



ЮБИЛЕЙНЫЙ
X Национальный конгресс
с международным участием
ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ,
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
И КОСМЕТОЛОГИЯ

Центр Международной Торговли
Москва
12—14 декабря 2021 года

Реконструкция формы
Управление временем

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

РАЗДЕЛ I. ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ АРОМАТАЗЫ НА ЖИРОВОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ГРУДИ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Klinger M. E., Lisa A. V., Мариничева Е. А.

*Universita degli studi di Milano, Humanitas research hospital,
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова, Милан (Италия), Москва
(Россия)*

Аутоотрансплантация жировой ткани (липофилинг) широко применяется для контурной пластики мягких тканей, в том числе у пациентов, перенесших резекцию по поводу рака груди. Такие пациенты в постменопаузе часто продолжают терапию ингибиторами ароматазы (ИА). Эффективность липофилинга приписывается стволовым клеткам (СК), полученным из жировой ткани.

Целью исследования было изучение влияния ИА на мультипотентную дифференцировку СК через 21 день.

Были изучены результаты 12 женщин в постменопаузе, в возрасте от 49 до 65 лет, перенесших секторальную резекцию груди. Основную группу составили 6 пациентов, получающих после резекции терапию ИА в течение 6 месяцев и более, контрольную – 6 пациентов, не получающих ИА. СК выделяли из липоаспирата и культивировали в течение 3 недель с соответствующими индукционными средами для адипогенной или остеогенной дифференцировки. Уровень эстрогеновых рецепторов (ER) определяли количественным ПЦР. Исследование показало, что СК у пациентов с ИА имеют более высокий уровень ER- α по сравнению с контрольной группой, различий в уровнях ER- β обнаружено не было. Секреция фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) СК у пациентов получавших ИА была также достоверно выше в изученный период времени. Изучение способности продуцировать медиаторы воспаления показало более высокий уровень IL-10 и TNF- α у пациентов получавших ИА, в то время как уровень циклооксигеназы достоверно не отличался. ER- α считается основным медиатором пролиферации СК в жировую ткань и значительно более высокий уровень экспрессии ER- α у пациентов получавших ИА требует дальнейшего изучения. Применение долгосрочной адъювантной эндокринной терапии затрудняет анализ эффективности аутоотрансплантации жировой ткани у пациентов с раком молочной железы.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛИПОАБДОМИНОПЛАСТИК У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Абрамов И. В., Иванов В. В., Филимонов В. Б., Мельников А. А.,
Копытин И. А., Мальков А. А., Огольцов И. А.

*Рязанский государственный медицинский университет,
Рязань*

Целью данного исследования стала разработка и внедрение в клиническую практику средств и методов пластической хирургии при выполнении липоабдоминопластик у пациентов с вентральными грыжами. Приводятся собственные оригинальные варианты оперативных вмешательств (патенты РФ №2410043 и 2401073), способствующие профилактике ранних осложнений и улучшению отдаленных эстетических результатов.

Материалы и методы. Согласно плану исследования и для решения поставленных задач были проанализированы результаты лечения 236 пациентов, перенесших липоабдоминопластику: 105 пациентам липоабдоминопластика выполнена по эстетическим показаниям – вследствие диастаза прямых мышц живота и формирования кожно-жирового фартука, 131 пациенту – в сочетании с тем или иным видом герниопластики сетчатым имплантатом. Все оперативные вмешательства проведены в отделении хирургии № 2 ГБУ РО ОКБ и ГКБСМП в период с 1999 по 2021 год. Средний возраст пациентов составил $41,6 \pm 8,5$ года. Основная группа ($n=109$, 46,2%) сформирована методом двойной слепой выборки из пациентов, оперированных с использованием разработанных технических приемов и методов. 1. Направленное воздействие на степень экссудативной реакции при проведении липоабдоминопластик возможно при использовании для диссекции современных электрохирургических (ForceTriad) или ультразвуковых (Harmonic Scalpel-HS) комплексов. 2. Иссечение субкарпального жирового слоя, микроперфорация апоневроза в проекции прямых мышц живота, сохранение перфорантов и латеральная превентивная декомпрессия являются хирургическими способами профилактики осложнений раннего послеоперационного периода. 3. Надежная реконструкция передней брюшной стенки с сохранением пупка возможна при средних и обширных формах пупочных грыж путем применения преперитонеального расположения сетчатого имплантата по разработанным методикам, что также способствует снижению количества реперфузионных осложнений и рецидивов. 4. Улучшение отдаленных результатов липоабдоминопластик возможно при активном использовании поверхностной фасции по разработанному методу, кроме того, это снижает количество пациентов, акцентуированных на релаксации тканей субумбиликальной области.

СИСТЕМНЫЙ АЛГОРИТМ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Абрамов И.В., Иванов В.В., Филимонов В.Б., Мельников А.А.,
Копытин И.А., Мальков А.А., Огурлиева В.А., Байду Р.Г.,
Огольцов И.А.

*Рязанский государственный медицинский университет,
Больница скорой медицинской помощи, Рязань*

Введение. При выполнении оперативных вмешательств особое место занимает периоперационное ведение пациентов, как комплекс, снижающий частоту развития местных и системных осложнений. Выбор метода оперативного лечения пациентов является сложной задачей, т.к. с одной стороны, будет учитывать ожидания в контексте с возможностью и готовностью переносить те или иные прямые физические страдания (боль, синяки, отеки, длительная реабилитация) на фоне сопутствующих соматических заболеваний, ограничивающих адаптационные резервы, являющиеся факторами риска на всех этапах оказания специализированной медицинской помощи.

Целью данного исследования стала разработка и внедрение в клиническую практику системного алгоритма периоперационного ведения пациентов с реконструкцией передней брюшной стенки.

Материалы и методы исследования. Нами изучена статистика, на основании 739 (100%) человек, пролеченных на базе ГБУ РО «ОКБ» и ГБУ РО «ГКБСМП» г. Рязани в период с 1998 по 2021 год. Из них 615 (83,2%) женщин и 124 (16,8%) мужчины. Средний возраст пациентов, поступивших на абдоминопластику, $39,8 \pm 8,6$ лет. Пациенты в предоперационном периоде прошли комплексное обследование, согласно стандартам оказания медицинской помощи. В послеоперационном периоде проводился контроль лабораторных и инструментальных показателей согласно клиническим рекомендациям.

Результаты. Комплексная программа предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных направлена на адаптацию функций сердечно-легочной системы и органов брюшной полости к повышенному внутрибрюшному давлению. Подготовка включала в себя комплексное обследование, выявляющее сопутствующие соматические заболевания, требующих коррекции и вмешательства других специалистов. Достижение оптимального веса, в котором пациент будет чувствовать себя максимально комфортно до и после операции, разгрузочная диета, максимальное очищение кишечника, ношение послеоперационного бандажа с целью адаптации сердечно-легочной системы и органов брюшной полости к повышенному внутрибрюшному давлению, лечебная физкультура в сочетании с активной дыхательной гимнастикой, лечение сопутствующих заболеваний. Условные сроки предоперационной подготовки больных занимали от 2 до 4 недель. Выбор метода оперативного вмешательства зависит от психического статуса пациента, его ожидания от конечного результата, готовности переносить послеоперационный процесс и реабилитацию, а также от выявленных соматических заболеваний пациента, ограничивающих адаптационные резервы, которые являются факторами

риска осложнений на всех этапах. Исходя из полученных данных, мы уже определяем вид хирургической коррекции. В послеоперационном периоде основные усилия должны быть направлены на профилактику и предотвращение ТЭЛА, ДВС-синдрома, дыхательной недостаточности и поддержания адекватной гемодинамики, особенно в первые сутки после операции, а также на профилактику развития раневых осложнений. Послеоперационный уход больных, считаем, начинать с ношения компрессионного трикотажа в течение 14 дней, ранняя активация больных, назначение антикоагулянтов с целью профилактики ТЭЛА. Учитывая большую зону операции, немаловажное значение, особенно в 1–3-е сутки после операции, придавали адекватной анальгезии, отдавая предпочтение ненаркотическим анальгетикам. В послеоперационном периоде наряду с комплексной реологической и противовоспалительной терапией применялись методы физиотерапевтического воздействия (лазеротерапия, ГБО, компрессионная терапия и пр.). Проводили постоянное мониторное наблюдение за показателями центральной гемодинамики, насыщения O₂ и CO₂ в крови. Пациенты должны находиться на контроле со сдачей Д-димера, ОАК, биохимического анализа крови каждые 3–5 дней на протяжении месяца, с целью исключить явления тромбоза, который может быть как в сосудах нижних конечностей, так и в сосудах передней брюшной стенки, что увеличивает экссудацию. УЗИ передней брюшной стенки выполняем перед снятием швов, чтобы серомы не вызвали прорезывание краев раны и расхождение швов. Пункционное компрессионное лечение сером при необходимости.

