цели и задачи исследования. По данным литературы в 20–60% случаев после паротидэктомии с сохранением ветвей лицевого нерва возможен ряд осложнений, таких как, резкий мягкотканый дефицит околоушно-жевательной области, возникновение синдрома Фрей, образование длительно функционирующих слюнных свищей. С целью предупреждения этих осложнений необходим поиск альтернативных хирургических методов лечения.

Материал и методы. Пример лечения пациентки 33 лет с диагнозом: рецидив плеоморфной аденомы правой околоушной слюнной железы. Ранее пациентке дважды выполнялось удаление опухоли правой околоушной слюнной железы. По данным морфологического исследования подтверждена плеоморфная аденома. В 2019 году отмечает рецидив заболевания. По результатам МРТ – исследования: в нижнем и переднем отделе железы выявляется опухолевая ткань размерами 29 x 19 x 20 мм, состоящая из многочисленных гроздеобразно расположенных структур округлой формы, диаметром 5–7 мм с густым содержимым. Вдоль послеоперационного рубца также визуализируются округлые структуры вплоть до кожи. 05.08.2019 года нами выполнена паротидэктомия с одномоментным замещением дефекта васкуляризованным лоскутом поверхностной височной фасции. В связи с прорастанием опухолевого узла в слой SMAS, жевательную мышцу, с целью замещения выраженного послеоперационного дефекта околоушно-жевательной области и изоляции ствола и ветвей лицевого нерва, выполнена ротация лоскута поверхностной височной фасции.

Результаты. В результате операции одномоментно выполнена паротидэктомия справа, устранение дефекта околоушно-жевательной области справа лоскутом поверхностной височной фасцией. Реабилитация пациентки в послеоперационном периоде проходила без особенностей. По результату морфологического исследования подтвержден диагноз плеоморфной аденомы. Отсутствие рецидива заболевания доказан на основании МРТ-диагностики. У пациентки нет синдрома Фрей и выраженной мягкотканной деформации.

Выводы. Неполноценная диагностика и нерадикальная тактика хирургического лечения нередко приводят к рецидивам опухолей околоушной железы, прорастанию опухолевых узлов в кожно-жировой и SMAS-лоскут, выраженным рубцам в зоне ветвления лицевого нерва. Такая группа пациентов является наиболее сложной, с точки зрения выполнения хирургической техники. Возникновение осложнений после паротидэктомии, как правило, связано с отсутствием этапа предоперационного планирования. На наш взгляд, при дефектах SMAS – лоскута ротация васкуляризованной поверхностной височной фасции в зону околоушно-жевательной области является альтернативным методом выбора с целью восполнения утраченного объема мягких тканей и предупреждения развития послеоперационных осложнений. Данный метод лечения исключает серьезный донорский ущерб, изолирует ветви лицевого нерва и предупреждает патологическое рубцевание, предотвращает синдром Фрей, исключает необходимость специфического анестезиологического пособия.

ПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ СТОПЫ

Шакиров Б.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самарканд

Введение. Послеожоговая сгибательная контрактура пальцев стоп представляет значительные трудности в лечении.

Так как в этой области имеются недостаток мягких тканей, пригодных для пластики, а рубцы и рубцовые поля распространяются по плоскости. К этому же на опорной поверхности требуется кожный покров, способный выдержать большое давление.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП и межобластного ожогового центра города Самарканда находилось на лечении 73 больных со сгибательными контрактурами пальцев стопы. Из 73 пациентов было зарегистрировано 101 контрактур. Из этих 73 больных 51 (69,86%) получили сандаловые ожоги, 14 (19,18%) от горячего золь и ожогов асфальта, 3 (4,11%) от электрического тока и 5 (6,85%) имели ожоги, вызванные другими причинами. Контрактуры I-II и II степеней были в 24 случаях, III – в 48, IV – в 29 наблюдений. При отсутствии костных деформаций стопы нами проводилось свободная пересадка кожи (23,8% случаев). Грубые плоскостные и изъязвляющие рубцы иссекали на всем протяжении, края раны придавался изломанный вид, образующийся раневой дефект через 24–48 часов закрывали кожным трансплантатом толщиной 0,4–0,5 мм. Одновременно устраняли сгибательные контрактуры пальцев, их переразгибали на 30–400. Когда имелось приращение I-V пальцев стопы к подошве, мы проводили комбинированную кожную пластику. Из растянутых мягких тканей медиальной поверхности I или латеральной поверхности V пальцев выкраивали кожно-жировой лоскут с основанием кверху на уровне плюснефаланговых суставов, палец выводили в положение умеренной гиперкоррекции, лоскут перемещали на образовавшийся раневой дефект и им закрывали рану на подошвенной поверхности. При грубых распространенных рубцах, вызывающих сгибательную контрактуру III-IV степени (77 случаев) с подвывихами пальцев, патологические ткани иссекали до уровня плюснефаланговых суставов с приданием линии дистального разреза зубчатой формы. Одновременно проводили реддрессацию, устраняли подвывихи и вывихи пальцев, постепенно их переводили в положение тыльного сгибания под углом от 60° до 90° в плюснефаланговых суставах. Образующийся раневой дефект, занимавший у некоторых больных более 2/3 подошвенной поверхности стопы, через 24–48 часов закрывали расщепленными кожными трансплантатами толщиной 0,3–0,4 мм (рис. 1). Кроме того, наблюдалось межпальцевые сращения (19 случаев). В таких случаях, мы устраняли дефект кожи местными тканями (П-образными, трапециевидными, или треугольными лоскутами). Такая пластика позволяла устранить сгибательные контрактуры пальцев и создавать покров на подошвенной поверхности, который не препятствовал развитию стопы, был устойчивый к нагрузке в течение всего времени наблюдения. Этому способствовало восстановление иннервации кожи и постепенное возрастание нагрузки.

Результаты и их обсуждение. Отдаленные результаты изучены нами у 64 больных в сроки от 1 года до 5 лет, в 81,4% случаев контрактуры устранены полностью, в 13,7% наступило улучшение. Только в 4,9% случаев не добились улучшений по причине необратимых костно-суставных изменений и др. Для всех больных очень важным является надежная и длительная фиксация гипсовой повязке до полной ликвидации порочного положения. Поэтому стремились по возможности чаще менять гипсовые лангеты после перевязок с тем, что бы не нарушалась надежность фиксации. Фиксация съёмной гипсовой повязкой нами

осуществлялось в течение 3 месяцев, причем через 3–4 недели после операции больным назначали парафиновые аппликации, массаж и ЛФК.

ПАРЦИАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЛИЦА ПОСЛЕ КАСАТЕЛЬНОГО БЫТОВОГО ОГНЕСТРЕЛЬНОГО РАНЕНИЯ

Шаповалов С.Г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» МЧС России, Санкт-Петербург

Введение. Лицо, как открытый участок тела, является важным социально коммуникативным аспектом для индивидуума.

Цель. Определить пластический и реконструктивный потенциал местных тканей головы, как топографо-анатомический ресурс, для восстановления анатомических и имиджевых характеристик раненого с парциальной утратой центрального овала мягких тканей лица.

Материалы и методы. Проанализированы уникальные пациенты (3 пострадавших: 2 мужчин и 1 женщина, средний возраст 26±3 года) с травматической деформацией центрального овала лица, приведшей к социальной дезадаптации.

Результаты и обсуждение. Комплексный и индивидуальный подход к хирургической реабилитации пострадавших с парциальной деформацией центрального овала лица этапными методами осевых, рандомизированных лоскутов, свободных аутоотрансплантатов и синтетических имплантатов приводит к полной комплексной социальной реабилитации.

Заключение. Для восстановления анатомической и функциональной целостности у пострадавших с травматической деформацией центрального овала лица требуется весь арсенал пластической хирургии.

ПРОТОКОЛ СОВМЕСТНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПЛАСТИЧЕСКИМ ХИРУРГОМ И КОСМЕТОЛОГОМ ПРИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЛИЦА, ШЕИ, ДЕКОЛЬТЕ И КИСТЕЙ

Короткова Е.А., Шелег М.Ю.

«Клиника НТ Медицина» Ярославль

Тандем косметолог-хирург – это не только реабилитация после операции, а целый спектр разных комбинированных методик с целью получения максимально эффективных результатов. Представляем наш алгоритм решения задач по коррекции возрастных изменений лица, шеи, декольте, кистей.

Современный пациент пластического хирурга и косметолога – это занятой, ведущий активный образ жизни человек, который предъявляет достаточно высокие требования к своей внешности и при обращении в специализированный центр желает получить максимально эффективную услугу с минимальными рисками и мягкой реабилитацией.

Цель исследования: показать возможности комплексного подхода к решению поставленных задач (достоверная эффективность методики, за один протокол решить разные

задачи) при наличии возрастных изменений тканей лица, шеи, декольте и кистей разной степени выраженности.

Задачи: оптимизировать алгоритм действий хирурга и косметолога при диспропорциональных отложениях жировой ткани лица и век, атрофических и гравитационных изменениях мягких тканей лица, век и кистей. Одномоментное лазерное улучшение качества кожи с целью получения максимального результата за одну реабилитацию.

Материалы и методы: в период с 2015 по 2020 годы с помощью данной методики нами было прооперировано 179 пациентов. Все они разделены на 5 групп: 1. Пациенты с наличием грыж нижних век и атрофическими изменениями кожи нижних век (57 человек, средний возраст 37–38 лет). 2. Пациенты с наличием верхнего блефарохлазиса и пограничным положением бровей (11 человек, средний возраст 43 года). 3. Пациенты с диспропорциональным отложением жировой ткани нижней трети лица и атрофическими изменениями кожи лица (42 человек, средний возраст 41 год). 4. Пациенты с атрофическими изменениями кистей (12 человек, средний возраст 46 лет). 5. Пациенты с птозом верхней и средней трети лица, атрофическими изменениями кожи лица, шеи, декольте (35 человек, средний возраст 56 лет). 6. Пациенты атрофией верхней губы и «кисетом» (22 человек, средний возраст 58 лет).

Пациентам первой группы выполнялось трансконъюнктивальное удаление жировых грыж в области нижних век с одномоментной лазерной Er:YAG или CO₂ шлифовкой кожи нижних век, через 3 месяца после операции им выполнялось введение плотных волюмизирующих филлеров в медиальную часть скуловой области для укрепления нижней стенки орбиты и поддержки нижнего века.

Пациентам второй группы выполнялась верхняя блефаропластика, а через месяц после операции им выполнялась ботулинотерапия и методика латерального лифтинга с целью лифтинга брови и латерального орбитального треугольника (LOT).

Пациентам третьей группы выполнялась липосакция по контуру нижней челюсти (область брыль) и подподбородочной области, липофилингово-губных и рото-щёчных складок с одномоментным фракционным фототермолизом кожи лица и шеи, через 3 месяца после операции им проводился курс ботулинотерапии для расслабления m. Platysma, m. Mentalis, DAO.

Пациентам четвертой группы выполнялся липофилинг тыла кистей с одномоментным фракционным фототермолизом кожи данной области.

Пациентам пятой группы выполнялась эндоскопическая подтяжка лба, средней трети лица, блефаропластики с одномоментным фракционным фототермолизом кожи нижней трети лица, шеи и декольте.

Пациентам шестой группы выполнялся липофилинг губ с одномоментной лазерной Er:YAG или CO₂ шлифовкой обработкой кожи верхней губы.

Выводы: для решения задач у пациентов с начальными и средними возрастными изменениями лица, шеи, декольте и кистей только совместная работа пластического хирурга и косметолога позволяет добиваться максимальных положительных результатов с минимальными рисками за один реабилитационный период.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЕРТИКАЛЬНОЙ МАСТОПЕКСИИ С КОМПЗИТИВНОЙ МАСТОПЕКСИЕЙ С Т-РУБЦОМ.

Шелег М.Ю., Шульгин Э.А.

Цель: По результатам проведённого исследования улучшить качество оказания помощи пациенткам с птозом молочных желёз II-III степени.

Материалы и методы: проанализированы результаты различных вариантов подтяжек молочных желёз у 38 женщин, средний возраст 30 лет, ИМТ 18 – 24, роды и грудное вскармливание в анамнезе. Оценка проводилась на основании субъективной удовлетворённости пациенток результатом операции, а так же по следующим показателям: положение сосково-ареолярного комплекса (САК) относительно субмаммарных складок (СМС) на разных этапах, форма САК, качество рубцов, процент ревизионных вмешательств.

В первую группу вошли пациентки, перенесшие мастопексию с вертикальным рубцом (по типу M. Lejour) – 20 человек.

Во вторую – пациентки после композитной мастопексии с Т-рубцом – 14 человек.

При методике вертикальной мастопексии нами были предприняты попытки подтяжки молочных желёз, минимизируя количество рубцов. Отсутствие горизонтального отрезка рубца достигалось путем сближения кожи в проекции горизонтального рубца, в перспективе кожа должна была сократиться, а сборки расправиться.

При методике композитной мастопексии мы применяли край, в результате которого формировался Тобразный рубец, а к моделированию железы в форму полусферы добавлялась пересадка жировой ткани (липофилинг).

Результаты: Пациенты первой группы в 65% случаев субъективно остались недовольны результатом операции, во второй группе неудовлетворённость составила 5% (1 человек из 18).

Положение САК относительно СМС: в первой группе в 100% случаев САК в сроке 12 месяцев после операции опустился до уровня СМС; во второй группе в 100% случаев САК расположен выше СМС на всех сроках наблюдения.

Форма САК: первая группа – форма САК ближе к овальной, вторая группа – форма САК круглая.

Качество рубцов и наличие остаточных деформаций: первая группа – отмечают втяжение в области нижнего отрезка вертикального рубца, деформация в виде волнистого нижнего полюса железы по причине не достаточного сокращения кожи; вторая группа – к году после операции отмечают практически не заметный глазу вертикальный рубец и полное скрытие горизонтального его отрезка в СМС, контурных деформаций не отмечали.

Ревизионные вмешательства: у пациентов первой группе проведены в 40% случаев, у пациентов второй группы в одном случае (это 5%).

Выводы: разработанный нами метод композитной мастопексии даёт значительно меньший процент осложнений, наименьшее количество повторных корректирующих вмешательств и значимо больший процент субъективной удовлетворённости пациенток.

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ
ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА – НАША
ФИЛОСОФИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОПТИМАЛЬНЫХ
РЕЗУЛЬТАТОВ. ЭНДОСКОПИЧЕСКИ
АССИСТИРОВАННОЕ ГИБРИДНОЕ
ОМОЛОЖЕНИЕ ЛИЦА.**

Шелег М.Ю., Короткова Е.А., Шульгин Э.А.

«Клиника НТ-Медицина», Ярославль

Цель: Оценить результаты нашего похода к проблеме гравитационного провисания верхней и средней трети лица, атрофических изменений кожи век, нижней трети лица, шеи, декольте, диспропорционального отложения жировой ткани в области овала лица.

Материалы и методы: В период с 2015 по 2020 годы нами было прооперировано 211 человек по методике эндоскопически ассистированного гибридного омоложения лица. Средний возраст пациенток составил 43 года, все – женщины. При обращении к пластическому хирургу все пациентки жаловались на: нависание кожи верхних век на ресничный край, “мешки” под глазами, избытки кожи нижних век, глубокие носо-губные и рото-щёчные складки, нарушение контуров средней зоны лица и по овалу лица. Для определения объёма необходимого вмешательства мы руководствовались следующими параметрами: положение бровей относительно краёв орбит, оценка истинного избытка кожи верхних век, наличие или отсутствие грыж верхних и нижних век, состояние кожи нижних век, объём и положение мягких тканей в средней трети лица, оценка состояния малярных областей, анализ состояния нижней трети лица (характер формирования брыль, объём подбородочного выступа, наличие или отсутствие избыточного отложения жировой ткани под подбородочной областью), состояние кожи периоральной области, нижней трети лица, шеи, декольте. Всем пациенткам, обратившимся с жалобами, описанными выше, с целью оказания помощи, соответствующей современным требованиям и запросам пациентов получить оптимальный результат с наименьшим реабилитационным периодом, нами была разработана следующая методика: эндоскопически ассистированный подъём мягких тканей лба и средней зоны лица, верхняя блефаропластика, нижняя блефаропластика (в объёме деликатной резекции грыж с удалением избытков кожи в пинч-технике или лазерная обработка кожи), липопластика лица (липосакция брыль, подбородочной области липофилинг средней трети лица, носо-губных и рото-щёчных складок, подбородка), лазерная обработка обработки кожи нижней трети лица, шеи, декольте.

Выводы: При обращении пациентов с жалобами на возрастные изменения век, периорбитальной области, с начальными признаками старения нижней трети лица целесообразно предложить вариант комплексного омоложения, расширив различные виды блефаропластики эндоскопически ассистированным лифтингом верхней и средней трети лица, а так же методиками регенеративной медицины (липопластика) и улучшением качества кожи с помощью лазерных технологий. Таким образом пациент получает коррекцию всех отделов лица, тем самым избегая диссонанса между оперированными и незатронутыми зонами, в то же время не усугубляя тяжесть и длительность реабилитационного периода. При таком комплексном подходе за одну операцию, соответственно и за один наркоз, мы обеспечиваем коррекцию возрастных изменений сразу в нескольких плоскостях их проявления.

**ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЖОГОВЫМИ
ДЕФОРМАЦИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Шихалева Н.Г., Коростелев М.Ю., Новиков К.И.,
Начкебия Л.Н.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова»
Минздрава России, Курган*

Реабилитация больных с рубцовыми послеожоговыми деформациями продолжает оставаться одной из сложных проблем реконструктивной и пластической хирургии. Одним из основных факторов, определяющих качество жизни выживших в результате ожогов, является функциональность рук. По данным ВОЗ около 4 млн человек страдают от деформаций, возникающих после ожогов различного генеза. Рубцовые деформации и контрактуры во многих случаях являются неизбежными из-за тяжести первичного поражения, а также из-за отсутствия систематизированного подхода к проведению восстановительных операций. По данным Сарыгина П.В. (2012 г.), среди больных, подвергшихся реконструктивно-восстановительным операциям, пациенты с ожоговыми контрактурами составляют 36,5%. По данным других авторов, проведение реконструктивно-восстановительных операций необходимо каждому второму пациенту с последствиями ожогов (Schwarz RJ, 2007; Медик В.А., Юрьев В.К., 2012). Нельзя забывать и том, что на долю рака кожи, развившегося из рубцов, приходится 1,5–6,0% случаев от общего количества больных раком кожи (Ганцев Ш.Х., 2012). Рак кожи, развившийся на рубцах, протекает крайне агрессивно, частота его метастазирования и рецидивирования выше по сравнению с раком кожи, исходящим из нерубцовой ткани. Приведенные данные говорят о высокой актуальности вопроса реабилитации пациентов как с острой ожоговой травмой, так и с послеожоговыми рубцами и деформациями. В настоящее время предложено множество вариантов пластического замещения рубцовой ткани, существуют методики, направленные на изменение направления рубцов. Но как показывает опыт, вмешательств на мягких тканях конечности порой не достаточно для получения хороших результатов лечения. Так как обычно постожоговые деформации сопровождаются развитием артрогенных, то встает вопрос о фиксации сегмента после выполнения пластик.

Цель работы: проанализировать результаты лечения больных с послеожоговыми деформациями с применением чрескостного остеосинтеза по Илизарову, выявить ошибки, предложить мероприятия по профилактики осложнений. Материал и методы. За 2008–2013 годы в Центре пролечено 46 пациентов в возрасте от 1 года 11 месяцев до 64 лет с послеожоговыми деформациями кистей, из них дети составили 24 человека. Распределение больных по приоритетной локализации рубцовых деформаций: верхние конечности – 25 пациентов, нижние конечности – 13, лицо, шея – 5, туловище – 3. У большинства больных (68,8%) имелись так же грубые рубцы в других областях тела. Давность развития деформаций и рубцов – от 4 месяцев до 25 лет. В зависимости от вида поражающего фактора больных распределили следующим образом: ожоги горячей жидкостью – 71,9 больных, пламенем – 9,4%, контактные ожоги – 12,5% и последствие электротравмы – 6,2%. В процессе лечения были проведены следующие виды оперативных вмешательств: иссечение рубцов (полное, частичное) – 37; пластика рубцов местными тканями с использованием лоскутов с рас-

сеянным типом крово-снабжения (Z-образная – пластика, ротационный, перекрестный) – 16; свободная кожная пластика (полнослойным кожным трансплантатом) – 7; комбинированная кожная пластика – 23; артодезы суставов в функционально выгодном положении – 9; несвободные лоскуты (лучевой, задний лоскут предплечья, близнецовый) – 4. Аппарат внешней фиксации был применен в 42 случаях. Показанием для его использования являлось наличие артрогенного компонента контрактуры суставов, наличие костных или фиброзных анкилозов суставов в порочном положении.

Результат. Постожоговые деформации сегментов были у большинства пациентов устранены за один этап лечения. Рецидива дооперационного уровня контрактур суставов не было ни в одном случае. Проведенный курс лечения позволил значительно улучшить косметическое и функцио-

нальное состояние кистей. Общее количество осложнений у больных составило 8 (14%). Среди них краевой некроз лоскутов мы наблюдали в 6 (10,5%) случаях, в двух случаях (3,5%) получили полный некроз пересаженных полнослойных кожных трансплантатов. Осложнений, связанных с применением с применением чрескостного остеосинтеза мы не выявили.

Вывод. Усовершенствование методов хирургической реабилитации больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями и контрактурами позволило выполнить одновременно оперативное вмешательство на костях и покровных тканях; минимизировать количество этапов реконструктивного процесса; аппараты внешней фиксации дали возможность осуществлять раннюю функцию в суставах конечности, удобны при выполнении этапных перевязок.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ МОРЩИН НА ЛИЦЕ С ПОМОЩЬЮ ФРАКЦИОННОЙ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ МИКРОИГОЛЬЧАТОЙ СИСТЕМЫ

Hyoun J.P.

Хамелеон, Красногорск

Предпосылки и цели. Неинвазивные высокочастотные (RF) устройства уже давно используются в медицине, и в частности в косметологии, для уменьшения выраженности морщин на лице. Было проведено исследование фракционной микроигльчатой RF-системы для оценки клинической эффективности и безопасности при устранении мимических морщин.

Материалы и методы. В общей сложности 204 пациента (80 мужчин, 124 женщины; средний возраст 47,3 лет, от 26 до 68 лет; тип кожи III-IV по Фицпатрику) с морщинами на лице прошли 1–3 сеанса лечения фракционной микроигльчатой RF-системой с интервалом в 4 недели в трех учебных центрах в Корее.

Результаты. Из 204 пациентов у 54 было клиническое улучшение 4 степени, у 86 было улучшение 3 степени, у 50 было улучшение 2 степени и у 14 было улучшение 1 степени. Только у двух из 204 пациентов была обнаружена легкая поствоспалительная гиперпигментация, которая проходила сама в течение одного месяца.

Заключение. Фракционная микроигльчатая RF-система доказала свою эффективность и безопасность при лечении мимических морщин.

Докладчик: Бурмистров Кирилл Александрович, врач-косметолог, дерматовенеролог.

ГЕНЕТИКА КАЧЕСТВА КОЖИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

Борзых О.Б., Карпова Е.И., Демина О.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Воронеж

Красивая и здоровая кожа – один из главных запросов пациентов. Чаще всего для решения задач применяют стандартный арсенал методик, в зависимости от предпочтений врача. Но результаты могут получиться разными. Так состояние кожи и результат от эстетических процедур может зависеть в том числе от генетического профиля каждого пациента. В генетическом аспекте можно выделить факторы, влияющие на биомеханические свойства кожи, на состояние эпидермиса, на фотостарение и пигментацию, гликацию кожи, на антиоксидантную защиту, на воспалительные процессы и обмен витаминов, необходимых для полноценного функционирования кожи. Основные гены, отвечающие за полноценное формирование структур кожи это ген COL1A1 (отвечающий за формирование коллагена 1 типа), MMP 1,3 (отвечающие за экс-

прессию матричных металлопротеиназ 1 и 3 типа), TIMP (отвечающий за экспрессию ингибитора матричной металлопротеиназы), ELN (отвечающий за экспрессию эластина), HAS1, 2, 3 (отвечающие за синтез и деградацию гиалуроновой кислоты). При наличии генетических полиморфизмов в этой группе генов мы рекомендуем выбирать препараты для улучшения качества кожи (мезотерапия, биоревитализация), с составом, направленным на поддержку «слабого звена». Так, например, при полиморфизмах гена COL1A1 приоритетна коллагеностимуляция, для них рекомендуются составы с аминокислотами, специфичными для строения коллагенового волокна (глицин, пролин, лизин), а также рекомендуются препараты коллагена. Также таким пациентам не рекомендуются аппаратные методики, направленные на стимуляцию коллагеновых волокон, таких как RF, проведение нитевого лифтинга таким пациентам рекомендуется при сочетании с процедурами коллагеностимуляции. За состояние эпидермиса отвечают 3 гена: FLG (отвечающий за экспрессию филаггрина), AQP3 (отвечающий за экспрессию аквапоринов) и FAD1 (отвечает за экспрессию десатуразы жирных кислот, иногда его относят к группе витаминов, но десатураза жирных кислот крайне важна для формирования водно-липидного барьера кожи). При наличии генетических полиморфизмов по этой группе рекомендуется домашний уход для полноценного формирования водно-липидной оболочки, а также ограничиваются агрессивные процедуры (такие как, химические пилинги, лазерные шлифовки). В группе генов, ответственных за фотостарение выделяют TYR (отвечающий за экспрессию тирозиназы), IFR4 (отвечающий за экспрессию регуляторного фактора интерферона 4) и MC1R (отвечающий за экспрессию рецептора, меланостимулирующего гормона). При наличии полиморфизмов в системе генов, отвечающих за фотостарение и пигментацию, акцентируем внимание пациента на фотозащите. Дополнительными группами на оценке пациентов являются гены, участвующие в регуляции гликации, антиоксидантной защиты, воспаления и обмен витаминов. При наличии генетических полиморфизмов в этих группах могут назначаться дополнительные рекомендации по питанию, а также эти факторы могут учитываться при выборе агрессивности процедур. При работе с генетическими тестами стоит не забывать, что наличие полиморфизмов говорит о рисках развития того или иного состояния, поэтому это не является абсолютным руководством к действию, но результаты стоит учитывать при оценке клинического статуса пациента и при выборе эстетических процедур.

БЕЗОПЕРАЦИОННЫЙ SMAS-ЛИФТИНГ. СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА И ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ MORFOFУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА В ДИНАМИКЕ. ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ

Голованова В.А., Сиротина О.Б.

Клиника врачебной косметологии "VG CLINIC", Хабаровск

Цель исследования. Изучить корреляцию между субъективной оценкой эффективности процедуры безоперационной подтяжки мягких тканей лица после воздействия фокусированного ультразвука (HIFU) и результатами мультипараметрического ультразвукового исследования структурных изменений мягких тканей до и после воздействия HIFU.

Материалы и методы. Методика HIFU на аппарате Ultraformer проведена 30 соматически здоровым пациентам женского пола в возрасте 42–55 лет в области нижней трети лица и субментальной зоне. Проводился фотоконтроль в 5 стандартных проекциях на черном фоне без вспышки до процедуры и через 30 дней и анализ субъективной оценки степени удовлетворенности пациента процедурой безоперационного SMAS-лифтинга. Данным пациентам проведено мультипараметрическое ультразвуковое исследование вышеуказанной зоны (B-режим, доплеровский микроваскулярный режим, компрессионная эластография) мягких тканей до и после (3–30 день) воздействия высокоинтенсивного фокусированного ультразвука с целью безоперационного лифтинга и липоредукции. Сравнительный анализ полученных показателей (толщина кожи, подкожно-жирового слоя, мышечно-апоневротического слоя (superficial muscular aponeurotic system (SMAS), эхогенности тканей, качественных (оценка сосудистого рисунка) и количественных (показателей кровотока, показателя индекса жесткости при компрессионной эластографии) с аналогичными параметрами контрольных интактных зон у пациентов в возрасте 42–55 лет на аппарате Toshiba Aplio 500 линейным датчиком 18 МГц.

Результаты. Субъективно: 100% пациентов были удовлетворены результатами безоперационной подтяжки мягких тканей (отмечено улучшение тургора кожи и контуров в зоне воздействия, а также уменьшение подкожно-жирового слоя). Объективно: получены достоверные различия показателей толщины кожи, подкожно-жирового слоя, сосудистого рисунка, толщины SMAS, изменения эластичности и индекса жесткости при компрессионной эластографии в зоне воздействия HIFU по сравнению с интактной контрольной зоной на 3 и 30 день после манипуляции. УЗИ проводили с соблюдением стандарта исследования, настроек аппарата и контрольной разметки. На 3-й день изменения выражались в достоверном ($p < 0,005$) увеличении толщины кожи, подкожно-жирового слоя со снижением его эхогенности, обогащением сосудистого рисунка, утолщением SMAS и снижением показателей эластомерии и индекса жесткости. На 30 день отмечали достоверно ($p < 0,005$) уменьшение толщины кожи и подкожно-жирового слоя, обеднение сосудистого рисунка и нарастающее утолщение SMAS с повышением его эхогенности и показателей эластичности.