Выводы. Системность периоперационного ведения заключается в комплексности и клинической направленности, как предоперационного обследования, так и подготовки с преемственностью и последовательностью всех этапов реабилитации в неразрывной связи с патогенетическими патофизиологическими моментами оперативного приема. Немаловажную роль играет исходный психический статус, акцентуация и ожидания пациента к конечному результату.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАСТИКИ КОЖИ ЛИЦА ОДНИМ ПОЛНОСЛОЙНЫМ КОЖНЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ

Аладына В.А., Богданов С.Б.

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

Ожоги лица – это один из самых тяжелых видов травмы. В ожоговом отделении ГБУЗ «НИИ – ККБ № 1 им. проф. С.В. Очаповского» разрабатывались способы выполнения полнослойных кожных пластик на гранулирующую рану лица с созданием условий приживления полнослойного кожного аутоотрансплантата. В нашей больнице инициирована научно-исследовательская работа по оценке эффективности применения дермальных фибробластов при полнослойной кожной пластике. В рамках исследования нами выполнено четыре операции пластики кожи лица одним полнослойным аутоотрансплантатом с применением аутофибробластов, что значительно сократило время прижив-

ления трансплантатов. Фибробласты являются естественным клеточным компонентом дермы, обладают важными функциональными свойствами: синтезируют компоненты экстрацеллюлярного матрикса, стимулируют адгезию, пролиферацию и дифференцировку кератиноцитов, обеспечивают более эффективное приживление кожных трансплантатов при аутодермопластике.

Цель исследования – уменьшить сроки приживления полнослойного кожного аутоотрансплантата с использованием аутофибробластов.

Материал и методы. С марта 2010 г. при тотальных глубоких ожогах лица и рубцовых деформациях нами выполнено 11 кожных аутопластик одним полнослойным трансплантатом, после совместного применения оперативных вмешательств и клеточных технологий сроки приживления аутоотрансплантата сократились с 12–15 до 5–7 дней.

Результаты и обсуждение. Для получения наиболее лучшего функционального и косметического результата лечения у пациентов с глубоким термическим поражением лица пластика одним полнослойным кожным аутоотрансплантатом является оптимальной в совокупности с аутофибробластами.

Заключение. Выполнение пластики кожи лица одним полнослойным трансплантатом оптимально проводить в крупных ожоговых центрах. Для достижения положительных результатов данной методики оптимально совершенствовать хирургические приемы оперативной техники. Комплексное применение аутофибробластов способствует быстрой адаптации и приживлению полнослойного трансплантата.

ЗАКРЫТАЯ СОХРАНЯЮЩАЯ РИНОПЛАСТИКА С РИНОСКУЛЬПТУРОЙ ПЬЕЗО-АППАРАТОМ

Алмазов И.А.

Клиника «Атрибьют», Санкт-Петербург

Цель. Изучить возможности получения хороших эстетических и функциональных результатов риносептопластик выполняющихся закрытым способом с сохранением спинки и связок при разных степенях деформации носовой пирамиды.

Задачи: 1. Разработать алгоритм закрытых сохраняющих риносептопластик для основных видов деформации носовой пирамиды. 2. Исследовать возможность сохранения спинки носа при коррекции различных типов деформации носовой пирамиды.

Материалы и методы. Описана техника работы с носовой пирамидой с помощью пьезо-аппарата (ПА) при закрытом доступе. Пациенты сгруппированы в зависимости от примененного подхода к хирургии носовой пирамиды – Push Down, Let Down, риноскульптуры и их сочетаний. Проанализированы результаты операций у пациентов с деформациями носовой пирамиды с применением ПА у 211 пациентов до и через 12 месяцев после операции.

Результаты. Средний возраст пациентов 28 лет из них 193 женщины и 18 мужчин. Ранний и поздний послеоперационные периоды у пациентов протекали без особенностей с формированием хороших эстетических и функциональных результатов. В 3 случаях при С-образной и двух при

С-образной сохранилась видимая остаточная асимметрия носовой пирамиды, меньшая чем перед операциями, однако пациенты были эстетически удовлетворены и ревизионная операция не выполнялась. В трех случаях при горбинке ≥ 7 мм обнаружен остаточная горбинка, высотой до 2 мм – этим пациентам в последствие выполнена ревизия интраназальным доступом с помощью рашпинга под местной анестезией.

Заключение. Применение ПА для работы при закрытой ринопластике позволяет добиваться хороших эстетических результатов. При интраназальном доступе можно обеспечить прогнозируемость и прецизионность при работе с костной пирамидой. Во всех исследованных случаях коррекции различных типов деформации носовой пирамиды при закрытом доступе спинка носа была сохранена.

ПРИМЕНЕНИЯ БИОГЕРМЕТИКА НА ОСНОВЕ А-ЦИАНАКРИЛОВОЙ КИСЛОТЫ В РИНОПЛАСТИКЕ

Арутюнян Э.Г., Русецкий Ю.Ю., Истранов А.Л.

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Введение. С каждым годом пластическая хирургия все больше развивается, как хирургическая специальность с прецизионным подходом в выполнении различных операций, растёт спрос на новые методики, оптимальные техники выполнения, минимизацию осложнений, стабилизацию конечного результата. Одним из ведущих направлений в пластической хирургии является ринопластика. По статистическим данным Международного общества эстетической пластической хирургии (ISAPS) ринопластика занимает 4-ое место среди всех пластических операций, что наглядно демонстрирует ее высокую актуальность в современной хирургии. Нос имеет не только большое эстетическое значение, но и обеспечивает жизненно важные функции. Концевой отдел носа является наиболее заметной его частью. Его форма и размер определяются положением крыльчатых хрящей и их взаимодействием с окружающими тканями. При коррекции концевого отдела для фиксации хрящевых структур носа, как правило, используют шовные методики. Однако в качестве альтернативной методики рассматривают клеевую фиксацию, которая имеет ряд преимуществ: обладает высокой прочностью и герметичностью, образуя эластичную пленку после нанесения. Имеет в своём составе противовоспалительный компонент, за счет содержания в составе 1,1-диоксотетрагидро-1-тиофен-3-илового эфира 2-метилакриловой кислоты. Обладает низкой токсичностью – вследствие быстрого отграничения зоны коагуляционного некроза и асептического воспаления применения биогерметика не препятствует регенерации тканей.

Цели и задачи исследования. Целью данной работы является совершенствование методов фиксации хрящевых аутоотрансплантатов в хирургии наружного носа с использованием медицинского адгезивного биогерметика с антибактериальными свойствами на основе α -цианакриловой кислоты. Основными задачами исследования являются: выявление свойств биогерметика, определение его эффективности и безопасности при работе с хрящевыми ауто-

трансплантатами, а также сравнительный анализ данной методики с классическим шовным методом фиксации. **Материалы и методы.** В клиническое исследование были включены основная и контрольная группы, в каждую из которых были включены 15 пациентов. Всем пациентам была проведена первичная ринопластика. В основной группе пациентов планируется использовать биогерметик на основе α -цианакриловой кислоты для фиксации хрящевых аутотрансплантатов (графтов) концевой части носа. Контрольной группе пациентов будет выполнена первичная ринопластика, с использованием традиционной шовной методики фиксации хрящевых тканей, без применения биогерметика на основе α -цианакриловой кислоты. **Выводы.** На современном этапе развития ринопластики вопросы о материалах и способах хирургической коррекции концевой части носа по-прежнему остаются актуальными и дискуссионными. Это указывает на актуальность данной темы, необходимость компетенции специалистов в выборе оптимальных методик.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРФОРАНТНЫХ SCIP-ЛОСКУТА И ALT-ЛОСКУТА ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Афонина Е.А., Винник С.В., Торно Т.Э., Федоров А.В.
Клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.В. Соловьева, Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

Цель: проанализировать опыт применения свободных перфорантных лоскута на основе поверхностной огибающей подвздошную кость артерии (SCIP) и передне-латерального лоскута бедра (ALT) при реконструктивных операциях для замещения дефектов мягких тканей верхних конечностей.

Материалы и методы: при дефектах тканей верхней конечности в период 2010–2019 гг. выполнено 7 пересадок свободного перфорантного ALT-лоскута у 6 пациентов, с 2019 по 2021 г. – 5 пересадок свободного SCIP-лоскута (5 пациентов). В одном наблюдении одновременно пересажено два свободных ALT-лоскута для закрытия циркулярного дефекта кисти и 1/3 предплечья. Пересадки ALT-лоскутов в 3 наблюдениях выполнялась в остром периоде после травмы (кисть-предплечье), в 2 – при опухоли предплечья, в одном – после иссечения олеогранулемы кисти. Площадь лоскута от 52 см² до 240 см². Общая площадь одновременно пересаженных двух ALT лоскутов составила 480 см². Максимальная длина ALT-лоскута 27 см, ширина – 12 см. Пластика кожным трансплантатом для устранения донорского дефекта после выделения ALT-лоскута потребовалась у одного пациента (кожная часть лоскута 22x12 см), в остальных наблюдениях донорская рана (шириной не более 9 см) закрыта прямым зашиванием. Пересадки свободных SCIP-лоскутов в 2 наблюдениях были выполнены при последствии экстравазации химиопрепарата на тыле кисти, в 2 – при обширных травматических дефектах покровных тканей кисти. Один лоскут применен на область локтевого сустава. Площадь лоскута от 45 см² до 183 см². Максимальная длина SCIP-лоскута 25 см, ширина – 12 см. Один лоскут имел сложную форму с разделением на две

лопасти для замещения дефекта ладонной и тыльной поверхности кисти (23x10 см и 10x7 см). Во всех наблюдениях донорская рана закрыта прямым зашиванием.

Результаты: полное приживление пересаженных 7 ALT и 4 SCIP-лоскутов. В одном наблюдении частичный некроз SCIP-лоскута, выполнена пластика кожным трансплантатом. У пациента с 2 пересаженными ALT-лоскутами на кисть в последующем при разделении искусственной синдактилии культей пальцев выполнена частичная резекция избыточной жировой клетчатки и фасции.

Обсуждение: при утрате покровных тканей верхней конечности и особенно кисти, привлечение кровоснабжаемых тканей является условием сохранения функции. SCIP и ALT-лоскуты одни из наиболее выгодных для закрытия обширных покровных дефектов конечностей. ALT-лоскут имеет достаточно надежную и длинную ножку (до 15 см). Перфорантный вариант повышает мобильность лоскута, увеличивая длину ножки на 3–7 см. Однако 80% перфорантов ALT-лоскута имеют мышечный ход, их выделение удлиняет время операции. Диаметр нисходящей ветви наружной огибающей бедренную кость артерии составляет 2–2,5 мм и сопоставим с диаметром глубокой артерии плеча, лучевой и локтевой артерий. SCIP лоскут имеет более тонкую и короткую ножку, зачастую достаточную для достижения сопоставимого размера реципиентных сосудов на кисти и верхней конечности в целом. ALT-лоскут предоставляет достаточный объем мягких тканей при приемлемом функциональном ущербе донорской области без вовлечения важных сосудов или мышц (первичное закрытие при ширине 8 см). В случае необходимости большей ширины лоскута и закрытия донорской раны кожным трансплантатом, внешний вид донорской зоны значительно страдает, остается рубец на части видимой передне-наружной поверхности бедра. Донорская подвздошно-паховая область SCIP-лоскута может быть скрыта нижним бельем. Ширина лоскута для возможности прямого закрытия донорской раны измеряется щипковым тестом и для SCIP-лоскута может составлять до 15 см. Толстая фасция кожно-фасциального ALT-лоскута может приводить к формированию контрактур. Перфорантные ALT и SCIP-лоскуты могут быть взяты без фасции, вплоть до так называемого pure skin free flap. Исходя из количества обнаруженных перфорантов и особенностей дефекта, оба лоскута в свободном варианте позволяют моделирование кожи по форме и могут быть разделены на несколько отдельных частей.

Выводы: применение свободных SCIP и ALT-лоскутов является методом выбора для закрытия обширных дефектов верхней конечности. Перфорантный ALT-лоскут, имеющий длинную ножку и достаточно крупные сосуды, может быть применен в качестве проточного лоскута при повреждении магистрального сосуда конечности. SCIP-лоскут более быстр в выделении, а диаметр сосудов и длина его ножки зачастую достаточны для включения в кровоток на верхней конечности. Максимальные размеры SCIP-лоскута могут превышать размеры ALT-лоскута при меньшем донорском дефекте.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ КОМПРЕССИОННЫХ НЕЙРОПАТИЙ

Байтингер А.В., Шнякин П.Г.

*АНО Научно-исследовательский институт микрохирургии,
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Томск*

Компрессионные нейропатии (туннельные синдромы) конечностей составляют порядка четверти всех заболеваний периферических нервов и более 80% приходится на туннельные синдромы верхней конечности. Наиболее распространенными заболеваниями являются синдром карпального канала с компрессией срединного нерва на уровне запястья, и синдром кубитального канала с компрессией локтевого нерва в области локтевого сустава. Множество современных исследований демонстрируют более высокий уровень эффективности оперативного лечения туннельных синдромов в сравнении с консервативными методами (кортикостероидные инъекции, ортезирование). С развитием хирургических технологий эндоскопический доступ для операций на нервной системе приобретает все больший интерес ввиду своей малой травматичности. Начиная с 2016 года в НИИ Микрохирургии стала активно применяться эндоскопическая декомпрессия в хирургии синдрома карпального и кубитального каналов.

Цель работы: сравнить результаты лечения больных первичным синдромом карпального канала открытым и эндоскопическим методом.

Задачи: 1. Проанализировать сонографическую картину срединного и локтевого нервов у пациентов до и после различных вариантов хирургической декомпрессии; 2. Изучить особенности восстановления функции кисти после различных вариантов хирургической декомпрессии срединного и локтевого нервов.

Материалы и методы. Объектом исследования были пациенты (N=100) (в возрасте от 18 до 75 лет) с синдромом карпального канала (60 человек), имеющие II стадию заболевания по классификации R. Szabo (1992) и электронейрографические признаки компрессии срединного нерва в карпальном канале и с синдромом кубитального канала (40 человек), имеющие II стадию заболевания по классификации McGowan и электронейрографические признаки компрессии локтевого нерва в кубитальном канале. В зависимости от способа выполнения декомпрессии (открытая или эндоскопическая) больные с синдромом карпального канала были распределены на две группы по 30 человек в каждой, с синдромом кубитального канала на две группы по 20 человек в каждой. Для исследования особенностей восстановления функции кисти после различных вариантов хирургической декомпрессии в каждой группе перед операцией и на 14-е сутки после хирургического лечения пациенты заполняли опросник для определения уровня нейропатической боли PainDetect и опросник неспособности выполнять бытовые и трудовые действия DASH. С целью изучения состояния нерва до операции и в послеоперационном периоде всем пациентам было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) нерва в канале с определением площади поперечного сечения нерва. Согласно рекомендациям E.P. Wilder-Smith (2009), критерием наличия невралгического отека считали площадь поперечного сечения нерва более 0,1 см² [10].

Результаты. Среднее значение уровня боли по всем выборкам у пациентов с синдромом карпального и кубитального каналов, согласно баллам шкалы PainDetect, достоверно уменьшилось после операции. Полученные данные свидетельствуют о снижении уровня нейропатической боли у пациентов обеих групп, как в целом, так и по отдельности, вне зависимости от способа декомпрессии ($p > 0,05$). Среднее значение нарушения функции верхней конечности, согласно баллам опросника DASH, у пациентов с синдромом карпального и кубитального каналов достоверно уменьшилось. Полученные данные свидетельствуют о субъективном улучшении функции у пациентов обеих групп, как в целом, так и по отдельности, вне зависимости от способа декомпрессии ($p > 0,05$). До операции среднее значение площади поперечного сечения срединного нерва, по данным УЗИ, у пациентов с синдромом карпального и кубитального каналов достоверно уменьшилось после операции. Полученные данные свидетельствуют об уменьшении площади поперечного сечения срединного нерва и регрессе интраневрального отека у пациентов обеих групп вне зависимости от способа декомпрессии.

Заключение: 1. Сонографическая картина срединного и локтевого нервов при первичном синдроме карпального и кубитального канала проявляется интраневральным отеком и увеличением площади поперечного сечения нерва. Вне зависимости от способа декомпрессии в послеоперационном периоде наблюдается достоверный регресс отека нерва к 14-м суткам. 2. Открытая и эндоскопическая декомпрессии в раннем послеоперационном периоде одинаково эффективны. Однако эндоскопическая декомпрессия, ввиду малой травматичности, легче переносится пациентами.

МЕТОДИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕПЛАНТАЦИИ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Баранов Н.А., Ковалев Е.П., Масляков В.В., Коршунова Г.А.

Саратовская городская клиническая больница № 1 им. Ю.Я. Гордеева, Саратовский филиал Медицинского университета «Ревиз», Саратовский государственный медицинский университет им. К.Г. Разумовского, Саратов

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с полной и неполной ампутацией сегментов конечностей.

Задачи: оценить результаты реплантации и реваскуляризации, со значительным повреждением структур, сегментов конечности.