Выводы. Полученные данные субъективной оценки результативности процедуры безоперационного SMAS-лифтинга коррелируют с новыми данными мультипараметрического УЗИ структурных изменений мягких тканей в результате

воздействия HIFU и позволяют оценить эффективность проводимых манипуляций и индивидуализировать протокол проведения безоперационного SMAS-лифтинга. Таким образом, данный метод может быть применим для экспертной оценки воздействия HIFU на мягкие ткани.

ПРАВОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ ВРАЧА КАК НЕОБХОДИМАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ И СУЩЕСТВЕННЫЙ ЭЛЕМЕНТ СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ ПАНДЕМИИ COVID-19.

Дубовая Е.Г., Королькова Т.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

Эстетическая медицина развивается стремительно, направлена на повышение качества жизни пациентов. Одновременно наблюдается рост числа юридических конфликтов с участием специалистов и организаций, оказывающих медицинскую помощь по специальностям «пластическая хирургия» и «косметология». Какими своими действиями названные специалисты могут совершенствовать качество и безопасность медицинской помощи и снижать юридические риски? На кафедре косметологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова регулярно проводятся опросы и анкетирование косметологов по актуальным организационно-правовым вопросам (250 анкет) с целью поиска более эффективных форм сотрудничества специалистов по медицинскому праву. При последипломном обучении «действовать в интересах пациента» все 100% готовы, нормы медицинской этики ясны 82% врачей, 18% отмечают недостаток этических знаний. Однако знания о юридических основах своей деятельности 100% врачей признают недостаточными, считают целесообразным включать вопросы правового регулирования медицинской деятельности в обучение всех уровней. Целью повышения уровня правовых знаний большинство опрошенных, 75 % считают «защитить себя». От чего (кого?) от следующих конфликтов: с пациентами 31 %, внутри медицинской организации 30%, с проверяющими разного уровня 31%, другое – 8%. Далее, какую форму получения правовых знаний врачи предпочитают? 1. Сотрудничество в режиме on-line с доступным специалистом по медицинскому праву для работы с мед документами, правовая консультация в конфликтной ситуации. 2. Периодическое информирование: на циклах повышения квалификации, на собраниях сотрудников клиники, при разборе дефектов и конфликтов. Все 100% участников опроса назвали необходимыми все названные меры. Кроме того, предложено организовать в здравоохранении систему «скорой правовой помощи». То есть врачи хотели бы, чтобы эти знания им предоставляли юристы, организаторы здравоохранения и работодатели. На основании изложенного с учетом литературных данных делаем вывод, что правовая грамотность косметологам необходима, нужно заниматься всеми перечисленными формами взаимодействия и продолжать поиск новых, удобных всем способов сотрудничества. Вызов 2020 года – пандемия COVID-19. Правовой статус врачей и их медицинских организации, их допуск к медицинской деятельности определяется всей правовой системой РФ. Необходимо было грамотно и гиб-

ко реагировать на быстро меняющуюся обстановку. Перемены, как показала ситуация в пандемией, бывают значительные и неожиданные. Что мы спасаем или сохраняем? Качество и безопасность медицинской помощи в балансе с экономической устойчивостью бизнеса, на фоне угрозы жизни и здоровья для самих себя, сотрудников, наших близких. Задача с несколькими неизвестными. Обсуждаем алгоритм адекватного реагирования клиники на такого рода перемены. 1. Виды изменений в обществе как основание изменения внутреннего документооборота, оценка ситуации, принятие управленческих решений ежедневно. События, Постановления Правительства РФ, существенные изменения правовой системы. 2. Критерии необходимости внесения изменений в документооборот. Срочные и плановые изменения. 3. Проверка на соответствие или неполное соответствие внутреннего документооборота требованиям системы документооборота в РФ. (Финансовая дисциплина, правовая система, статус на рынке труда в качестве работодателя, некоммерческие ассоциации по отраслям). 4. Порядок действий сотрудников во внештатной ситуации (при наступлении событий, правовой статус которых не определен). 5. Введение временных режимов разного рода. Порядок действий работодателя и сотрудников при введении временных режимов. 6. Выводы и тенденции сегодняшнего момента. Государство предполагает применить меры поддержки бизнеса, перенос сроков сдачи налоговой отчетности, сокращение проверок, дополнительные меры для малого и среднего бизнеса. Текст составлен на основе правовой системы РФ, актуальной на 15 июня. Мы еще находимся в рамках значительных ограничений. К настоящему времени приняты более 15 Постановлений Правительства РФ и субъектов РФ, внесен ряд изменений в Трудовой кодекс РФ и другие законы. В ноябре-декабре 2020 года информации будет больше, надеемся на возможность более системной оценки последствий пандемии на основе актуальной ситуации и действующего законодательства РФ.

ПАНИКУЛИТ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА ASIA

Егорова О.Н., Бурденко М.В.

Федеральное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова» Минздрава России, Москва

Синдром ASIA или синдром Шонфельда – аутоиммунное/воспалительное состояние, индуцированное адьювантами у генетически предрасположенных лиц с развитием подобных проявлений васкулита, системной красной волчанки, воспалительной миопатии, ревматоидного артрита, рассеянного склероза и некоторых других. Нередко клинико-морфологические особенности заболевания напоминают панникулиты. В соответствии с преимущественным преобладанием воспалительных изменений в септах или жировых долях, выделяются септальный и лобулярный панникулиты (ЛПН) с признаками васкулита и без такового, что находит отражение в клинической картине болезни. Цель исследования: охарактеризовать симптоматику ЛПН ассоциированную с ASIA- синдромом

Материалы и методы. В течение 5 лет ASIA-синдром диагностирован у 8 женщин со средним возрастом – $37,2 \pm 7,4$ лет с направительными диагнозами «Узловатая эритема» или «Панникулит». Длительность заболевания составила $3,7 \pm 0,9$ месяцев. Помимо общеклинического исследования определяли сывороточную концентрацию α -1 антитрипсина, амилазы, липазы, ферритина, креатинфосфокиназы (КФК), иммунологические показатели (АНФ-Нер2, dsДНК, комплемент 3 и 4, СРБ, ANCA, Scl-70, антитела к кардиолипину G и M), компьютерную томографию органов грудной клетки, патоморфологическое и иммуногистохимическое исследование биоптата кожи с подкожной жировой клетчаткой (ПЖК) из пораженных участков.

Результаты. Развитию ASIA-синдрома предшествовали глютеопластика с использованием пропантриола-1,2,3 (у 3 пациенток), липосакция (2), биоревитализация гиалуроновой кислотой (2) и эндопротезирование груди (1). Клиническая картина ЛПН характеризовалась генерализованными красно-багровыми болезненными (ВАШ боли 55мм) подкожными уплотнениями на верхних конечностях и туловище (в 100% случаев), лице (12,5%) и нижних конечностях (37,5%), с изъязвлением и истеканием маслянистой жидкости (62,5%). Симптом «блюдца» зафиксирован в 62,5% наблюдаемых. В 50% случаев наблюдалась лихорадка и суставной синдром, по 37,5% – миастенический синдром и лимфаденопатия, в 12,5% – ксерофтальмия, сухой кератоконъюнктивит ксеростомия и рецидивирующий паротит. В анализе крови определяли лейкопению (до $2,0 \cdot 10^9$ /л) у 37,5% больных, значимое увеличение уровня КФК – у 25%, повышение СОЭ и СРБ в два и более раз – у 100%. У всех пациентов выявлены иммунологические изменения. Морфологическая картина кожи и ПЖК в 75% случаев напоминала ЛПН без васкулита, в 12,5% – выявлены опухолевые лимфоциты с иммунофенотипом цитотоксических Т-лимфоцитов: CD3+, CD8+. Полученные результаты позволили предположить по 1 пациенту – системную красную волчанку, дерматомиозит, болезнь Шегрена, системную склеродермию, смешанное заболевание соединительной ткани и Т-лимфому. У 2 пациенток после процедуры липосакции течение ЛПН имело обратимый характер. Заключение. ЛПН при ASIA-синдроме представляет сложную диагностическую задачу, требующую мультидисциплинарного подхода для верификации диагноза и тактики терапии.

КОСМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА НА ОСНОВЕ БУРЫХ ВОДОРΟΣЛЕЙ

**Нехорошев М.В., Железнова С.Н., Гуреева Е.В.,
Бочарова Е.А.**

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Федеральный исследовательский центр «Институт биологии южных морей имени А.О. Ковалевского РАН», Севастополь

На основе альгинатов, полученных из бурых водорослей, разработаны косметические средства – крем-маски и дезактивирующие шампуни. Нами запатентована крем-маска «Ундина» для омоложения и репарации тела, особенно в области декольте. Исследования крем-маски выполнены в соответствии с ДСанПиН 2.2.9.027-99, руководством «Медицинская косметика» (под ред. П. Михайлова), Инструкцией по апробации новых косметических средств №675-67, методиками ЦКВИ. Крем-маска «Ундина» с уче-

том входящего в композицию сырья относится к 4 классу малотоксичных веществ (ГОСТ12.1.007-76) – ЛД50 per os >5000 мг/кг, ЛД50 при кожном пути поступления >2500 мг/кг. Состав продукта содержит только натуральные природные соединения, включая ароматические масла. Для оценки крем-маски «Ундина» были сформированы группы волонтеров из лиц, имеющих различную чувствительность кожи. Установлено, что в течение проведения исследований каких-либо негативных субъективных или объективных изменений кожи на местах аппликаций не выявлено. Показано, что нанесение крем-маски на зону декольте и бюст в течение полугода 1–2 раза в неделю позволяет увеличить ее на 0,5–1 размер и повысить упругость. Нами разработан шампунь «Альго» и изучены его дезактивирующие свойства. За счет того, что шампунь содержит альгинат, удалось значительно снизить содержание пеномощного средства SLES-70. Шампунь предназначен для жирной и нормальной кожи, не вызывает раздражения слизистых, и может быть рекомендован также для детей. Показано, что под его действием на 45–50% связывается Sr-90 в воде и он может быть рекомендован для работников АЭС. На полученную продукцию получены патенты, разработаны и утверждены ТУ.

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОСОМАТИКА КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА И ТЕЛА

Финченко С.Н., Марантиди Э.Г., Дудина Е.Н.

Томский государственный педагогический университет, Томск

Актуальность. Анализ эффективности существующих методик и поиск инновационных подходов устранения эстетических возрастных изменений является одной из важнейших задач, стоящих перед косметологией. Качество процедур, выполняемых по самым различным показаниям, продолжает увеличиваться, однако, косметологи не могут с уверенностью прогнозировать результат выполняемых процедур, а некоторые возрастные эстетические изменения не поддаются коррекции, либо коррекция малоэффективна.

Цель исследования: поиск возможной причины появления возрастных эстетических изменений и разработка инновационной методики по их устранению.

Научная новизна. Исследование носит полностью экспериментальный и практико-ориентированный характер. Авторами применена методика, которая позволяет в короткие сроки, без каких-либо осложнений устранить основные визуальные возрастные эстетические изменения. Впервые экспериментально доказана возможность устранения возрастных эстетических изменений через использование телесно-ориентированной психокоррекции.

Материалы и методы: в экспериментальном исследовании приняло участие 24 женщины-волонтера в возрасте от 40 до 60 лет, которым необходима эстетическая коррекция возрастных изменений. Количество сеансов телесно-ориентированной психокоррекции варьировалось от 12 до 20. Для диагностики результатов использовалась визуальная фотофиксация, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), электроэнцефалограмма (ЭЭГ) регистрировалась с помощью многоканальной исследовательской системы «ЭНЦЕФАЛАН-131-133».

Результаты. Результаты исследования иллюстрированы 20 качественными фотографиями. На представленных

фотоснимках, сделанных с одного расстояния и ракурса, при одинаковом освещении, достоверно заметны устранения возрастных эстетических изменений. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) показала уменьшение переживания респондентами тревожности и депрессии. До курса показатель от 0–7 баллов был зафиксирован у 3 человек (12,7%), 8–10 баллов – у 17 человек (71%) и 11 баллов и выше у 4 человек (16,7%). После курса: показатель от 0–7 зафиксирован у 15 человек (62,5%), 8–10 – у 9 человек (37,5%). На ЭЭГ в процессе реализации методики – активность возросла в среднем на 21,4%, дельта-активность – на 34,7%, альфа-активность уменьшилась на 14,9%. Объяснение полученных результатов. Эстетическая психосоматика – это направление в косметологии, которое изучает влияние психотравмирующих факторов на эстетические изменения человека и разрабатывает методики их устранения, к которым относится телесно-ориентированная психокоррекция, которая предполагает контактную работу с телом, позволяющую путем движений, выполняемых по определенным принципам, создать такое психоэмоциональное состояние человека, в котором «поднимаются» прошлые психотравмы, скрытые в подсознании. Известно, что негативные переживания и психотравмы вызывают напряжение в мышцах, именно это напряжение, на наш взгляд, и вызывает возрастные изменения. Другими словами, тело человека подстраивается под его психологическое состояние. Как видно из представленных результатов, при реализации методики происходит усиление активности дельта- и тета-ритмов. Как известно, именно дельта- и тета-ритмы раскрывают доступ к подсознанию и увеличивают его активность. Мы предполагаем, что проживая психотравмирующие ситуации в очередной раз, но испытывая при этом весьма комфортные физические ощущения, пережитые психотравмы ослабляют свое влияние. Кратко перечислим Принципы эстетической психосоматики: – принцип непрерывности – принцип варьирования углов – принцип постоянной смены скорости движений; – принцип разнонаправленности движений – принцип локальной фиксации.

Практическая значимость. В косметологическую практику внедрены полученные результаты исследования, позволяющие устранять возрастные эстетические изменения в любом возрасте и в короткие сроки получать выраженные результаты, не требующие реабилитационного периода и не имеющие осложнений.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЛИЦА

Фисенко Г.И., Кладова А.Ю., Аляева Э.Ю.