Реплантация сегмента конечности обычно разделена на этапы операции, последовательность которых варьирует у различных авторов. В своей работе мы, как правило, придерживаемся следующей последовательности выполнения этапов операции. Оцениваем состояние пациента и отсеченного сегмента на предмет показаний и противопоказаний к операции реплантации, беседуем с пациентом о желании выполнения реплантации сегмента, о рисках и возможных осложнениях операции. Бригада хирургов совместно с врачом анестезиологом-реаниматологом выработывает тактику выведения больного из шока, методику ведения наркоза во время операции. Анестезиолог выводит больного из шока. Бригада, состоящая из двух врачей-хирургов и операционной сестры, под увеличе-

нием микроскопа производит первичную хирургическую обработку раны на отсеченном сегменте конечности. Удаляются поврежденные ткани: кожи, мышцы, сосуды, нервы; обрабатываются кости, выделяют сосуды, нервы, сухожилия. После выведения больного из шока и разрешения анестезиолога-реаниматолога начать операцию, вторая бригада, состоящая из двух хирургов и медицинской сестры, выполняют первичную хирургическую обработку раны пациента, удаляют нежизнеспособные ткани, выделяют и клипируют сосуды, нервы, сухожилия, обрабатывают кости. Мы считаем целесообразно выполнить укорочение конечности и восстанавливать под операционным микроскопом эластичные структуры (сосуды, нервы, сухожилия) с до травматической степенью натяжения без аутовставок, с использованием разработанным нами способом определения длины трансплантата эластичных структур (патент № 2240718 Рос. Федерации). Бригада хирургов, состоящая из одного хирурга из первой бригады и одного хирурга из второй бригады, выполняют последовательно следующие действия: провизорный остеосинтез (это может две спицы Киршнера, металлическая пластина и т.д., основной принцип – соединить кости и избежать осевого смещения реплантата), восстановление мышц или сухожилий разгибателей, восстановление вен, причем одну из вен реплантата не восстанавливают, оставляют с наложенной клипсой, восстанавливают артерии, коммуникантные вены. Включение в кровоток отсеченного сегмента происходит по следующей схеме: снимаются клипсы с артерий и с несшитой вены на реплантате, кровь заполняет реплантат и выходит через вену из реплантата, после некоторого времени, вытекаемая из реплантата кровь меняет свой состав, снимаются клипсы с вен, реплантат включается в кровоток. Не сшитая на трансплантате вена либо восстанавливается, либо коагулируется. После окончательного гемостаза восстанавливается периферические нервы, сухожилия или мышцы сгибателей с использованием нашей формулы. Особое место в реплантации мы уделяем восстановлению фасций и пластики кожи т.к. восстановление вышеуказанных структур с натяжением может привести к сдавлению сосудов и ухудшению кровообращения реплантированного сегмента. В послеоперационном периоде больному проводится соответствующая медикаментозная терапия и комплексная программа реабилитации лечащим врачом пластическим хирургом с привлечением врачей: функциональной диагностики, физиотерапевта, психотерапевта, иглорефлексотерапевта, специалиста по лечебной физкультуре и массажу. Особое значение уделяли стимуляции регенерации нервов, для чего лечим медикаментозно, выполняем миостимуляцию. Через 21 день или 30 дней выполняется операция в плановом порядке, провизорный остеосинтез меняется на постоянный, как правило, накладывается аппарат Илизарова, в котором происходит окончательная реабилитация пациента с реплантированным сегментом конечности. По такой методике прооперировано 80 пациентов с реплантацией сегментов конечности. В результате проведенных операций были получены следующие результаты: отличные и хорошие в 68 (85%) наблюдениях, неудовлетворительные – в 12 (15%) случаях. Вышеописанный подход к реплантации сегментов конечности позволил нам реплантировать предплечье в нижней трети, больной в послеоперационном периоде продолжил работать мастером по ремонту часов.

КАПСУЛОПЛАСТИКА КАК СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ЯТРОГЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Боровикова А.А., Масленников И.В., Тамаров А.Н.,
Боровиков А.М.

Госпиталь Мира (ООО «Мон Блан»), 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 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 позволяло поднять и закрепить СМБ на должном уровне. 2) При деформациях, связанных с избыточным отсечением БГМ: «вывихе» имплантата из-под края мышцы, деформации «роль-ставля», 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 па-

циентки 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 представляется эффективным методом устранения ятрогенных деформаций МЖ, связанных с нарушением фасциальной поддержки субмармарной 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.

ФЕМИНИЗАЦИЯ ГОЛОСА: НАШ ОПЫТ

Будейкина Л.С., Миндлин С.Н., Пряников П.Д.,
Чучкалова Ж.А., Хизниченко В.В.

Одинцовский ринологический центр, ООО Impex Life, Москва

Введение. Феминизация голоса – важная часть трансгендерной хирургии, поскольку восприятие пола в значительной степени связано с голосом. Гормональная терапия не влияет на высоту голоса транссексуала (от мужчины к женщине), как это происходит у пациентов – от женщины к мужчине. Поэтому выполняется хирургическое вмешательство для увеличения высоты голоса. Согласно данным существующих метаанализов наиболее эффективным вмешательством является эндоскопическая глоттопластика по Вендлеру (М.М. Aires, 2020; Т.Е. Song, 2017). Однако данная операция технически сложна и требует владения навыком эндоскопического микрохирургического шва.

Цель. Изменение голоса у пациентов с расстройством половой идентичности.

Методы. В период с июня 2020 года по апрель 2021 года в Одинцовском Ринологическом Центре было проведено хирургическое лечение 5 пациентам с транссексуализмом с женским типом полоролевого поведения. В условиях эндотрахеального наркоза уменьшение вибрирующей поверхности голосовых складок проводилось путем наложения узловых швов в области передней и средней трети голосовой щели с предварительной скарификацией фонарного края.

Результаты. У всех пациентов был достигнут результат более 165 Hz, соответствующий частотному диапазону женского голоса.

Выводы. Эндоскопическая глоттопластика – эффективный метод хирургической феминизации голоса. Однако важными практическими соображениями являются тщательное рассечение голосового края путем обследования и последующего наблюдения, а также рассмотрение умышленного повышения голоса пациентом перед операцией.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕВРОТИЗАЦИИ РОГОВИЦЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛИЦЕВОГО И ТРОЙНИЧНОГО НЕРВОВ

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

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

Цель. Провести анализ отдаленных результатов невротизации роговицы у пациентов с сочетанной патологией лицевого и тройничного нервов в динамике до и после операции.

Материал и методы. Был проведен анализ клинических данных 10 пациентов с сочетанной патологией лицевого и тройничного нервов (3 м. и 7 ж.) в возрасте от 30 до 58 лет до операции, через 6, 12 и 24 месяца после невротизации роговицы. У девяти 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 эстезиометрии, исследование мигательного рефлекса, выполняли конфокальную микроскопию слоёв роговицы, пахиметрию, Ширмер-тест I, биомикроскопическое исследование с окрашиванием флюорисцеином и без, вели тщательный фотопротокол.

Результаты. До операции у всех пациентов на фоне имеющегося лагофталма (от 1 до 6 мм) по данным биомикроскопии было выявлено васкуляризированное бельмо роговицы разной степени выраженности со снижением зрительных функций от правильной светопроекции до 0,5, отмечались множественные фокусы окрашивания роговицы флюорисцеином во всех сегментах. По заключению конфокальной микроскопии у 7 пациентов выявлено бельмо роговицы, у 2 – помутнение роговицы, а 1 – ксероз роговицы. По данным пахиметрии у 1 пациента было выражено истончение роговицы до 360 мкм, у 2 – утолщение роговицы до 623 мкм за счет десквамации клеток эпителия, а у 7 – данные были недостоверны из-за выраженного помутнения роговицы. По данным Ширмер-теста I у 6 пациентов была выявлена тяжелая степень нарушения слезопродукции (0–5 мм/5'), у 2 – нормальная слезопродукция (15–17 мм/5'), у 2 пациентов – гиперпродукция (30 мм/5'). При этом 2 из 10 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 заключениям исследований мигательного рефлекса у 6 пациентов было выявлено полное нарушение сенсорного и моторного компонентов мигательного рефлекса. У 2 – нарушение сенсорного компонента менее 50%, при полном отсутствии моторного компонента. У 2 – нарушение сенсорного компонента более 50%, при полном отсутствии моторного компонента. После 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, несмотря на

то, что степень выраженности лагофталма не изменилась и составляла от 1 до 6 мм. Острота зрения у 5 пациентов увеличилась, у 5 – сохранялась на прежнем уровне. По данным Ширмер-тест I наблюдалась положительная динамика в 50% случаев. По данным эстеziометрии у 7 из 10 пациентов чувствительность роговицы была полностью восстановлена. У 7 из 10 пациентов наблюдалась выраженная положительная динамика по результатам конфокальной микроскопии. При этом во всех 10 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 лагофталмом и нарушением слезопродукции. После невротизации роговицы была отмечена объективная положительная динамика, заключающаяся в сокращении площади и интенсивности бельма роговицы, улучшениях состоянии роговицы по данным конфокальной микроскопии, повышении и восстановлении чувствительности роговицы, а также улучшении показателей слезопродукции, возможности отказаться от защитных контактных линз, и в субъективном улучшении состояния глаза, отмеченном пациентами.

ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЛОПОУХОСТИ У ПАЦИЕНТОВ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТНЫХ ПЕРИОДОВ

Бякова Е.Н., Бяков Н.И.

Центр пластической и эстетической хирургии «Ольвия», Ростов-на-Дону

Актуальность. Лопухость является одной из наиболее распространенных врожденных аномалий наружного уха, вызывающая у пациента психологический дискомфорт, нарушая его социальную адаптацию, снижению качества жизни, повышению уровня тревоги и депрессии. Наиболее сложный период, в психологическом аспекте, начинается для пациентов в период ранней социализации, в период обучения в начальной и средней школе. В настоящее время, как в отечественной, так и зарубежной литературе описано множество методов оперативного лечения лопухости, они имеют как положительные, так и отрицательные стороны. Основная идеология всех методов отопластики заключается в моделировании ушного хряща открытым доступом, что повышает риск образования гипертрофических и келоидных рубцов. Учитывая недостаточную удовлетворенность хирургов результатами лечения детей с лопухостью, сложным периодом реабилитации, возможными осложнениями, возникшими в раннем послеоперационном периоде, поиск «золотого стандарта» отопластики продолжается.