ООО «Клиника хирургии и косметологии «А'ля Ева»», Москва

Эффективная коррекция рубцов всегда была и остается серьезной проблемой в косметологии. Популярное в настоящее время методики – лазер, микрокристаллическая дермабразия, хирургическое иссечение – не всегда могут решить проблему рубцовых деформаций кожи. Вместе с тем, существует известный, хорошо изученный метод механической дермабразии, давно зарекомендовавший себя высокой эффективностью в исправлении не только сложных рубцовых повреждений кожи, но также и в коррекции пересаженных кожных лоскутов и даже некоторых видов келоидных рубцов. В его основе лежит принцип механического выравнивания рубцовой ткани. Процедура прово-

дится на аппарате «Дерма» (Германия). Принцип его работы основан на высокоскоростном вращении специальных фрез в защитном патроне с отверстием для соприкосновения фрезы с кожей. Для того чтобы лучше понять особенности этой коррекции, необходимо вспомнить простейшую классификацию рубцов. По срокам своего существования, рубцы подразделяются на молодые – до 6 месяцев и старые – от 6 месяцев до нескольких лет. В отдельную группу выделяются келоидные рубцы. Чаще всего коррекции подвергаются старые рубцы, существующие от 6-ти месяцев и более. Условно и эту группу можно разделить по принципу: рубцы, возвышающиеся над уровнем кожи – гипертрофические, рубцы, западающие ниже уровня кожи – атрофические и рубцы, располагающиеся на одном уровне с кожей – нормотрофические. Лучше всего поддаются коррекции гипертрофические рубцы, поскольку они срезаются под уровень здоровой кожи. Западающие вглубь кожи атрофические рубцы, выравниваются за счет сглаживания краев и обязательно снимается тончайший слой кожи на дне рубца, чтобы, вызвать активизацию роста подлежащей ткани для частичного восполнения дефекта атрофии. Понятно, что одного вмешательства бывает недостаточно для оптимального сглаживания рубцовой поверхности. В результате многолетнего опыта работы выяснилось несколько существенных закономерностей. Оказалось, что наилучшие результаты получаются, если повторная операция проводится в ранние сроки после первой, базовой – от 2 до 4 недель – ранняя повторная дермабразия (патент на изобретение №2232554). Ее эффективность обусловлена мощной активизацией регенераторных процессов именно в ранние сроки, что было подтверждено электронно-микроскопическими исследованиями. Применение данного метода определило, во-первых, новый подход к коррекции

молодых рубцов, заключающийся в возможности применения дермабразии на самых ранних сроках их существования. Во-вторых, дало возможность исправлять сложные для любой другой коррекции дефекты, такие как, пересажанные кожные лоскуты, особенно в труднодоступных местах – веки, губы область носа (патент на изобретение №2414175). И, в-третьих, позволило добиться полного исчезновения небольших линейных рубцов. В основе этого феномена мы наблюдали органотипическое заживление, в результате которого регенерационные процессы достигают максимального потенциала, обеспечивая постепенное возмещение рубца здоровой тканью. Это подтвердилось сравнительным измерением параметров кожи (Ph, температуры, влажности, сальности, эластичности) на рубце, на симметричном участке здоровой кожи и на месте исчезновения рубца через 6 месяцев (Патент на изобретение №2440044). И, наконец, самые сложные и для лечения и для коррекции – келоидные рубцы. Данный вид рубцов отличается упорным течением и рецидивированием после практически любого вмешательства. Нами был разработан комбинированный метод коррекции келоидных рубцов определенного размера (до 10 см в диаметре). Он заключается в устранении основной массы рубца механической дермабразией с последующей Букки-терапией увеличенными дозами (до 30 000 рентген). Это позволило значительно сократить сроки заживления, уменьшить количество облучений и добиться отсутствия рецидивов (Патент на изобретение №2452533). В заключение хотелось бы отметить, что метод механической дермабразии в своем роде уникален и весьма востребован, так как к нам обращаются пациенты не только с разных концов России, но и из зарубежных стран.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ. ОЦЕНКА РИСКОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ.

Баисова Л.М., Неробеев А.И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России, Москва

Введение. Хирургическим методам лечения сосудистых мальформаций головы и шеи посвящено множество исследований в отечественной и зарубежной литературе, что определяет степень актуальности данного заболевания. Однако проблема оценки тяжести и хирургических рисков, а также определения тактики лечения в зависимости от вида заболевания остается недостаточно изученной областью.

Идея: создать оценочную шкалу для определения тяжести течения сосудистых мальформаций головы и шеи и разработать тактику хирургического лечения в зависимости от установленной формы сосудистой мальформации.

Цель: упорядочить показания к методам выбора хирургического лечения в зависимости от клинко-морфологических особенностей заболевания.

Материалы и методы: на этапе предоперационного обследования всем пациентам выполнено МСКТ с контрастным усилением, УЗИ мягких тканей пораженной области, лабораторные исследования красной крови и объективный осмотр с функциональными пробами. Проведен анализ 50 клинических случаев сосудистых мальформаций по результатам вышеперечисленных исследований и определены группы пациентов согласно разработанной оценочной шкале.

Результаты: разработан алгоритм использования хирургических вариантов лечения сосудистых мальформаций головы и шеи. Предложена оценочная шкала степени сложности предстоящего хирургического вмешательства. В оценочной шкале учитываются следующие параметры: локализация, глубина, размер, объем поражения, а также данная патология разделена по степени хирургического риска, по особенностям ангиоархитектоники и гемодинамическим показателям с учетом всех предшествующих оперативных вмешательств. Обсуждение: данная оценочная шкала позволяет рассматривать сосудистую патологию в различных аспектах и определять приоритетность каждого из вышеперечисленных параметров оценки, уменьшая кратность хирургических этапов лечения. Согласно оценочной шкале научно обоснованы выбранные техники и объем хирургического вмешательства для каждого клинического случая.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНЕАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПРИ РЕЗЕКЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Ботоев С.Р., Гилева К.С.

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

Введение. Проблема полной реабилитации пациентов после резекции нижней челюсти является одной из важнейших в челюстно-лицевой хирургии. Главной задачей хирурга после резекции является устранение дефекта челюсти путем восстановления ее непрерывности, а также восстановление утраченных функций. На сегодняшний день приоритетным и самым эффективным способом восстановления непрерывности нижней челюсти является использование реваскуляризованного малоберцового аутотрансплантата с одномоментной установкой дентальных имплантатов и ортопедической конструкции, при этом происходит восстановление функции жевания, дыхания, глотания и внешнего вида пациента практически в полном объеме. Но мы не можем говорить о полной реабилитации, так как при данной методике не восстанавливается чувствительность нижней губы, вследствие чего возникают нарушения речи, трудности при употреблении напитков и потере температурной чувствительности. В связи с этим мы предлагаем включать в понятие полной реабилитации одномоментную реконструкцию нижнеальвеолярного нерва.

Цель. Сравнение методов реконструкции нижнеальвеолярного нерва и оценка их эффективности при резекции нижней челюсти по поводу доброкачественных опухолей. **Материалы и методы.** В период с 2018 по 2020 гг. выполнено 10 резекций по поводу доброкачественных одонтогенных новообразований в возрасте от 18 до 60 лет. На этапе предоперационной подготовки всем пациентам проводилось компьютерно-томографическое исследование и оценка уровня распространения новообразования в нижнечелюстном канале с последующим моделированием индивидуальных стереолитографических шаблонов. Реиннервация производилась двумя методами: 1) перенос вставки из икроножного нерва и наложение нейроанастомозов между проксимальным и дистальным концами нижнеальвеолярного нерва (5 пациентов, далее контрольная группа); 2) перенос вставки из икроножного нерва и наложение нейроанастомозов между проксимальным концом нижнеальвеолярного нерва и язычным нервом (5 пациентов). Оценка восстановления чувствительности проводилась субъективными и объективными методами. Субъективно исследовались тактильная, болевая и температурная чувствительности. Оценка субъективной чувствительности проводилась пятикратно: до операции, 21 день после операции, 3 месяца, 6 месяцев и год спустя. Для объективной оценки чувствительности использовался электромиограф, при помощи которого производилась регистрация соматосенсорных вызванных потенциалов. Исследования проводились двукратно: спустя 21 день после операции и через 12 месяцев.

Результаты. По субъективным результатам через 21 день после операции у всех больных наблюдалось отсутствие

чувствительной иннервации в области нижней губы, за исключением одного пациента из второй группы, у которого отмечалась болевая чувствительность. Через 3 месяца в первой группе у 60% (3) восстановилась тактильная чувствительность, у 80% (4) болевая; во второй группе у 40% (2) тактильная, у 80% (4) болевая; пробы температурной чувствительности были отрицательны у всех пациентов. Спустя 6 месяцев в первой группе у 80% (4) восстановилась тактильная, а у 40% (2) термочувствительность; во второй группе у 60% (3) тактильная, а у 40% (2) температурная. Через 12 месяцев в контрольной группе у всех пациентов восстановились все виды чувствительности, а во второй группе у 80% (4). Несмотря на практически полное восстановление, у всех пациентов отмечались участки гипестезии по температурной и тактильной чувствительностям. Результаты тригеминальных вызванных потенциалов у всех пациентов через 21 день после операции были отрицательны, спустя 12 месяцев у 100% пациентов из первой группы и 80% из второй группы пики вызванных потенциалов регистрировались, это указывает на то, что блока проведения по тройничному нерву нет. В результате чувствительность восстановилась у 90% (9) больных. Неудачу в одном случае мы связываем с нарушением температурной чувствительности еще до проведения операции за счет распространения опухоли в нижнечелюстной канал. Выводы. Усовершенствование метода реконструкции нижней челюсти включает в себя не только разработку по созданию костного базиса из ревааскуляризованного трансплантата, но и реконструкцию нижнеальвеолярного нерва, нарушение целостности которого приводит к инвалидизации пациентов. Данные методики реконструкции эффективны как при сохранении проксимального конца нижнеальвеолярного нерва, так и при невозможности его сохранить, и мы рекомендуем их выполнять всем пациентам как один из этапов полной реабилитации.

КАПСУЛОПЛАСТИКА КАК СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ЯТРОГЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Боровикова А.А., Тамаров А.Н., Боровиков А.М.
Госпиталь Мира, Москва

Введение. По мере того как растет популярность эстетических операций по увеличению груди, растет и количество повторных вмешательств. Характер повторной маммопластики определяется видом эстетической деформации, а также свойствами оставшихся тканей молочной железы (далее – МЖ). Особенно сложна коррекция деформаций, сопряженных со значительным повреждением тканей, в частности – разрушением фасциальной поддержки субмаммарной борозды (далее – СМБ) и чрезмерным отсечением большой грудной мышцы (далее – БГМ).

Идея. При повторной маммопластике в распоряжение хирурга поступает ценный «префабрикованный» материал – перипротезная капсула. С помощью капсулярных лоскутов можно воссоздать удерживающие и покровные структуры МЖ.

Цель. Продемонстрировать способы капсулопластики при ятрогенных деформациях МЖ и показать их клиническую эффективность.

Материалы и методы. В настоящую работу вошли пациенты: 1) с нарушением фасциальной анатомии СМБ и 2) с деформациями БГМ, всего 18 пациентов, с интервалом 1

год и более после первичной маммопластики, когда капсула полностью сформирована. У пациентов отсутствовали признаки позднего выпота и капсулярной контрактуры. Операции были разделены на две группы, соответственно выявленной деформации: 1) пластика нижнего капсулярного синуса и 2) пластика верхнего капсулярного синуса. 1) При деформации «bottoming out» из капсулы нижнего синуса выкраивали лоскут-«гамак», который позволял поднять и закрепить СМБ на должном уровне. 2) При деформациях, связанных с избыточным отсечением БГМ: «вывихе» имплантата из-под края мышцы, деформации «роль-ставня», выраженных анимационных деформациях, из капсулы верхнего синуса формировали лоскут как каудальное продолжение края БГМ. Тракция за такой лоскут позволяла расправить мышцу по поверхности имплантата и восстановить ее фиксацию в нижнем склоне МЖ.

Результаты. Нижняя капсулопластика по типу лоскута-«гамака» с заменой имплантатов была проведена 8 пациентам по поводу деформации «bottoming out». Пластика верхнего капсулярного синуса с заменой имплантатов была проведена 11 пациентам, из них 9 – по поводу «вывиха» имплантата(ов) из-под края мышцы и истончения покровных тканей, 2 – по поводу анимационной деформации. У 1 пациентки верхняя капсулопластика сочеталась с нижней капсулопластикой. Еще в 1 случае верхняя капсулопластика сочеталась с использованием политетрафторэтиленовой (ПТФЭ) сетки для обеспечения дополнительного покровного слоя. Клинически те деформации, по поводу которых пациенты обращались за повторной маммопластикой, устранены полностью в 17/19 случаев, в 1/19 случаев нижняя капсулопластика оказалась неэффективной (деформация устранена частично) в связи с наличием у пациентки синдрома дисплазии соединительной ткани, еще в 1/19 случаев после верхней капсулопластики имплантаты у пациентки были удалены в короткие сроки после операции в связи с психологическим их неприятием. Результаты представлены на сроках от 1 месяца до 1 года.

Обсуждение.

Капсулопластика представляет эффективным методом устранения ятрогенных деформаций МЖ, связанных с нарушением фасциальной поддержки субмаммарной борозды и чрезмерным отсечением БГМ. Несмотря на техническую сложность вышеописанных маневров, у капсулы есть важное преимущество – это собственная ткань, лишенная недостатков синтетических и аллогенных материалов, таких как дополнительная стоимость, риски образования сером, инфицирования, прорезывания и др. Для нас капсулопластика является методом выбора при коррекции различных ятрогенных деформаций МЖ, и лишь в тех случаях, когда ее возможности исчерпаны, мы прибегаем к использованию синтетических сеток.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ГИПО- И ГИПЕРКОРРЕКЦИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ТАРЗАЛЬНОЙ МЫШЦЫ

Гольцман Е.В., Потемкин В.В.
Санкт-Петербургское

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская многопрофильная больница № 2», Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский универси-

тет имени академика И.П. Павлова», Санкт-Петербург Введение. Трансконъюнктивальные методики заняли лидирующие позиции при выборе способа коррекции блефароптозов слабой и умеренной степени при условии хорошей или отличной функции мышцы поднимающей верхнее веко (МПВВ). Это обусловлено простотой выполнения, предсказуемостью результатов, а также лучшим косметическим результатом ввиду отсутствия рубцов на коже при выполнении различных вариантов резекции верхней тарзальной мышцы (ВТМ). Авторами была ранее предложена модификация резекции ВТМ, в основу которой лег алгоритм расчета объема операции. Первым этапом является выполнение фенилэфринового (ФЭ) теста. При положительном и достаточном ответе на ФЭ тест следует выполнять резекцию 2/3 ВТМ, а при положительном, но недостаточном ответе – субтотальную резекцию ВТМ. При отрицательных и слаболожительных результатах ФЭ теста интраоперационно дополнительно оцениваем подвижность белой линии: если она соответствует ожидаемому результату выполняем субтотальную резекцию ВТМ, если она меньше, чем ожидаемый результат – субтотальную резекцию ВТМ дополняем резекцией тарзальной пластинки на недостающую величину, при условии, что ее остаточная высота будет не менее 4 мм. При отсутствии подвижности белой линии или невозможности резекции верхней тарзальной пластинки в необходимом объеме выполняем фиксацию белой линии к тарзальной пластинке. Цель. Оценить частоту гипо и гиперкоррекций при выполнении модифицированной резекции ВТМ.