Цель исследования. Обосновать эффективность применения оригинального метода отопластики у пациентов младшего школьного и подросткового возрастных периодов.

Материалы и методы. Исследование основано на результатах лечения 215 пациентов с диагнозом «лопухость»

(МКБ Q 17.5) проходивших лечение в медицинском центре «Ольвия» г. Ростова-на-Дону с 2012 по 2020 год. Средний возраст больных составил 11,3±2,7 года. В качестве оперативной методики мы использовали оригинальный способ отопластики (патент РФ на изобретение № 2452446). Для работы мы использовали: инсулиновый шприц, лезвие 15С, носовой распатор, нож по хрящу с серповидной режущей поверхностью. Вмешательства осуществлялись как под местной анестезией, так и под общей. Перед операцией отмечаются реперные точки, которые будут служить ориентирами для формирования транскутанных швов. В нашей оперативной методике мы выделили 5 основных шагов: •Шаг 1. По задней поверхности ушной раковины делается 2–3 прокола: один в области верхнего конца моделируемой латеральной ножки и два в области нижней и средней трети ушной раковины. Прокол латеральной ножки делается сквозным; •Шаг 2. Носовым распатором через прокол в латеральной ножке кожа отделяется по надхрящнице по задней и передней поверхности до проекции реперных точек; •Шаг 3. Через прокол в области латеральной ножки противозавитка вводится специальный нож с серповидной режущей поверхностью, которым наносятся множественные насечки на надхрящнице и хряще; •Шаг 4. Если необходимо создать новое ребро противозавитка, то в нужной области насечки наносятся более глубоко, вплоть до полного рассечения хряща в его нижней трети; •Шаг 5. На завершающем этапе через реперные точки накладываются 3–4 горизонтальных матрасных шва. Игла вводится с задней поверхности уха через проколы кожи. Операцию завершали тейпированием ушной раковины, тампонированием ушной раковины марлевой турундой, без ушивания проколов, установкой декоративной повязки или эластичного бинта (на 2 недели). На первые сутки после операции марлевые тампоны удаляются, и пациенту разрешается мыть голову. После мытья головы марлевые повязки уже не накладываются.

Результаты. Из ранних осложнений наблюдались 4 случая (1,9%) перихондрита с лизисом хряща в области средней трети противозавитка, 5 случаев (2,3%) эпидермолиза в области латеральной ножки и средней трети противозавитка, 1 случай (0,5%) перихондрита с лизисом участка хряща и кожи в области латеральной ножки. Осложнений в позднем послеоперационном периоде мы не встретили. Обработка хрящевой ткани, установка швов под кожей позволяет нам исключить и снизить такие факты как: • Риск образования гипертрофических и келоидных рубцов; • Необходимость наложения швов на кожу и их снятия (как следствие в послеоперационном периоде пациентам не нужны перевязки); • Риск инфицирования (который значительно снижается вследствие отсутствия открытых раневых поверхностей).

Выводы. Предложенный способ обладает меньшей степенью травматичности, по сравнению с традиционными. Техника операции позволяет снизить количество осложнений в раннем послеоперационном периоде, и исключить их в позднем, также позволяет сократить длительность операции (38,7±5,25 мин.) и послеоперационного восстановления. Послеоперационный период характеризуется более комфортным психологическим фоном у ребенка. Описанная методика может быть рекомендована как «стандарт» отопластики у пациентов младшего школьного и подросткового возрастных периодов.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕ

Важенина Н.Ю.

ООО «Центр косметологии и пластической хирургии»,
Екатеринбург

Актуальность. Отсутствие клинических рекомендаций по реабилитации послеоперационных пациентов в эстетической хирургии и малое количество исследований по данной теме приводит к позднему началу лечения и затруднению в выборе тактики. В докладе разбираются различные методики восстановительного лечения пациентов после омолаживающих операций на лице.

Цель. Поделиться 15-летним опытом работы отделения восстановительного лечения ООО «Центр косметологии и пластической хирургии» в ведении пациентов после омолаживающих операций на лице. Проанализировать показания к процедурам по восстановлению тканей лица в зависимости от сроков после оперативного вмешательства. Описать и исследовать возможность сочетания и комбинации методик, результаты лечения после отдельных процедур и комплекса процедур.

Материалы и методы. Было проанализировано 608 клинических случаев пациентов, после омолаживающих операций на лице в ООО «Центр косметологии и пластической хирургии». Из них 27% пациентов после изолированной пластики век (верхних или нижних или в их сочетании), 46% – после лобно-височного лифтинга, 27% – после сочетанных вмешательств со SMAS-лифтингом.

Результаты. При отсутствии противопоказаний нами использовалась методика сочетанного применения физиотерапевтических процедур в ежедневном режиме. Комплекс процедур состоит из одной общего действия (электрофорез или гальванизация) и одной-двух местных. В период с 3 по 14 день после операции проводились процедуры, направленные на снятие отека и нормализацию капиллярного и венозного русла: магнитолазеротерапия, процедуры на основе воздействия электростатического поля, светотерапия, электрофорез с эуфиллином, мезотерапия гомеопатическими препаратами. В период с 3 по 14 дни после операции лечение получили 95% пациентов. Положительная динамика в виде уменьшения выраженности отека, нормализации цвета кожи, устранения болезненности, нарушений чувствительности достигнута у 98%. В период с 14 суток после операции применялись фибромодулирующие процедуры – парафинотерапия и фонофорез, сочетание светотерапии с дерматонией (механо-вакуумным массажем) и фонофорезом (тизоль с лидазой), дерматонии и мезотерапии (лонгидаза). При нарушении цвета кожи, наличии локальной инфильтрации тканей, натяжении и напряжении тканей использовалась комбинация физиотерапии с ботулинопротеинами, внутрикожным введением препаратов с аминокислотными или пептидными комплексами. При фиброзировании применялась инъекционная карбокситерапия, массажи, инъекционная мезотерапия (лонгидаза, сочетание антибиотико и гормональной терапии) и фибромодулирующие процедуры. В позднем послеоперационном периоде лечение получили 69% пациентов (часть пациентов проходили дальнейшую реабилитацию

по месту жительства). Положительная динамика в виде значительного уменьшения отека, нормализации цвета кожи, уменьшение инфильтрации, рассасывание гематом наблюдалась у 96%.

Выводы. Раннее начало физиотерапевтических процедур, дифференцированное применение физиотерапевтических и косметологических методик в зависимости от стадии восстановительного периода, дает быстрый и стойкий результат лечения, ведет к более ранней социальной адаптации пациентов.

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПОФИЛИНГА В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ И РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ГРУДИ

Васильев В.С., Васильев С.А., Васильев Ю.С., Васильев И.С., Казанцев И.Б., Терюшкова Ж.И.

Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского, Москва

Введение. На сегодняшний день липофилинг является одним из наиболее часто используемых методов пластической хирургии. Изучение эффективности и безопасности клинического применения инъекционной аутооттрансплантации жировой ткани является особенно актуальным вопросом в отношении эстетической и реконструктивной хирургии молочных желез.

Целью данного исследования явился анализ собственного опыта липофилинга груди за 10 лет.

Методы. В исследование было включено 169 пациентов с 2010 года, которым был выполнен липофилинг области молочных желез по эстетическим (n=78) и реконструктивным (n=91) показаниям. Жировой трансплантат забирался с применением аспирационной шприцевой, ручной, водоструйной или вибрационной липосакции. Подготовка липографта к введению осуществлялась путем седиментации в течение 15 и более минут. Введения производилось канюлей диаметром 2 мм. По показаниям одновременно с липофилингом выполнялись дополнительные хирургические операции: мастопексия и формирование инфрамаммарной борозды. Всего было выполнено 398 операций (от 1 до 10 этапов). Оценка результатов производилась при помощи фотографирования, визуально-аналоговой шкалы и инструментальных методов исследования (УЗИ, маммография, МРТ).

Результаты. В 71% случаев результаты были расценены как очень хорошие и хорошие, в 27% как удовлетворительные и в 2% как неудовлетворительные. Всего было выполнено 514 операций, от 1 до 10 этапов на клинический случай. Масляные кисты, микрокальцинаты и липогранулемы определялись в 34% случаев при реконструкции груди и в 12% случаев при липофилинге по эстетическим показаниям. Удельный вес пальпируемых новообразований составил 9% и 3% в реконструктивных и эстетических случаях соответственно. В 6 случаях (0,6%) была зарегистрирована развитие инфекционного процесса в зоне липофилинга, в 2 случаях (0,4%) – развитие серомы. У пациентов, которым липофилинг применялся для реконструкции груди, местный рецидив был выявлен в 2 случаях (2%), системный – в одном (1%).