Материалы и методы. В исследование были включены 2 группы пациентов с блефароптозами слабой и умеренной степени с отличной или хорошей МПВВ (8 мм и более). В основной группе (75 пациентов, 103 века) была выполнена модифицированная резекция ВТМ, а в группе сравнения (26 пациентов, 35 век) – резекция ВТМ по типу «открытого неба». Критериями исключения служили выраженная степень блефароптоза, ранее оперированные и травматические блефароптозы, выраженный синдром сухого глаза, а также низкая функция МПВВ (7 мм и менее). Группы были равноценны по полу и возрасту ($p < 0,005$).

Результаты. Частота гипо- и гиперкоррекций в основной группе составила 7,77%, тогда как в группе контроля – 22,86% ($p=0,0001$). При детальном анализе выявлено, что большая доля приходится на гипокоррекцию, которая варьировала от 1 до 2 мм: в основной группе остаточную степень птоза в 1 мм наблюдали у 4 пациентов (6 век, 5,83%), в 2 мм – у 1 пациента (1 век, 0,97%), в группе контроля – 4 пациента (5 век, 14,3%) с остаточным блефароптозом в 1 мм, 1 пациент (1 век, 2,86%) – остаточный блефароптозом 2 мм ($p=0,0001$). Гиперкоррекция встречалась реже и наблюдалась у одного пациента основной группы (1 век, степень 1 мм, 0,97%) и двух пациентов группы контроля (2 века, степень 2 мм, 5,7%).

Заключение. Модифицированная резекция ВТМ зарекомендовала себя, как надежный способ коррекции блефароптозов слабой и умеренной степени с меньшей частотой гипо- и гиперкоррекций при условии хорошей или отличной функции МПВВ.

ПРИМЕНЕНИЕ АРМИРОВАННЫХ КОМПОЗИТНЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННИМИ АНКИЛОЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНЧС

Калинина С.А., Дмитриева И.В., Топольницкий О.З., Федотов Р.Н.

Кафедра детской челюстно-лицевой хирургии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва; Клинический центр стоматологии, челюстно-лицевой и пластической хирургии, Москва

При двусторонних анкилозирующих заболеваниях ВНЧС, в отличие от односторонних поражений, мы сталкиваемся с такими проблемами, как ограничение открывания рта, нарушения роста нижней челюсти, нарушения дыхания, ночное апноэ. Особую сложность вызывает лечение и реабилитация при двустороннем поражении, когда проблемы с дыханием, ночное апноэ требуют срочной реабилитации, необходимо проводить остеотомию ветви нижней челюсти с удалением анкилотических разрастаний с двух сторон, и с целью создания дистальной опоры необходимо проводить одномоментную костную пластику мышечковых отростков. Проблема выбора трансплантата остается актуальной. Известно, что одним из самых эффективных трансплантатов является аутореберный костно-хрящевой фрагмент, также эффективен эндопротез с суставной впадиной из полиэтилена. Однако в детском возрасте (до 5 лет) реберный аутоотрансплантат подвергается лизису. Самым оптимальным решением данной проблемы является эндопротез из метилакрилата.

Цель исследования – устранение анкилоза ВНЧС с двух сторон с одномоментной костной пластикой ВНЧС эндопротезами. Аутоотрансплантат из костно-хрящевого отдела ребра у детей до 5 лет не применяется в связи с недостаточными биомеханическими возможностями.

Материал и методы. Нами разработаны эндопротезы мышечковых отростков из метил-метакрилата в сочетании с гидроксипатитом (30%) и армированными углеводородными нитями, также в покрытие головки был введен полиэтилен. При этом создается дистальная опора для нижней челюсти, однако нарушается зона роста нижней челюсти с двух сторон, и с ростом пациентов нарастают симптомы микрогнатии. Проанализированы 10 клинических случаев с остеотомией ветви нижней челюсти, удалением анкилотических разрастаний и костной пластикой эндопротезом, при этом выявлено, что при двустороннем эндопротезировании появляется проблема в резком дефиците костной ткани в месте прикрепления нижней челюсти с эндопротезом. Работа включала два этапа. На первом этапе проводилось исследование в лабораторных условиях на изгиб и ударную вязкость образцов данного материала. Предел прочности при изгибе вычисляли по формуле $\sigma=M/W$, где M – изгибающий момент, кДж/м². $W=b \cdot n^2/6$ – момент сопротивления поперечного сечения образца, см³, где b – ширина в середине образца, см, n – толщина в середине образца, см. Образцы представляли собой бруски размером 4×8×15 мм. Ударную вязкость вычисляли по формуле: $A=100 \cdot a/(b \cdot c)$, где A – ударная вязкость, кДж/м², a – работа, затраченная на разрушение, кДж, b – ширина образца, мм, c – толщина образца, мм. В лабораторных условиях изучали краевой угол смачивания, влияние кипячения на крае-

вой угол смачивания. Проводили исследования процесса полимеризации методом микрокалориметрии.

Результаты. В результате исследований установили, что введение 4 армированных нитей волокна УКН независимо от их толщины резко повышает показатель ударной вязкости с 2,5 до 14 кДж/м². При изучении изотермической калориметрии и влияния каждого из компонентов на процесс полимеризации установлено, что при добавлении ГАП происходит процесс ускорения полимеризации. При добавлении модифицированного ГАП полиакриловой кислотой отмечается замедление реакции. При введении в систему полиметилметакрилата – ГАП дисперсного углеродного волокна резко ингибируется процесс полимеризации, что негативно сказывается на свойствах эндопротезов, в связи с чем для армирования используются непрерывные углеводородные волокна. Всего прооперированы 25 пациентов с применением эндопротезов при двустороннем анкилозе ВНЧС. Замена эндопротеза проводилась с возрастом пациента через 3–4 года после первичной костной пластики. В последующем эндопротез замещали аутоотрансплантатом из гребня подвздошной кости сначала с одной стороны, в последующем с противоположной стороны. В дальнейшем с возрастом ребенка удлинение регенерата проводилось при помощи дистракционного остеогенеза.

Вывод. В дальнейшем проводится совершенствование методики планирования и изготовления индивидуальных эндопротезов с помощью 3D-моделирования. Ретроспективный анализ наблюдения и физико-химические методы изучения на основе метилметакрилата и гидроксиапатита, армированного углеводородными нитями, показали, что осложнений в виде переломов и механических поврежденных эндопротезов не наблюдалось, что характеризует данный вид материала с повышенными прочностными характеристиками и может в дальнейшем успешно применяться при замещении дефектов челюстей у детей как этап костной пластики и постоянный эндопротез по показаниям.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДВУСТОРОННИМИ АНКИЛОЗАМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ

Калинина С.А., Топольницкий О.З., Федотов Р.Н.

Кафедра детской челюстно-лицевой хирургии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва.; Клинический центр стоматологии, челюстно-лицевой и пластической хирургии, Москва

Двусторонние анкилозирующие заболевания височно-нижнечелюстного сустава являются сложнейшей в плане лечения и реабилитации патологией у детей. Цель исследования – совершенствование методов диагностики и лечения детей и подростков с двусторонним анкилозом ВНЧС.

Материал методы. С 2014 по 2018 г. в отделении ЧЛХ стоматологическом детском клиническом центре челюстно-лицевой реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии осуществлено хирургическое лечение 35 детей и подростков 3–17 лет с диагнозом «симметричная

микрoгнатия, обусловленная двусторонним анкилозом ВНЧС». В клинике проводилась комплексная подготовка детей к хирургическому вмешательству: сбор анамнеза, выявление сопутствующей патологии, общеклиническое обследование, рентгенологическое обследование (ортопантомография, телерентгенография в прямой и боковых проекциях, мультиспиральная компьютерная томография), ортодонтическое обследование: выполнение и анализ гипсовых диагностических моделей челюстей, были выполнены фотографии детей в анфас, полуанфас слева и справа, в профиль слева и справа, внутриротовые фотографии окклюзии в прямой и боковых проекциях, фотографии форм зубных рядов верхней и нижней челюстью – overjet и overbite, фотографии измерений величины открывания рта с помощью специально изготовленной линейки-измерителя. В ходе подготовки детей к костной пластике ветви нижней челюсти аутоотрансплантатом из гребня подвздошной кости, эндопротезом были выполнены пластиковые стереолитографические модели черепа по данным КЛКТ черепа пациентов. Подросткам, нуждающимся в ортогнатической операции, было выполнено планирование операции в компьютерной программе Dolphing. После комплексного обследования всем детям было проведено хирургическое лечение. Нами было выполнено 35 хирургических операций, 7 пациентам была выполнена остеотомия левой и правой ветвей нижней челюсти с удалением анкилотических разрастаний, с последующим скелетным вытяжением. Пяти детям после устранения анкилоза с целью увеличения объема костной ткани была выполнена костная пластика аутоотрансплантатом из гребня подвздошной кости как этап подготовки к дистракционному остеогенезу. Восемью детям была проведена остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой дефекта эндопротезом. Десяти детям ввиду того, что после ранее проведенных операций определялись отставания линейных размеров нижней челюсти, была произведена остеотомия ветви нижней челюсти с постановкой в область ветви нижней челюсти дистракционного аппарата. Детям были установлены дистракционные аппараты Конмет 821.00, 820.00 и аппараты De Puy Synthese, величина дистракции определялась возможностями дистракционного аппарата и в среднем величина регенерата составляла от 1,5 до 3 см. Ретенционный период 4–6 мес. После ретенционного периода проводилось удаление дистракционного аппарата. После увеличения размеров ветвей нижней челюсти проводилась активная фаза ортодонтического лечения либо на несъемной технике брекет-системе, либо с помощью ортодонтических пластин. Пяти подросткам была выполнена ортогнатическая операция – остеотомия верхней челюсти по типу LeFort 1, межкортикальная остеотомия нижней челюсти с постановкой челюстей в ортогнатическое соотношение и остеотомия подбородка с одномоментной костной пластикой ветвей нижней челюсти эндопротезами при одностороннем поражении.

Результаты. Таким образом, завершается комплексная реабилитация детей и подростков с деформациями челюстей после устранения анкилоза ВНЧС. С 2014–2018 гг. полностью проведено лечение с хорошим функциональным и эстетическим эффектом у 28 (80%) пациентов. Семь (20%) детей находятся на диспансерном наблюдении и нуждаются в дальнейших реконструктивных операциях, в том числе ортогнатической хирургии.

Вывод. Следует отметить, что полностью устранить деформацию костей лица после устранения анкилозов ВНЧС не всегда удается. После 16–17 лет необходимо прово-

дить завершающий этап реабилитации – ортогнатическую операцию и дальнейшую ортодонтическую коррекцию. Все дети и подростки находятся на диспансерном учете в нашей клинике, всем рекомендовано динамическое рентгенологическое обследование в послеоперационном периоде, наблюдение у стоматолога ортодонта, педиатра, терапевта и психолога, дети нуждаются в постоянной психологической поддержке семьи, друзей, коллектива педагогов в учебных заведениях и лечащих врачей.

МЕТОДИКА ПЕРВИЧНОГО ИСТОНЧЕНИЯ И МОДЕЛИРОВАНИЯ DIEP-ЛОСКУТА.

Мартикайнен Е.А., Гилева К.С., Адамян Р.Т.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр имени акад. Б.В. Петровского, Москва

Введение. Использование полнослойных лоскутов значительной толщины позволяет устранять обширные деформации, но без эстетического результата. Область головы, шеи и кисти требует использование тонких лоскутов. В свою очередь истончение лоскута может приводить к нарушениям кровотока в тканях. Поэтому очень важно знать топографо-анатомические особенности донорской области до проведения операции. В отношении анализа структуры анатомического обследования кровоснабжения донорской области, необходимо учитывать следующие факторы: характеристики доминирующего перфорантного сосуда (глубина, толщина и направление-аксиальность), коэффициент отклонения. Объединяя информацию, можно утверждать, что необходимо понимать 3D-строение сосудистой системы донорской области и моделирование реципиентной зоны. Истончение проводится как при изначальном подъеме лоскута, так и может быть проведено после этого. Лоскут с «идеальной» толщиной может быть изготовлен путем «скелетирования» сосуда. Это опасно, т.к. существует риск повреждения стенки сосуда или его спазмирования.

Цель работы – изучение топографо-анатомических особенностей перфорантного кровоснабжения передней стенки живота для первичного истончения DIEP лоскута. Материалы и методы: всего было подвергнуто исследованию 30 нефиксированных человеческих трупов в возрасте от 42 до 80 лет, женского пола. Средний возраст трупов составил 64,1 лет. Послойная препаровка с контрастированием сосудов жидкими нерентгеноконтрастными (бриллиантовый зеленый, метиленовый синий) красителями была проведена на 30 кадаврах, что позволило детально изучить особенности кровоснабжения тканей и ангиоархитектонику русла донорской зоны на передней поверхности живота. По предложенной методике успешно прооперировано 3 больных с выраженными деформациями мягких тканей лица (2 пациента – гемиатрофия лица, 1 – деформация околоушно-жевательной области после рабдомиосаркомы). Результаты и выводы. Основные перфоранты располагаются в околопупочной области в радиусе 3 см от пупка. На этом уровне в 85% случаев выход перфорантов через апоневроз. Разветвление основного ствола в надфасциальной зоне в 71% случае наблюдается с шагом в 1,5–0,3 см. Характеристика перфорантных сосудов DIEP лоскута – средний диаметр (1,0–1,5 мм). Основной ствол вертикальный, ветвление в поверхностном адипофасциальном слое. Тип

ветвления в поверхностном адипофасциальном слое обеспечивает возможность подъема лоскута с истончением. Особенности прохождения основных сосудистых перфорантов в подфасциальном и надфасциальном слоях позволяют производить забор как полнослойного лоскута, так и первично-тонкого DIEP лоскута. Одностороннее контрастирование сосудов обеспечивает возможность забора первично-тонкого DIEP, размерами со средними значениями: ширина лоскута 29,5–7,20 см (min 19, max 44 см); длина лоскута 22,5–4,54 (min 18, max 35 см). Длина основного перфорантного сосуда составила 8,76–4,68 см, средний диаметр 1,9–0,39 мм. Толщина первичного тонкого DIEP лоскута составляет в среднем 0,9–0,09 см. При подъеме DIEP лоскута измеряли толщину первично-тонкого DIEP, длину и диаметр перфоранта. В процессе анализа данных выявлена толщина глубокого слоя 6,84–3,73 см (min 2 см, max 14 см). Длина перфоранта и разветвление в поверхностном адипофасциальном слое обуславливает возможность безопасного подъема лоскута с истончением. Отмечается низкий риск повреждения сосудов в глубоком слое жировой клетчатки. Коэффициент длины перфоранта отражает зависимость длины перфоранта от толщины глубокой подкожной жировой клетчатки, где происходит процедура истончения лоскута. Длина перфоранта в надфасциальном слое на 30% больше, чем толщина глубокого слоя жировой клетчатки. При проведении топографо-анатомического исследования установлено, что коэффициент длины перфоранта составил 8,89–4,85 см. Разработан и внедрен в практику коэффициент отклонения перфоранта, который равен сумме расстояния от точки начала перфоранта в глубоком надфасциальном жировом слое и в месте выхода на поверхность кожи.