Выводы. Анализ собственного десятилетнего опыта позволяет сделать вывод о том, что инъекционная ауто-трансплантация жировой ткани является эффективным и безопасным методом эстетической и реконструктивной хирургии груди.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛИПОФИЛЛИНГА В КОРРЕКЦИИ МАЛЯРНЫХ МЕШКОВ

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

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

Коррекция малярных мешков является одним из наиболее противоречивых и дискуссионных вопросов в эстетической хирургии лица. Предложены десятки консервативных и хирургических методов воздействия, однако общепризнанного подхода в профессиональном сообществе на сегодняшний день нет. Вариант коррекции зависит от типа анатомических изменений скуловой области: малярный отек, малярный мешок или малярный фестон. Для коррекции малярных мешков мы использовали метод липофиллинга и провели анализ результатов на первых пациентах.

Цель исследования оценить эффективность и безопасность липофиллинга в коррекции малярных мешков.

Материалы и методы. В исследовании проанализированы результаты операции 12 пациентов за 2017–2020 гг. Медиа наблюдения составила 8 месяцев. Коррекция малярных мешков выполнялась методом липофиллинга с дополнительной ригототомией скуловых связок. Данная методика применялась как самостоятельно, так и при комплексной коррекции периорбитальной области. Проводилась регистрация объема введенного жирового трансплантата. Результаты коррекции оценивались путем фотодокументации.

Результаты. Объем жирового ауто трансплантата для коррекции малярного мешка с одной стороны варьировал от 0,5 до 2,0 мл. Повторная коррекция была выполнена у 3 (25%) из 12 пациентов, что связано с осторожным освоением методики и введением небольших объемов липоаспирата на начальном этапе. Во всех случаях удалось получить хороший и стабильный эстетический результат. Одна из пациенток была отслежена более 2,5 лет: результат коррекции оставался стабильным на протяжении всего периода наблюдения. Серьезных нежелательных явлений и осложнений при выполнении данной методики зарегистрировано не было, как правило послеоперационный период сопровождался отеками и экхимозами в области операции, которые разрешались в течение 2–3 недель.

Выводы. Первичные результаты использования липофиллинга для коррекции малярных мешков позволяют сделать осторожный вывод об эффективности и безопасности применяемой методики. Несмотря на оптимистичные результаты, к освоению данной методики следует подходить с осторожностью, введение избыточных объемов аутологичной жировой ткани недопустимо. Требуется дальнейшее изучение проблемы коррекции малярных мешков на большем клиническом материале.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ АТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

Васильев М.Н., Искорнев А.А., Мамедов В.А., Макеенко Н.В., Этибарян А.В., Попов В.В.

Институт пластической хирургии и косметологии, клиника «ПЛАТИНЕНТАЛ», Москва

Введение. Омолаживающая хирургия лица – это одно из наиболее востребованных направлений эстетической пластической хирургии. Качественный скачок в этой области произошел, когда была подробно изучена роль глубоких тканевых структур в возникновении возрастных изменений лица. Предложенные вмешательства на поверхностной мышечно-апоневротической системе (СМАС) позволили устранять даже крайне выраженные возрастные изменения. Для хирургической коррекции возрастных изменений мягких тканей лица предложено множество способов, однако результаты ни одной из техник не может в полной мере удовлетворить абсолютно всех пациентов и хирургов.

Цель. Улучшить результаты лечения атрофических изменений лица на основе разработки и применения комплексного способа операции.

Задачи. 1. Разработать и внедрить комплексный способ коррекции атрофических изменений мягких тканей лица.

2. Изучить ближайшие результаты клинического применения разработанного способа операции у пациентов с атрофическими изменениями мягких тканей лица.

Материалы и методы. В исследовании проанализированы результаты лечения 22 пациентов с атрофическими изменениями мягких тканей лица находившихся на лечении в клиниках ИПХИК, ООО «Платинентал», «Платинентал-Казань» с 2019–2021 год. Все операции были выполнены в плановом порядке. Пациенты подробно информировались о существующих методах операций по поводу атрофических изменений мягких тканей лица, возможных осложнениях, особенностях послеоперационного периода, после чего давали письменное согласие на тот или иной метод операции. Все операции выполняли под общей анестезией. Пациентам выполняли разработанную нами операцию (Способ коррекции атрофических изменений мягких тканей лица. Подана заявка на изобретение). Обеспечение адекватного обезболивания проводили с помощью ненаркотических анальгетиков – кеторол, немесил. Наркотические анальгетики не требовались. Большое внимание уделяли эластичной компрессии области оперативного вмешательства (самофиксирующиеся повязки). Стабильный компрессионный эффект способствовал эвакуации отделяемого (геморрагическая, серозная жидкость) и уменьшению отека тканей. Для изучения результатов лечения проводили как непосредственный клинический контрольный осмотр, оценка по фото, так и опрос по телефону. Для оценки результатов операции мы разработали трехбалльную систему оценки: 1 балл – хороший результат лечения: четкий овал лица, разглаживание губоподбородочной и носогубной складок за период наблюдения и отсутствие жалоб, связанных с операцией. 2 балла – удовлетворительный результат лечения: четкий овал лица, частичное разглаживание губоподбородочной

и носогубной складок за период наблюдения и отсутствие жалоб, связанных с операцией. 3 балла – неудовлетворительный результат лечения: нечеткий овал лица, сохранение выраженных губоподбородочной и носогубной складок за период наблюдения и присутствие местных воспалительных изменений в зоне оперативного вмешательства и наличие других различных жалоб пациентов. Для оценки эффективности разработанного способа использовали следующие клинические и функциональные показатели: длительность операции; данные визуальной оценки четкости овала лица, разглаживания носогубной и губоподбородочных складок; характер возникших общих и местных осложнений; летальность.

Полученные результаты. Все пациенты перенесли операцию хорошо. Летальных случаев не было. Отеки и небольшие гематомы были у половины пациентов. Небольшие гематомы активного лечения не требовали и разрешились самостоятельно. Параличей и парезов краевой ветви лицевого нерва не было. У 1 пациентки в послеоперационном периоде наблюдалось гиперкинез мышцы опускающей угол рта – ситуация самостоятельно разрешилась через 2 недели. Хороший результат лечения был в 95,5% случаев, в 4,5% был удовлетворительный результат, неудовлетворительных результатов не было.

Выводы. Разработанный нами комплексный способ коррекции атрофических изменений мягких тканей лица позволяет получить хороший эстетический эффект в большинстве случаев.

АЛГОРИТМ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ РИНОПЛАСТИКЕ, ОТ ЗАКРЫТОЙ К ОТКРЫТОЙ И ОТ СОХРАНЯЮЩЕЙ К СТРУКТУРНОЙ

Венедиктов М.В., Глушко А.В., Самарина О.А.

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
Институт пластической хирургии и косметологии, Москва*

Алгоритм принятия решений при первичной ринопластике, от закрытой к открытой и от сохраняющей к структурной. Актуальность. Сохраняющая ринопластика – новый термин в истории ринопластики, который отражает фундаментальное изменение философии хирургии носа. Наиболее принципиальным отличием сохраняющей от структурной ринопластики является работа с горбинкой и костно-хрящевым отделом носа. В дополнение к опорным структурам носа, изменился подход к отслойке тканей и восстановлению связочного аппарата. Удаление горбинки носа – одна из наиболее частых причин первичной ринопластики. Традиционное удаление горба спинки носа может приводить к стигмам выполненной ринопластики, именно поэтому такой интерес представляет именно сохраняющая методика. Однако определение показаний к выполнению различных методов представляется интересным и актуальным на данный момент.

Цель. Основной задачей исследования явилось определение показаний к выполнению структурной и сохраняющей работе со спинкой носа, на основе пожеланий пациента и предоперационного планирования. Определения опти-

мального алгоритма действий при закрытой или открытой техниках.

Методы. Нами было проанализировано 385 первичных ринопластик. В исследование вошли пациенты, прооперированные с июня 2019 года по сентябрь 2020 года. С минимальным сроком наблюдения от 1 года. Технические детали операции были записаны, в том числе с использованием схем J. Gunter, включая уровень отслойки тканей, сохранение связок, опора кончика носа, работа с латеральными ножками, различные трансплантаты на крыльчатые хрящи и кончик носа, сохраняющая или структурная техника работы со спинкой носа. Все пациенты были разделены на три группы: полное сохранение спинки носа, частичное сохранение спинки или традиционная работа со спинкой носа, включающая открытие, укрепление и фиксацию спинки носа.

Результаты. Средний срок наблюдения составил 13 месяцев. Всем пациентам было выполнено полное сохранение мягких тканей спинки носа, отслойка производилась в субперихондральном слое. Во всех случаях для остеотомии использовался пьезотом со стандартными настройками. 136 (35%) пациентов были прооперированы с полным сохранением спинки носа, 164 (43%) с частичным, 85 (22%) пациентов традиционным способом работы со спинкой носа. Открытая техника была у 112 (29%) пациентов, 273 (71%) были прооперированы закрытым способом.

Выводы. Сохраняющая ринопластика стремительно развивается и расширение показаний к этой методике постоянно растет, но в некоторых случаях стоит отдать предпочтение частичному сохранению спинки или даже традиционной технике для достижения оптимального результата. Принцип сохранения мягких тканей, максимально прецизионное отношение к связочному аппарату, восстановление нормальной анатомии, баланс между опорными структурами и качеством кожи необходимые условия для достижения оптимального результата операции. Определение правильных показаний к каждой из методик предпочтительно и является основой задачей предоперационного планирования. Использование алгоритма работы с мягкими тканями закрытой техники приоритетно, даже при выполнении открытой операции.

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФИЦИТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА РАСЩЕПЛЕННЫМ СЛИЗИСТО-НАДКОСТНИЧНЫМ ЛОСКУТОМ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ

**Винтаев В.Д., Габбасова И.В., Слетова В.А., Хатагов А.А.,
Локтионова М.В., Жидовинов А.В., Сулимкина М.А.,
Слетов А.А.**

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Цель и задачи: повысить эффективность устранения мягкотканых дефектов альвеолярного отростка методом их замещения слизисто-надкостничным лоскутом на питающей ножке.

Материалы и метод. С 2018 по 2021 г. на амбулаторном лечении на базе ГБУЗ СК СККБ находилось 50 пациентов с дефектами мягких тканях альвеолярного отростка верх-

ней челюсти. Локализация и размер дефектов варьировал от 1 до 8 см в длину. Критериями для отбора были отсутствие признаков острого воспалительного процесса, отсутствие признаков свежих повреждений мягких тканей планируемых для формирования лоскута. Протокол манипуляции состоял из следующих этапов: в 80% случаев осуществлялась местная анестезия, в 20% манипуляция проводилась под эндо-трахеальным наркозом по общесоматическим показаниям у пациента. Гидропрепаровка тканей реципиентного (формирование лоскута на твердом небе) и донорского ложа (формировавшегося на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти) осуществлялись по ранее выполненной разметке с последующей мобилизацией полнослойного слизисто-надкостничного трапециевидного лоскута. На границе прикрепленной и неприкрепленной десны от бугра верхней челюсти к крайнему сохраненному зубу верхней челюсти на соответствующей стороне выполняли, продольный разрез. Затем изменяли направление разреза на 90°, с последующим рассечением тканей на всю толщину в 5 мм от крайнего зуба, окаймляя вершину альвеолярного отростка, разрез выполняется в переднем отделе, далее переходя на латеральную поверхность твердого неба. Продление разреза вдоль поверхности зубов имел направление к рецезовому сосочку, огибая его на расстоянии 0,5 см, и завершался у средней линии твердого неба. Мобилизация лоскута выполнялась щадяще, от поверхности небной кости в направлении большого небного отверстия. С последующим выделением сосудисто-нервного пучка, с соблюдением мер профилактики травматического повреждения небной артерии и малого небного нерва. С последующим дугообразным разрезом надкостницы на расстоянии 1–1,5 см до сосудисто-нервного пучка. Затем лоскут расщеплялся в горизонтальной плоскости, на нижний слой и верхний слой. Сформированный и мобилизованный нижний слой лоскута опрокидывается в преддверие полости рта, покрывая вершину альвеолярного отростка. Фрагменты нижнего слоя укладывали поднадкостнично в проекции неприкрепленной десны и фиксировали узловыми швами в преддверии полости рта. Тщательная укладка и последовательная фиксация выкроенного и расщепленного лоскута сопровождалась устранением полостей, «карманов», ущемлений, заломов тканей. Верхний слой лоскута смещали, частично фиксируя над вершиной небной поверхности альвеолярного отростка. Свободный верхний слой лоскута укладывали на костную поверхность твердого неба и фиксировали узловыми швами по всему периметру.

Результаты и их обсуждение: оценка состояния лоскута проводилась в 1-ые, 2-ые, 4-ые, 7-ые, 10-ые сутки, а так же в 1-ый, 3-ий, 6-ой месяцы послеоперационного наблюдения. Оценивая уровень болевой реакции, установлено, что она сохранялась в течение первых 5 суток на достаточно высоком уровне, при этом воспалительных и некротических явлений не наблюдалось. Мониторинг клинической картины в течение 3-х месяцев послеоперационного периода свидетельствовали о возможности проведения костной пластики и (или) дентальной имплантации.

Выводы: предлагаемая хирургическая методика позволяет устранить дефицит мягких тканей различной локализации и объема, свести к минимуму риск интраоперационных и послеоперационных осложнений. Воспаление и некроз лоскута в наших наблюдениях отсутствовали в 100% слу-

чаев. Отмечено увеличение толщины и объема мягких тканей в проекции вершины альвеолярного отростка не менее чем на 10 мм. Все вышеуказанное способствовало проведению хирургического этапа дентальной имплантации в ранние сроки.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КОНЦЕНТРАЦИЙ БАРИЦИТИНИБА НА УРОВЕНЬ ЯНУС КИНАЗЫ 1 (JAK 1)

Волчек И.А., Теряев А.С.

ООО «Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии», Москва

Введение. Барicitиниб селективный ингибитор JAK-киназ (Janus Associated Kinases – JAKs) – JAK 1 и JAK 2, находит все большее применение в медицине, в том числе, регенеративной, дерматологии и косметологии. Назначение препарата производится исходя из дозировок, указанных фирмой-производителем. Данные относительно эффекта малых концентраций неизвестны.

Целью исследования явилось изучение активности разных концентраций барicitиниба в отношении внутриклеточного уровня янус киназы 1 (JAK 1).

Материалы и методы. Фракция мононуклеарных клеток из периферической крови (МНК) 5-х здоровых доноров получена путем выделения на градиенте плотности фикола (Панэко, Россия) с $\rho=1,077$ по стандартной методике, с 2-кратной отмывкой от фикола. После второй отмывки осадок клеток каждого донора был ресуспендирован в 1 мл среды RPMI-1640 (Панэко, Россия) с 10% эмбриональной бычьей сыворотки (Biosera, Франция) и антибиотиками – пенициллином 50 Ед и стрептомицином 50 мкг (далее – полная среда), производили подсчет количества и жизнеспособности клеток в камере Горяева, с окраской 1% трипановым синим. Выделенные клетки каждого донора развели полной средой до концентрации 2×10^6 в 1 мл и внесли по 200×10^5 в лунки A1:F6 96-луночного планшета (Nunc, Дания). В качестве индуктора экспрессии JAK1-киназы использовали фитогемаглютинин (ФГА) в конечной концентрации 10 мкг/мл полной среды. Барicitиниб вносили в концентрациях 1 мкг (K1), 100 нг (K2), 10 нг (K3) и 1 нг (K4). Конечный объем среды во всех лунках – 250 мкл. Планшет поместили в условия влажной атмосферы с 5% CO₂ при 37 °C на 40 часов. Исследование концентрации JAK1 проводили методом ИФА на наборе CloneCloud (США-Китай) в строгом соответствии с инструкцией к набору. Производили лизис клеток с помощью лизирующего буфера, осаждение центрифугированием и определение концентрации киназы в супернатанте. Детекцию результатов и расчеты проводили на планшетном ридере Multiskan FC при $\lambda=450$ нм, под управлением ПО SkanIt 3.1.

Результаты и обсуждение. После инкубации при контроле на инвертированном микроскопе Ti-S (Nikon, Япония) при увеличении 40x – дно всех лунок равномерно покрыто лимфоидными клетками. Визуальных различий в количестве колоний в положительном контроле и опытных лунках при любой концентрации любого препарата не выявлено. При ИФА исследовании установлено достоверное повышение уровня JAK 1 в пробах положительного контроля (ФГА)

по сравнению с контролем отрицательным ($2,15 \pm 0,01$ нг/мл и $0,93 \pm 0,011$ нг/мл соответственно). При добавлении барицитиниба в разных концентрациях результаты были следующие: K1 – $1,45 \pm 0,01$ нг/мл; K2 – $1,95 \pm 0,03$ нг/мл; K3 – $2,16 \pm 0,45$ нг/мл; K4 – $1,33 \pm 0,03$ нг/мл. Таким образом, эффект препарата снижался в разведениях в 10 и 100 раз, но в разведении в 1000 раз восстанавливался. Явление изменения и даже инверсии действия фармацевтических субстанций в зависимости от концентраций известно. Однако в отношении ингибиторов янус киназ таких результатов в доступной литературе нами не найдено.

Заключение. Снижение концентрации барицитиниба не коррелирует с его эффектом в отношении уровня JAK 1.

РЕГЕНЕРАЦИЯ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ: РЕКОМБИНАНТНЫЕ БЕЛКИ ЧЕЛОВЕКА ДЛЯ ЗДОРОВОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТКАНЕЙ

Воробьева Е.С., Бякова Е.Н.