Выводы. Таким образом, возможность моделирования и первичного истончения реваскуляризованного DIEP лоскута расширяет показания к его применению в реконструктивной хирургии головы и шеи без значительного донорского ущерба и с высокой степенью эффективности. Одномоментная моделировка первичного тонкого лоскута с большой площадью поверхности дает возможность устранять сложные дефекты головы и шеи с созданием четкой плоскости визуализации.

РЕКОНСТРУКЦИЯ СТенок ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА

Медведев Ю.А., Петрук П.С., Шпицер И.М., Мигачев А.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

Введение. Скуло-глазничный комплекс (СГК) – это важная анатомическая и функциональная структура, которая формирует нижнюю и латеральную стенки глазницы, переднюю и боковую стенки верхнечелюстного синуса (ВЧС), играет ключевую роль в создании контуров средней зоны лица. Увеличение числа больных с повреждениями СГК об-

условлено травмами в результате дорожно-транспортных происшествий, бытового травматизма и неблагоприятной криминогенной обстановкой. Проблема восстановления ВЧС, связана с неоднозначными походами к тактике реконструктивно-восстановительного лечения. Наиболее часто при лечении переломов СГК применяются реплантация костных отломков и остеосинтез. В последние годы, диагностика и лечение челюстно-лицевой травмы претерпевают позитивные изменения. Разработка принципиально новых медицинских материалов сделали возможным изменить протоколы многих операций в челюстно-лицевой хирургии.

Цель работы: повышение эффективности лечения пациентов с переломами стенок верхнечелюстного синуса с применением имплантатов из сверхэластичного сетчатого никелида титана.

Материал и методы. За период с апреля 2014 по апрель 2019 в отделении челюстно-лицевой хирургии прошли хирургическое лечение 85 пациентов с различными типами переломов костей средней зоны лицевого черепа. Замещение дефекта при невозможности реплантации фрагментов аутокости проводили применением имплантатов из сверхэластичного сетчатого никелида титана. В рамках исследования проведена оценка клинических и рентгенологических данных в пред- и постоперационном периодах, описаны локализации и протяженности дефектов кости, изучено распределение нозологий с учетом возраста и пола, а также дана объективная характеристика используемым методам реконструкции.

Результаты. В общей сложности 85 пациентов (68 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 18 до 64 лет соответствовали критериям включения. Пик заболеваемости приходился на возрастную группу от 20 до 30 лет. У большинства пациентов 57 (67,1 %) травма была получена в быту. Правая половина лица была поражена у 53 (62,4 %) пациентов. Переломы СГК выявлены в 69 (81,2%) случаях. Переломы верхней челюсти отмечены в 16 (18,8%) случаях. Реплантация костных фрагментов поврежденных стенок ВЧС проведена у 47 (55,3%) больных с различными повреждениями этой зоны. В том числе восстановление передней стенки ВЧС выполнено у 14 (29,8%), боковой стенки у 23 (48,9%) и скуло-альвеолярного гребня у 10 (21,3%) пациентов. Реконструкцию с помощью имплантатов из сверхэластичного сетчатого никелида титана осуществили у 38 (44,7%) пострадавших. Данные материал представлен в виде тканевой системы из нитей никелида титана, диаметром 60–80 микрон, и шириной ячеек до 240 микрон. Передняя стенка восстановлена у 15 (39,5%) больных. Восстановление боковой стенки ВЧС проведено у 18 (47,4%) больных с переломом СГК и у 5 (13,2%) с переломом верхней челюсти типа Ле-Фор. Одновременное восстановление передней и боковой стенок ВЧС выполнено у 2 (5,4%) больных. Общее число имплантатов для восстановления архитектоники ВЧС составило 40 штук. Эндоскопические исследования полости верхнечелюстного синуса в раннем послеоперационном периоде показали, что уже спустя двое суток с момента операции внутренняя стенка имплантата была покрыта фибриным налетом и в дальнейшем хорошо эпителизировалась. На основании гистологического изучения слизистой оболочки и костных фрагментов ВЧС и бактериологических посевов у 58 (68,2%) больных следует, что выполнение реплантации костных фрагментов для восстановления стенок ВЧС сопряжено с определенным риском, связанным с возможным инфицированием и зависящим от увеличения срока от момента травмы.

Обсуждение. Полученные результаты убедительно свидетельствуют о том, что восстановление передней и боковой стенок верхнечелюстного синуса способствует нормализации функции носового дыхания, является профилактикой дисфункции мимических мышц и обеспечивает целостность архитектоники средней зоны лицевого черепа в комплексе с техническими приемами остеосинтеза. При этом использование имплантатов из сверхэластичного сетчатого никелида титана значительно расширяет тактический диапазон хирурга.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ УМБИЛИКОПЛАСТИКИ

Мирзабеков С.Г., Пшениснов К.П.

*Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль*

Введение. Пупок играет важную роль в эстетическом восприятии живота. В нескольких исследованиях установлено, что более 50% пациентов перенесших умбиликопластику, не удовлетворены внешним видом своего пупка. Получение эстетически привлекательного пупка с невидимым рубцом – одна из главных проблем для пластических хирургов, выполняющих абдоминопластику. Измененный внешний вид пупка, видимые рубцы могут вызвать серьезные психологические расстройства, которые влияют на самооценку пациента. Поэтому было предложено множество методик для получения идеального пупка. Большой выбор методик умбиликопластики обусловлен сложностью, а также отсутствием общепринятой методики реконструкции пупка.

Идея. Анализ результатов собственного опыта формирования пупка во время полной абдоминопластики.

Цель. Определить оптимальную методику умбиликопластики для получения эстетически привлекательного пупка с незаметным рубцом. Выявить причины наиболее частых осложнений после абдоминопластики, приводящих к потере пупка и уточнить способы их коррекции.

Материалы и методы. В данном исследовании нами анализированы результаты 384 операций полной абдоминопластики, выполненных научным руководителем работы с 1988 года. При этом с 1988 по 2004 гг. для формирования пупка выполняли методики со стандартным круговым разрезом вокруг пупка. С 2004 по 2010 гг. выполняли методику умбиликопластики по С. Le Louarn и J. Pascal. С 2010 г. использовали методику формирования по О. Saldanha. Также в нашей практике, имеют место эндоскопически-ассистированные методики умбиликопластики с отсечением пупочного стебля.

Результаты. Вышеперечисленные методики имеют свои достоинства и недостатки. Методики со стандартным круговым разрезом нередко приводили к таким осложнениям, как выраженная заметность рубцов, стенозирование, взбухание пупка и др. Методика верхнего натяжения С. Le Louarn и J. Pascal приводила к формированию более выраженного заглубления пупочной ямки, но недостатком являлось то, что ишемизировалась кожа полоской вдоль белой линии живота. Методика умбиликопластики по О. Saldanha, имеющая прерывистую линию разреза кожи, позволяет нам получить эстетически привлекательную форму пупка и уменьшить вероятность втягивания рубца. Основной проблемой, приводящей к потере пупка, была острая гематома после абдоминопластики. В случае с сохраненным основанием пупочного стебля его выводили в

рану и затем фиксировали к краям дефекта. При некрозе верхней половины пупка выполняли кожную пластику после некрэктомии верхней половины пупка полнослойным кожным трансплантатом, взятым из области рубца от абдоминопластики. При возникновении тотального некроза пупка была предпринята тактика отсроченной реконструкция пупка через 4 месяца. С целью коррекции были произведены два сеанса липофилинга параумбиликально с периодичностью в 2 месяца. Через 2 месяца после второго сеанса липофилинга была выполнена реконструкция пупка по В.В. Вааск с соавт. (1996) с достижением оптимального результата.

Обсуждение. 1) Наиболее распространенные методики умбиликопластики с полукружными и овальными разрезами вокруг пупка приводят к концентрическому сморщиванию пупка, более заметным рубцам, стенозированию, выбуханию пупка и другим осложнениям. Более целесообразно выполнять фигурные разрезы, так как они позволяют избежать формирования грубых рубцов, а также снизить риск стеноза пупка. 2) Во избежание некроза пупка необходимо соблюдать меры по профилактике гематом в раннем послеоперационном периоде.

АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ГРУДИНО-ПОДЪЯЗЫЧНОЙ МЫШЦЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ

Неробеев А.И., Долова А.Р., Ижаев Р.А., Салихов К.С., Большаков М.Н.

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

Цель и задачи: изучить топографо-анатомические особенности грудино-подъязычной мышцы; оценить эффективность использования лоскута грудино-подъязычной мышцы при хирургическом лечении паралича мимической мускулатуры давностью более 18 месяцев.

Материал и методы. Топографо-анатомическое исследование грудино-подъязычной мышцы было выполнено на 25 трупах с двух сторон (50 наблюдений). В рамках клинического исследования проведена аутоотрансплантация грудино-подъязычной мышцы 2 пациентам с параличом мимической мускулатуры давностью более 18 месяцев. Выполнен анализ клинических данных до операции, в раннем послеоперационном периоде, через 3 месяца после аутоотрансплантации грудино-подъязычной мышцы в динамике.

Результаты. Во время топографо-анатомического исследования были выявлены все необходимые характеристики свободного лоскута грудино-подъязычной мышцы. Во всех случаях препарирования артериальное кровоснабжение мышцы осуществлялось посредством верхней щитовидной артерии. Однако отмечена некоторая вариативность места отхождения последней от магистральных сосудов: 1) в 88% случаев верхняя щитовидная артерия отходит от наружной сонной артерии тотчас после бифуркации; 2) в 12% случаев наблюдалось отхождение верхней щитовидной артерии от общей сонной артерии до ее бифуркации. Во всех случаях анатомического исследования обнаружены адекватные венозные сосуды,

однако была отмечена значительная вариативность: 1) в 86% случаев веной, дренирующей грудино-подъязычную мышцу, являлась верхняя щитовидная вена, впадающая во внутреннюю яремную вену на уровне отхождения верхней щитовидной артерии от магистрального сосуда; 2) в 14% отмечалось, что венозный отток от грудино-подъязычной мышцы осуществлялся через среднюю щитовидную вену, которая впадает во внутреннюю яремную вену на уровне щитовидного хряща. После отхождения от внутренней яремной вены наблюдается разветвление венозного сосуда аутоотрансплантата по двум типам: 1) по магистральному типу в 57% случаев; 2) по рассыпному типу в 43% случаев. По результатам исследования детально разработана методика забора аутоотрансплантата грудино-подъязычной мышцы. В рамках клинического исследования было предпринято 3 попытки выполнения аутоотрансплантации грудино-подъязычной мышцы пациентам с хроническим односторонним параличом мимической мускулатуры давностью более 18 месяцев, первая из которых не увенчалась успехом. В первом случае при заборе аутоотрансплантата грудино-подъязычной мышцы доступ осуществлялся через горизонтальный разрез по естественной складке шеи. На этапе выделения венозного сосуда возник ряд сложностей. После обнаружения места впадения верхней щитовидной вены во внутреннюю яремную вену, приступили к выделению верхней щитовидной вены в дистальном направлении, однако по мере ее выделения стало понятно, что она имеет рассыпной тип ветвления, и выделить всю венозную сеть на данном этапе уже не представлялось возможным. Таким образом, данной пациентке не удалось выполнить аутоотрансплантацию грудино-подъязычной мышцы. По итогам этой операции нами были сделаны следующие выводы: наибольшие затруднения при выполнении забора аутоотрансплантата грудино-подъязычной мышцы могут возникнуть при выделении венозного сосуда, так как после отхождения от внутренней яремной вены отмечается ветвление венозного сосуда аутоотрансплантата по магистральному либо по рассыпному типу, и этот момент операции является самым непредсказуемым; поэтому мы считаем наиболее целесообразным при заборе аутоотрансплантата выделять сосудистую ножку не обнажая ее, вместе с фасциальным футляром во избежание ее повреждения, а так же рекомендуем выполнять данный этап операции с использованием микрохирургической техники. В дальнейшем 2 пациентам с хроническим односторонним параличом мимической мускулатуры давностью более 18 месяцев была успешно проведена аутоотрансплантация грудино-подъязычной мышцы. В обоих случаях донорскими сосудами являлись верхняя щитовидная артерия и вена, донорским нервом – шейная петля. Реципиентными сосудами послужили поверхностные височные артерия и вена. В послеоперационном периоде проводилось тщательное динамическое наблюдение, подробный фотопrotocol, ряд инструментальных методов исследования. На данный момент функциональные результаты еще не получены.

Заключение. В результате данного исследования мы удостоверились в технической выполнимости забора аутоотрансплантата грудино-подъязычной мышцы с учетом всех особенностей ее строения и вариативности анатомии.

АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ МАЛОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ

Неробеев А.И., Ижаев Р.А., Салихов К.С., Большаков М.Н., Долова А.Р.

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

Цель и задачи: изучить закономерности топографической анатомии и распределения артериальных и венозных сосудов малой грудной мышцы, исследовать особенности ее иннервации; оценить эффективность использования свободного аутооттрансплантата малой грудной мышцы при хирургическом лечении паралича мимической мускулатуры давностью более 18 месяцев.

Материал и методы. В анатомическое исследование вошли 30 случаев билатерального препарирования малой грудной мышцы (60 наблюдений). В рамках клинического исследования была проведена аутооттрансплантация малой грудной мышцы 1 пациентке с хроническим односторонним параличом мимической мускулатуры давностью более 18 месяцев. Произведен анализ клинических данных до операции, в раннем послеоперационном периоде, через 3 месяца после аутооттрансплантации малой грудной мышцы в динамике.

Результаты. Во время топографо-анатомического исследования изучены все необходимые характеристики аутооттрансплантата малой грудной мышцы. Иннервация мышцы осуществляется посредством двух нервов: латерального и медиального грудных нервов. Выявлена значительная вариабельность кровоснабжения малой грудной мышцы, мы описали три типа ее артериального кровоснабжения. Доминирующими артериальными источниками кровоснабжения малой грудной мышцы являются ветви латеральной грудной артерии и грудноакромиальной артерии. Однако был обнаружен еще один источник кровоснабжения, который не описывается в учебниках по анатомии, это самостоятельная ветвь подмышечной артерии, которая следует к малой грудной мышце и входит в нее на ее дорсальной поверхности. Данный сосуд имеет достаточный диаметр для самостоятельного обеспечения адекватной перфузии лоскута малой грудной мышцы. Для удобства обозначения условно назовем его «грудной ветвью». Таким образом, отмечена существенная вариабельность артериального кровоснабжения малой грудной мышцы: 1) кровоснабжение из трех источников: ветви латеральной грудной артерии, грудноакромиальной артерии и «грудная ветвь», которая отходит от подмышечной артерии на участке между местами отхождения грудноакромиальной и латеральной грудной артерий и следует к малой грудной мышце; доминантным сосудом в данном случае является «грудная ветвь», остальные два сосуда, как правило, имеют незначительный диаметр. Такой вариант кровоснабжения отмечен в 69% случаев. 2) двойной тип кровоснабжения, обеспечиваемый ветвями латеральной грудной артерии и грудноакромиальной артерии, где нижняя треть кровоснабжаются ветвью латеральной грудной артерии, а верхние две трети ветвью грудноакромиальной артерии; доминантной артерией в данном случае является ветвь грудноакромиальной артерии; такой тип кровоснабжения наблюдался в 22% случаев; 3) один источник кровоснабжения – «груд-

ная ветвь»; данный вариант встречался в 9% случаев. Также отмечена некоторая вариабельность венозных сосудов: 1) в 72% случаев дренирование лоскута обеспечивалось посредством вены, впадающей в подмышечную вену; 2) в 20% случаев было обнаружено два венозных сосуда, впадающих в подмышечную вену; 3) в 8% было обнаружено два венозных сосуда: вена, впадающая в подмышечную вену, и вена, впадающая в латеральную грудную вену. По результатам исследования разработана методика забора аутооттрансплантата малой грудной мышцы. В рамках клинического исследования 1 пациентке с параличом мимической мускулатуры давностью более 18 месяцев была проведена аутооттрансплантация малой грудной мышцы. Артериальным сосудом лоскута послужила вышеописанная грудная ветвь, отходящая непосредственно от подмышечной артерии, венозный отток осуществлялся посредством двух вен, впадавших в подмышечную вену; нервами аутооттрансплантата послужили медиальный и латеральный грудные нервы. Спустя 4 месяца после оперативного вмешательства у пациентки отмечены произвольные движения на пораженной стороне при сжатии зубов. Это не конечный результат, через 2 месяца мы ожидаем появление произвольных движений при улыбке за счет прорастания аксонов через кросслицевой аутооттрансплантат со здоровой стороны.

Выводы. В результате исследования мы удостоверились в возможности использования нервно-мышечного лоскута малой грудной мышцы для динамической реконструкции лица у пациентов с хроническим параличом мимической мускулатуры давностью более 18 месяцев, т.к. во всех случаях препарирования были обнаружены сосуды и нервы лоскута, удовлетворяющие всем основным требованиям. Однако необходимо учитывать значительную вариабельность анатомии сосудов и нервов малой грудной мышцы.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ АКТИВНОСТИ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ ОЖОГОВЫХ ПАЦИЕНТОВ МЕТОДОМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ

Петрова К.С., Карпенко А.А., Ткаченко А.П.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Введение. Реконструктивная хирургия и комбустиология часто сталкиваются с необходимостью устранения раневого дефекта путем выполнения кожной пластики. В свете современных тенденций «бережливого» подхода лечение должно быть эффективным, своевременным, приводящим к максимально положительному результату при минимальной затрате времени. Эффективность операции по пересадке кожного трансплантата в значительной мере определяется качеством грануляционной ткани, служащей основой для пересаженного участка кожи. Активность и трофические возможности грануляционной ткани определяют быстроту и качество регенерации, снижение риска инфицирования, а так же позволяют ожидать получение более благоприятного косметического эффекта от операции. Визуальная оценка активности грануляционной ткани на основании цвета, кровоточивости при механическом воздействии, наличия или отсутствия фибрина, серозного отделяемого является достаточно неполноценной. Современные тенденции требуют разработки более

объективного, неинвазивного и безболезненного метода, позволяющего проводить динамические исследования. К таким методам можно отнести оптическую когерентную томографию (ОКТ).

Цель: Изучение состояния и активности грануляционной ткани методом оптической когерентной томографии.

Материалы и методы: Исследование проведено на базе I ожогового отделения Университетской клиники ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России; критерием включения пациентов было наличие термических ожогов 1–3 степени тяжести от 35–60% площади тела. Всего обследовано 40 ожоговых ран и областей свободной кожной пластики расщепленными трансплантатами от 0,2 до 0,45 мм у 16 пациентов (13 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 24 до 87 лет. Длительность пребывания в отделении у пациентов составляла от 3 суток до 17 месяцев. Использовали визуализатор топограф оптико-когерентный ОКТ-1300 со следующими техническими характеристиками: центральная длина волны – 1300 нм, скорость сканирования – 92 кГц, глубина сканирования – 1,5 мм, продольное разрешение – 20 мкм, поперечное разрешение – 25 мкм, мощность излучения на объекте – 0,75 мВт (ниже допустимого уровня ANSI). Обработку полученных ОКТ-изображений выполняли с помощью специализированных программ HF_OCTf_512Cuda+ViewKub, HF_OCTf_Viewer. Проводили ОКТ-исследование грануляционной ткани в центральной части и тканей пограничной зоны.

Результаты. У пациентов, соблюдающих рекомендованный режим двигательной активности, на ОКТ-изображениях грануляционная ткань представлена относительно светлой гомогенной однородной зоной средней интенсивности сигнала, угасающей по направлению к низу. В пределах грануляционной ткани определялись немногочисленные оптические эквиваленты артериальных и венозных сосудов в виде округлых и овальных зон низкой интенсивности сигнала с четкими границами со светлым контуром и без него, что соответствовало активной грануляционной ткани с признаками адекватной трофики тканей. У пациентов, имеющих сопутствующую патологию и не соблюдающие рекомендованный режим двигательной активности, а также длительно находящихся в вынужденном фиксированном положении, на ОКТ-изображениях грануляционная ткань выглядела как темная гомогенная однородная зона относительно низкой интенсивности сигнала, угасающая по направлению к низу. В пределах грануляционной ткани визуализировались оптические эквиваленты расширенных венозных сосудов и практически не определялись оптические эквиваленты артериальных сосудов, что соответствовало низкой активности грануляционной ткани с признаками застойных явлений и отсутствием адекватной трофики тканей. В условиях венозного застоя в пределах исследуемой ткани в этом случае, выраженный признак кровотоковости грануляционной ткани был обусловлен не адекватной трофикой с преобладанием артериального компонента, а статическими изменениями вследствие венозной вазодилатации, что указывало на несоответствие визуальной оценки ткани ее истинному состоянию и могло привести к ошибочным выводам.

Выводы. ОКТ позволяет не только определять активность самой грануляционной ткани, но и дифференцировать артериальные и венозные сосуды, что дает возможность оценить трофическую способность грануляционной ткани, как субстрата для дальнейшей кожной пластики, и выбрать наиболее оптимальный момент для оперативного лечения. Это позволит достичь более быстрых сроков лечения, сни-

зить возможность вторичного инфицирования и получить более благоприятный косметический эффект.

ВАРИАНТЫ МОДЕЛИРОВАНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ МАСТОПЕКСИИ НА ВЕРХНЕ-МЕДИАЛЬНОЙ ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ. НАШ ОПЫТ

Побережная А.В., Кораблева Н.П., Жолтиков В.В., Матевосян Е.Н., Цехмистро Я. В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

«Академия пластической хирургии», Клиника Атрибьют

Введение: после рождения ребенка и окончания грудного вскармливания у женщин часто меняется форма и размер молочных желез. Это заставляет пациенток обращаться к пластическому хирургу за восстановлением эстетически правильной формы молочных желез. В последние годы, в связи с неоднозначным отношением к эндомаммопротезированию, все больше пациенток отказываются от установки эндопротезов. В связи с чем возникает задача - воссоздать форму и объём молочных желез моделированием паренхимы, транспозицией сосково-ареолярного комплекса без риска развития ишемии, резекцией избытков кожи, тем самым создать эстетически-приемлемую форму и получить стабильный результат.

Цель данного исследования – анализ результатов и выделение ключевых факторов успешного выполнения аутоаугментационной мастопексии.

Материалы и методы: произведен анализ результатов мастопексии с аутоаугментацией у 193 пациенток с послеродовыми изменениями молочных желез, прооперированных нами за последние 5 лет с помощью аутоаугментационной мастопексии без установки эндопротезов. Применялись следующие методы мастопексии: кожные избытки иссекались согласно разметке циркумвертикальной, или owl-marking, или по Wise. Сосково-ареолярный комплекс, в основном, переносили на верхне-медиальной ножке. С целью моделирования паренхимы выполнялись методики: 1 группа: выполнено моделирование верхне-медиальным дермо-глангулярным лоскутом у 72 пациенток. 2 группа: выполнено моделирование паренхимы нижним дермо-глангулярным лоскутом у 68 пациенток. 3 группа: аутоаугментацией в технике Triple-flap interposition у 53 пациенток. В ходе операции в обязательном порядке учитывалось расположение фасции Wuringer для сохранения основных источников кровоснабжения паренхимы и сосково-ареолярного комплекса. Длина нижнего склона сформированной молочной железы (LVC) в конце операции составляла 6–7 см. Результаты оценивались через 1 год, 3 и 5 лет. Оценивалась стабильность формы, положения и объема молочных желез, отсутствие рецидива птоза и удовлетворенность пациентки. При анализе выяснилось, что послеоперационная стабильность конструкции и удовлетворенность результатом отмечается у пациенток 2 и 3 групп. LVC в течение первого года увеличивалось в среднем на 1,5–2 см, а в последующие годы стабилизировалось. При формировании LVC более 8 см в течение года наблюдалось формирование ложного птоза.

Выводы: для пациенток с послеродовыми изменениями молочных желез необходимо выбирать технику мастопексии, направленную на стабилизацию и поддержку

нижнего склона молочной железы. Таковой является мастопексия с переносом сосково-ареолярного комплекса на верхне-медиальной ножке с аутоаугментацией нижним дермо – гландулярным лоскутом и Triple-flap interposition техника. Очень важным фактором долгосрочного стабильного результата является формирование LVC не более 7 см. Навыки выполнения различных техник мастопексии и грамотно выполненная предоперационная разметка позволяют получить хороший, стабильный послеоперационный результат аутоаугментационной мастопексии.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВОТОКА В ЛОБНОМ ЛОСКУТЕ

Поддубный А.А., Иванов С.А., Юрковский А.М.

*Гомельской государственной медицинской университет,
Гомель*

Лобный лоскут (ЛЛ) является традиционным пластическим материалом при устранении объемных дефектов наружного носа (НН). Реконструкция НН выполняется, как правило, в два этапа с перерывом в 2–3 недели. При первой операции выполняют формирование и перенос ЛЛ в область дефекта, при второй – иссечение ножки лоскута. Качество жизни пациента в течение всего этого периода существенно снижено из-за ношения повязки, ограничения в пользовании очками, управлении автомобилем и т.п. (Cerci F.V., Nguyen T.H., 2006). Следовательно, остается актуальным вопрос о сокращении временного интервала между этапами. Данный вопрос может быть решен только при наличии хорошего ретроградного кровотока (РК) в дистальной порции ЛЛ. Для определения РК используют несколько методов, таких как компрессионная проба, капиллярография, лазер-ассистированная ангиография с индоцианином зеленым. Каждый из этих методов имеет свои существенные недостатки. С целью более эффективного исследования РК, мы предлагаем выполнять ультразвуковое исследование ЛЛ методом цветного доплеровского картирования (ЦДК).

Цель исследования – определить эффективность ЦДК при исследовании РК в ЛЛ. Проанализированы данные обследования 37 пациентов (19 мужчин и 18 женщин, в возрасте 40–86 лет, которым выполнена реконструкция НН ЛЛ в 2013–2019 гг.). Для исследования сформированы две группы. Первая группа – 19 пациентов, которым проводилось исследование кровотока в ЛЛ путем компрессионной пробы. Вторая группа – 18 пациентов, которым исследовали РК методом ЦДК. Распределение пациентов в группах по полу, возрасту, размеру и глубине дефекта, доле лиц с риском послеоперационных осложнений не имело статистически значимого различия. Исследовали частоту осложнений со стороны ЛЛ после пересечения ножки, время от первой операции до пересечения ножки ЛЛ, оценку вида НН после реконструкции по 10-балльной визуальной аналоговой шкале через 6 месяцев. Статистическая обработка выполнена с помощью пакета программ Statistica 8.0 (StatSoft Inc, USA). Данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q25;Q75) для вида носа, в виде среднего значения и стандартной девиации (M+SD) – для времени между операциями. Сравнение оценок выполнено с помощью критерия Mann-Whitney (U), с помощью критерия t Стьюдента – для времени между операциями, с помощью критерия χ^2 Фишера – для частоты

осложнений. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы $p=0,05$. В группе 1 компрессионную пробу выполняли ежедневно через 14 суток после первой операции. В группе 2, начиная с 14 суток после первого вмешательства, выполняли исследование ЛЛ методом ЦДК. Сначала проводили идентификацию осевых сосудов в нативном положении лоскута, затем сдавливали ножку резиновым турникетом и повторно исследовали ткани ЛЛ, определяя не только наличие кровотока, но и его пределы в каудально-краниальном направлении. Иссечение ножки проводилось, если наблюдали границу кровотока минимум на 0,5 см выше границы предполагаемого разреза. При недостаточном кровотоке исследование повторяли через 2-3 дня. Время от первого вмешательства до пересечения ножки ЛЛ в группе 1 составило 33,4+4,9 суток (min 23, max 40). Интервал времени между первым и последним этапом реконструкции НН в группе 2 – 24,1+3,4 суток (min 16, max 33). Различие по этому показателю не является статистически значимым, $p=0,128$. В то же время у 9 из 18 пациентов (50%) группы 2 иссечение ножки ЛЛ выполнено ранее 21 суток, а в группе 1 эта процедура ни разу не производилась ранее, чем через 3 недели. В группе 1 не было зарегистрировано раневых осложнений, которые могли бы быть обусловлены недостаточным кровотоком в тканях ЛЛ после пересечения ножки (ишемический некроз, расхождение краев раны). В группе 2 отмечено одно наблюдение краевого некроза краниальной порции лоскута после пересечения ножки у пациента поздней постлучевой язвой. Различие по частоте осложнений не является статистически значимым, $p=0,298$. Оценка общего вида НН через 6 месяцев после реконструкции в группе 1 составила – 8 (8;9) баллов, в группе 2 – 9 (8;9). Различие по этому критерию не является статистически значимым, $p=0,359$. Заключение. Предлагаемый метод ЦДК ЛЛ с компрессией ножки позволяет получать более объективные данные о ретроградном кровотоке по сравнению с рутинной компрессионной пробой. Данное исследование не требует специальной подготовки и сокращает длительность реконструктивных изменений у пациентов с дефектом наружного носа.

ЛИПОСАКЦИЯ С ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ФАСЦИОТОМИЕЙ КАК СПОСОБ МОБИЛИЗАЦИИ КОЖНО-ЖИРОВОГО ЛОСКУТА ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПРОЛЕЖНЕЙ В ОБЛАСТИ ТАЗА

Симонов А.С., Спиридонов А.А., Марков С.Н., Балеев М.С.

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

Введение. Пластика пролежней в области таза – трудная задача, результаты ее остаются неудовлетворительными в 45–82 % случаев (Walter G.P., 2017; Paker N., 2018). Причина частых неудач не только в особой патофизиологии хронической раны, но и в специфике локальной анатомии: обилии поверхностно расположенных костных образований; «сотовой» жировой клетчатке, разделенной фиброзными перемычками и фасциальными листками. Традиционная мобилизация лоскута открытым рассечением клетчатки со стороны раны усугубляет нарушения ми-

кроциркуляции и увеличивает площадь инфицированной раны (Рябков М.Г., Бесчастнов В.В., 2018).

Идея: при пластике пролежня в области таза можно добиться достаточной подвижности лоскута без нарушений микроциркуляции и без распространения инфекции, используя окolorаневую липосакцию с рассечением фиброзных перепонок и ягодичной фасции.

Цель: разработать технологию мобилизации кожно-жировых лоскутов путем окolorаневой липосакции с фасциотомией при пластике пролежня в области таза. Материал и методы. Разработанный способ мобилизации кожно-жирового лоскута заключается в липосакции с рассечением поверхностного листка ягодичной фасции и фиброзных перепонок в зонах, расположенных рядом с раной, но с ней не сообщающихся. Шести пациентам с пролежнями в области крестца, больших вертелов на расстоянии 3–4 см от наружных краев раны, канюлей в подкожной клетчатке создавали полость (этап липосакции). В полость вводили 5 мм эндоскоп и под его контролем коагулировали соединительно-тканые перепоночки и фасции, лимитирующие подвижность лоскута (этап фасциотомии). Полученный в результате липоаспира́та перемещали на раневую поверхность для стимуляции раневого процесса. В периоперационном периоде контролировали микроциркуляцию в лоскуте по данным лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), мониторировали микробный пейзаж, оценивали раневые осложнения. В группу сравнения включили пациентов ($n=7$) с пролежнями в области таза, которым кожные лоскуты для пластики мобилизовали рассечением клетчатки со стороны раны.

Результаты. По данным ЛДФ кожи после липосакции и фасциотомии, несмотря на снижение постоянной составляющей перфузии на 18% ($p=0,035$), статистически значимого уменьшения индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ) в коже не происходило: после сопоставления краев раны ИЭМ в коже составлял 94% от исходного ($p=0,687$), а нарушения кровообращения соответствовали II степени (компенсированные нарушения). У пациентов с традиционным способом мобилизации лоскутов после ушивания раны на ЛДФ-грамме проявлялось снижение постоянной составляющей перфузии на 32,5% ($p=0,021$), уменьшался индекс эффективности микроциркуляции на 27% ($p=0,041$), что соответствовало стадии III (субкомпенсации). Раневое осложнение в виде нагноения и лизиса 25% площади кожного лоскута развилось у 1 пациента из 6. Через 30 суток после операции у 3 пациентов раневой дефект зажил на 100% площади, у 3 – сократился в размере в 2 и более раза. В группе сравнения полное заживление дефекта произошло у 2 пациентов из семи, еще в двух случаях площадь раны сократилась, а у 3 пациентов размеры ее не изменились, так как произошел некроз перемещенного кожно-жирового лоскута. У большинства пациентов обеих групп на 15 сутки после операции микрофлора из ран не высевалась совсем или микробная нагрузка не превышала 105 КОЕ/мл.

Обсуждение. Разработанная технология является развитием нашего способа пластики хронических ран на нижних конечностях (патент РФ на изобретение № 0002661706 от 19.07.2018), с успехом применяемого в лечении обширных ран на брюшной, грудной стенках, на бедрах. Однако в лечении пациентов с пролежнями в области крестца и больших вертелов мобилизация липосакцией оказалась недостаточно эффективной: после удаления жировой клетчатки соединительно-тканые рубцы и фасция ограничивают смещение кожно-жирового лоскута. Анатоми-

ческие особенности области вмешательства – важнейший фактор, влияющий на выбор способа пластики [Серра-Реном Х.М., 2018]. Липосакция и эндоскопическая фасциотомия, с успехом применяемые для решения различных хирургических задач [Мамедов Э.В., 2010; Мацакян А.М., 2017], в комбинации могут быть полезными и в лечении пролежней области таза.

Вывод. Разработанный способ пластики пролежня в области таза кожно-жировым лоскутом, мобилизация которого производится липосакцией и фасциотомией, позволяет избежать микроциркуляторных нарушений, не допустить увеличения площади раны и повысить вероятность заживления декубитальной язвы.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ НАТЯЖЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Сухих С.О., Куприянов Ю.А., Касян Г.Р., Пушкарь Д.Ю.

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

Недержание мочи является одним из самых распространенных женских урогинекологических заболеваний, крайне негативно сказывающееся на качестве жизни пациенток. Данная проблема может приводить к выраженной десоциализации, вызванной сопровождающим пациентку запахом мочи и необходимостью ношения гигиенических абсорбирующих прокладок или памперсов, мацерацией кожных покровов – факторами, обуславливающими значительное снижение качества жизни больных. На сегодняшний день субуретральная петлевая пластика является золотым стандартом хирургического лечения данного заболевания. Однако, до сих пор нет единого способа регулировки натяжения петли в ходе ее установки. Недостаточно плотное прилегание петли зачастую приводит к отсутствию эффекта от операции. В то же время чрезмерное натяжение, оказываемое петлей на уретру, является причиной ятрогенной инфравезикальной обструкции.

Целью нашего исследования являлась стандартизация данного хирургического метода, а также определение эффективности и безопасности субуретральной петлевой пластики с контролем натяжения петли.

Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование по сравнению хирургической коррекции недержания мочи с контролем натяжения синтетического протеза и стандартной субуретральной петлевой пластики трансобтураторным доступом. Устройство для контроля натяжения представляло саморассасывающуюся прокладку между петлей и уретрой, ширина которой равна ширине субуретральной петли, длина – половине длины окружности уретры, а толщина – 5 мм (патент № 20171107523). В исследовании проводился анализ параметров с помощью основных описательных статистик и частотного распределения. В данном исследовании показатели эффективности сравнивались внутри исследуемой и контрольной групп и между группами с помощью критерия хи-квадрат (для анализа частот), в том числе и с применением поправки Йетса. Также для сравнения исследуемых параметров между группами применялся непараметрический критерий Манна-Уитни-Уилкоксона. Клиническое исследование одобрено межвузовским комитетом по этике, выписка из протокола № 06-18, от 14.06.2018. Исследова-

ние зарегистрировано в ClinicalTrials.gov № NCT04101279. Результаты. Показаны результаты исследования, с периодом наблюдения 1, 3, 12 месяцев. Рандомизация пациентов проводилась по блоковой схеме (flow-chart, по критериям CONSORT). В исследование включено 100 больных, по 50 человек в каждой группе. В исследуемой группе объективная эффективность оперативного лечения составила 96%, в контрольной группе 88%. При сравнении анкет (UDI-6 и IIQ-7) заполненных до операции и через 1, 3 и 12 месяцев было показано статистически значимое снижение баллов в двух группах. Показатель послеоперационных осложнений, в виде инфравезикулярной обструкции, составил 2% (1 пациентка) в исследуемой группе, что связано с неправильным положением петли, ближе к шейке мочевого пузыря и 8% (4 пациента) в контрольной группе. Ургентность de novo, в исследуемой группе составила 6%, в контрольной группе, составила 14%.

Выводы. Наблюдение в течение 12 месяцев показало удовлетворительные результаты в исследуемой группе больных, что говорит об эффективности и безопасности нового метода контроля натяжения петли. Также необходимо дальнейшее наблюдение за основной группой пациенток.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОДНОМОМЕНТНОЙ ДВУХЭТАПНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Худоян А.К., Пшениснов К.П.

*Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль*

Введение. Лечение рака молочной железы представляет собой междисциплинарную задачу, а для реабилитации этих пациентов существуют различные техники реконструктивных операций в рамках стандартов оказания медицинской помощи. Тенденции последнего десятилетия выдвинули на первый план одномоментные реконструкции после подкожной или кожесохраняющей мастэктомии.

Идея. Проанализировать группу пациенток, которым были выполнены одномоментные двухэтапные реконструкции молочной железы; подвести итоги дающие представление о факторах, влияющих на исходы реконструкции.

Цель. Определить пути улучшения эстетических результатов одномоментной двухэтапной реконструкции. Материалы и методы. В период с мая 2014 года по март 2020 года на базе Европейского медицинского центра (ЕМС) железы были проведены одномоментные двухэтапные реконструкции 24 пациенткам с диагнозом рак молочной. На выбор этой методики существенно влиял низкий индекс массы тела пациенток, а также их нежелание использования лоскутной пластики. При оценке результатов учитывались такие факторы, как хирургический доступ, вид мастэктомии, проведение лимфаденэктомии, вид и форма установленного имплантата, наличие облучения на первом этапе реконструкции и количество проводимых в отдаленном периоде коррекций при помощи липофилинга. В 20 наблюдениях (83%) выполнены оба этапа; 4 (17%) – лишь первый этап реконструкции. САК был сохранен у 17 (85%) женщин. Профилактическая мастэктомия осуществлена одной

(5%) пациентке. Билатеральная реконструкция выполнена 3 больным (15%). Корректирующие операции на здоровой контрлатеральной железе произведены в 8 наблюдениях (40%) и включали в себя 8 (100%) аугментации и 4 (50%) мастопексии. Средний возраст женщины составил 45 лет (от 29 до 62). 11 (46%) пациенток получали лучевую терапию на первом этапе (экспандер), 13 (54%) были без облучения. В 8 наблюдениях (40%) были установлены полиуретановые имплантаты, в 12 (60%) силиконовые. Липофилинг применялся у 16 (67%) пациенток, в среднем по 2 серии. Двум пациенткам для коррекции осложнений выполнена пересадка TRAM лоскута.

Результаты. Анализ в отдаленные сроки показал, что зачастую пятно реконструированной молочной железы значительно выше контрлатеральной стороны. САК в большинстве случаев смещался кнаружи и вверх. Мы связываем это с применением хирургом-маммологом бокового доступа мастэктомии и более высокой установкой экспандера на первом этапе реконструкции. Обсуждение: На этапе постановки экспандера необходимо учитывать итоговую высоту пятна МЖ. Отказ от бокового хирургического доступа может помочь избежать проблемы смещения САК, его альтернативой может стать вертикальный доступ. Пациентки с полиуретановыми имплантатами имели более возвышенное положение пятна МЖ, это связано с тем, что имплантат фиксирован на грудной стенке, в то время как силиконовые имплантаты навязывают свою форму кожному «чехлу». Для коррекции ассиметричного положения САК эффективно применение ригототомий, фасциотомий, а также липофилинга.

МЕТОДИКИ МОДИФИКАЦИИ ПОВЕРХНОСТИ ТИТАНОВОГО ЭНДОПРОТЕЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Шпицер И.М., Шайхалиев А.И., Мигачев А.С., Петрук П.С., Гостева Е.А.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва; 1 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский технологический университет «МИСиС» (Московский институт стали и сплавов), Москва

Введение. Последние 3 десятилетия, со времен американского хирурга R.W. Christensen, происходит активное внедрение в медицинскую практику материалов из титана и его сплавов [1,2]. Применение титана и его сплавов в челюстно-лицевой хирургии необходимо при травмах костей лицевого черепа, его врожденных пороках. Существует два основных направления модификации поверхности: 1) топографическое имитирование, такое как построение микро- и наноструктур на титановых поверхностях для направления роста клеток, которое играет роль, аналогичную топографии внеклеточного матрикса; 2) поверхностная иммобилизация биомолекул для имитации роли молекулярной структуры межклеточного матрикса в клетках.

Идея заключалась в изучении поведения клеток на различных поверхностях титанового эндопротеза

Цель работы заключалась в получении такой запрограммированной поверхности титанового эндопротеза, на которой остеобласты и фибробласты дадут лучшие показатели пролиферации, адгезии.

Материалы и методы. Совместно с НИТУ «МИСиС» был проведен ряд экспериментов *in vitro* & *in vivo* по прогнозируемой модификации поверхности титановых образцов GRADE-3. Использовались методики анодного травления в серной кислоте, пескоструйной обработки, анодного окисления, химического полирования. В качестве модельной клеточной культуры для экспериментов *in vitro* использовались мезенхимальные стволовые клетки пульпы молочного зуба, которые выращивались в среде Dulbecco's Modified Eagle Medium. Для экспериментов *in vivo* были использованы лабораторные кролики породы шиншилла. Клетки культивировались до 10 пассажа, лабораторные животные были выведены через 1, 3 месяцев. Для исследования osteo- и фиброинтеграции на поверхности титановых образцов использовались сканирующая и зондовая электронная микроскопия, Scratch-тест, профилометрия. Результаты экспериментов показали, что адгезия клеток повышается на наноструктурированных поверхностях. Оценивая морфологические характеристики можно сказать, что наноповрхность дает самые высокие показате-

ли количества клеток, их адгезии и занимаемой площади поверхности. Образование соединительной ткани на полированных образцах согласуется с результатами других исследователей [3]. Миофибробласты появлялись с 7 пассажа клеток. Остеобласты демонстрировали отличные показатели на наномодифицированных поверхностях. Обсуждение. Данное направление требует дальнейших исследований, так как имеется ряд вопросов: мало изучено поведение макрофагов и нейтрофилов в зависимости от модификации поверхности [3]; влияние микроструктурных поверхностей на реакцию соединительной ткани [4], не найден идеальный материал для создания эндопротезов.

Список литературы: 1. Куцевляк В.И. Новые решения в эндопротезировании височно-нижнечелюстного сустава / В.И. Куцевляк, Е.Н. Рябоконь // Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области: Труды ЦНИИС. – М., 1995. – С. 109–110. 2. Christensen R.W. The correction of mandibular ankylosis by arthroplasty and insertion of a cast Vitallium glenoid fossa // Am. J. Orthop. 1963. V. 48. P. 28–34. 3. Brunette DM, Chehroudi B (1999) Effects of surface topography on cell behavior *in vitro* and *in vivo*. J. Biomech Eng 121:49–57 4. D. M. Brunette, P. Tengvall, M. Textor, P. Thomsen. Titanium in medicine: material science, surface science, engineering, biological responses and medical applications I ed. Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Singapur; Tokio: Springer; 2001:1005p. DOI 10.1007/978-3-642-56486-4