*Центр косметологии и пластической хирургии «Ольвия»,
ООО «ДжиЭф Групп», Москва, Ростов-на-Дону*

Благодаря современному оборудованию и разработанным хирургическим подходам степень травматизации кожи при проведении пластической операции может быть незначительной. Однако в ряде патологий лапароскопическим и эндоскопическим методом невозможно получить доступ к необходимым тканям. В таком случае решить поставленную задачу можно только через полостное вмешательство. Нежелательность разреза обусловлена высоким риском рубцевания тканей с возможным осложнением в виде гиперпигментации, болезненными ощущениями и увеличенным сроком реабилитации. Безусловно, обработка заживляющими составами позволяет ускорить эпителизацию и снизить риски присоединения инфекции. Однако важной задачей современного пластического хирурга является не столько ускорение, сколько контроль и корректировка поведения кожи при заживлении, направление процесса в сторону последовательной регенерации без рубца. Под последовательной регенерацией в данном случае подразумевается такой процесс заживления, при котором происходит своевременное деление клеток каждого типа, отвечающих за здоровое функционирование кожи – фибробластов, кератиноцитов, клеток эндотелия сосудов и других. При этом заживление проходит без чрезмерного роста соединительной ткани. Отметим, что с возрастом и в результате ряда заболеваний процессы в клетках замедляются, синтезируется меньше естественных белков, теряется пластичность, увеличивается период реабилитации, возрастает риск появления рубцов и гиперпигментации. У молодого организма регенерация кожи на месте ран и порезов происходит быстрее, однако это не исключает генетической предрасположенности к образованию рубцовых изменений. Сегодня существуют технологии, позволяющие локально восстановить здоровое состояние обрабатываемых участков кожи. Восполнение баланса белков в тканях нормализует сигнальные взаимодействия между клетками, способствует последовательному заживлению без эстетических несовершенств. Именно поэтому исполь-

зование обогащенной тромбоцитами плазмы в ряде случаев показывает достаточную эффективность. Результат достигается вследствие высвобождения из тромбоцитов сигнальных полипептидов – факторов роста и цитокинов. Однако данный подход не является прогнозируемо эффективной и универсальной методикой, поскольку напрямую зависит от состояния самого пациента, от возраста, поведенческих привычек. Более того, смесь, полученная из плазмы, наряду с необходимыми молекулами содержит и провоспалительные цитокины. Использование более высокотехнологичных составов, представляющих собой коктейль из рекомбинантных белков (биоинженерных факторов роста и цитокинов) в физиологических концентрациях, позволяет контролировать процесс регенерации, получать стабильный результат на пациентах разной возрастной группы. Уже сегодня в качестве уходовых средств для обработки послеоперационных швов применяются стерильные косметические составы, содержащие коктейли из рекомбинантных белков. В клинической практике клиники «Ольвия» получен успешный опыт применения зарегистрированных косметических средств данного состава. Наблюдалось состояние швов пациентов ежедневно в течение недели после нанесения состава, далее в динамике по прошествии 4 и 8 недель. У пациентов с различным состоянием здоровья отмечалось одинаково стабильное ускорение процесса регенерации: через 3 дня после операции шов выглядел созревшим, не наблюдалось натяжения, воспалительных процессов и чрезмерного роста ткани. Через 4–8 недель найти след от разреза было практически невозможно. С разрешения пациентов в течение всего периода наблюдения проводилось фотодокументирование. Таким образом, включение в протокол реабилитации стерильных составов с факторами роста позволило изменить процесс заживления швов после пластических операций, восстановить более здоровое функционирование тканей. Разработка лекарственных средств, позволяющих использовать данные составы во время проведения операции или сразу после наложения шва – одна из самых перспективных современных задач для восстановления тканей в полном объеме без следов хирургического вмешательства.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ДИАСТАЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА В СОЧЕТАНИИ С ПЛАСТИКОЙ РАЗЛИЧНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Вторенко В.И., Мударисов Р.Р., Мнойн А.Х.

Городская клиническая больница № 52, Москва

Актуальность. По данным литературы вентральные грыжи часто сочетаются с диастазом прямых мышц живота. Диастаз может развиваться в связи с дисплазией соединительной ткани, уменьшением прочности коллагена соединительной ткани. При изолированном лечении вентральных грыж без восстановления диастаза риск рецидива грыжи намного выше, а также при изолированной пластике грыж намного хуже косметические результаты.

Цель нашего исследования, состоит в том, чтобы оценить возможности и послеоперационные результаты различных малоинвазивных методов лечения диастаза прямых мышц

живота в сочетании с различными грыжами передней брюшной стенки.

Методы. Мы выбрали группу из 34 пациентов, которым была выполнена одномоментная пластика вентральной грыжи в сочетании с диастазом прямых мышц живота. Из них женщин было 29 (85%), мужчин 5 (15%). Средний возраст пациентов составил 34 года (от 28 до 53). У всех пациентов был симптоматический диастаз прямых мышц живота от 3 до 8 см. В подавляющем большинстве случаев диастаз сочетался с пупочной грыжей – 26 (76%), с грыжей белой линии живота – 8 (24%). Наличие диастаза у данной группы пациентов более года. При всех 34 операциях применялся максимально косметический доступ – 3 прокола над лоном в зоне бикини.

Методы оперативного лечения: эндоскопическая подкожная пластика без использования сетчатого эндопротеза (REPA) – 21 операция (62%); лапароскопическая пластика с использованием сетчатого эндопротеза (трансабдоминальная ретромускулярная пластика – TARM) – 8 операций (23%); тотальная эндоскопическая пластика с использованием сетчатого эндопротеза (Totally Sublay Anterior Repair – TESAR) – 3 операции (9%); в 2 (6%) случаях было произведено лапароскопическое ушивание диастаза без применения сетчатого эндопротеза. Ни в одном случае не было использование дренирование послеоперационной раны. Никаких дополнительных затрат не потребовалось, так как при этих методах используются стандартные лапароскопические инструменты и эндопротезы. Срок наблюдения пациентов данной группы составил от 3 до 8 месяцев.

Результаты. Серьезных осложнений в нашем наблюдении не было. В одном случае (2,9%) на второй день после операции у пациентки была выявлена подкожная гематома небольших размеров, которая была пролечена консервативными методами. В обезболивании наркотическими препаратами пациенты не нуждались во всех случаях, использовались НПВС при болях. Все пациенты выписаны из стационара на 2 сутки после операции. От изолированного лапароскопического ушивания диастаза мы отказались после второй проведенной операции в связи с плохим косметическим эффектом, у обеих пациенток после операции образовался кожный валик. У 6 (17%) пациентов в послеоперационном периоде были выявлены подкожные серомы, которые потребовали эвакуации методом тонкоигльной пункции шприцом (в 3 случаях из них пункция проводилась более одного раза) – все эти пациенты после метода изолированной подкожной пластики (REPA). И только в одном случае (2,9%) наблюдался рецидив диастаза прямых мышц живота, без рецидива грыжи, у мужчины после подкожной пластики диастаза и пупочной грыжи (REPA). Рецидив был выявлен через 3 месяца после операции. В данном случае пациент резко поправился – более 20 кг с момента операции, не соблюдал режим ношения бандажа и ограничения физической активности, с чем, вероятно, и связан рецидив.

Выводы. Мы считаем, что различные варианты малоинвазивных операций при вентральных грыжах, сочетающихся с диастазом прямых мышц живота имеют не только общеизвестные преимущества эндоскопических методик над традиционными, но и позволяют достичь максимально косметического эффекта. Эндоскопические методики при пластике грыж передней брюшной стенки и диастаза прямых мышц живота безопасны и эффективно восстанавливают анатомию живота. Причина, по которой мы делаем

пластику диастаза прямых мышц живота при сочетании данной проблемы с различными грыжами живота, заключается не только в эстетике, а также в необходимости снизить риск потенциального рецидива вентральной грыжи. Необходимо дальнейшее изучение данной проблемы и изучение результатов операций у пациентов с различными методами пластики диастаза в сочетании с грыжами живота для достоверной статистики и сравнительной характеристики различных методик.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Геркул Ю.А., Попов И.Б., Гуляев Д.А., Иванова Н.Е.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова – филиал НМИЦ им. В.А. Алмазова, АО МСЧ «Нефтяник», Санкт-Петербург, Тюмень

Актуальность: в настоящее время проблема краниофациальной реконструкции после удаления распространенных опухолей основания черепа, при посттравматических деформациях и дисгормональных поражениях является чрезвычайно актуальной не только для нейрохирургов, онкологов, офтальмологов, оториноларингологов, но и для реабилитологов. Сложные высокотехнологические хирургические вмешательства требуют применения современного оборудования, включая безрамные нейронавигационные системы, предоперационное компьютерное планирование на основе данных нейровизуализации и 3D-моделирования, скрупулезной микрохирургической техники. Следует отметить, что для получения отличного конечного результата, а именно улучшения качества жизни больных с указанной патологией, исключительно хирургического этапа реабилитации не достаточно. В данной группе больных весьма актуально использование целенаправленного персонализированного и преемственного амбулаторного наблюдения и постхирургической реабилитации.

Цель работы: усовершенствование подхода к хирургическому планированию и подбору реконструктивных хирургических технологий при краниофациальной патологии для улучшения качества жизни пациентов.

Материалы и методы: за период с 01.10.2013г по 01.03.2021 г. прооперированно 50 пациентов с различной краниофациальной патологией: 20 со сложными посттравматическими дефектами краниофациальной зоны, 18 – с опухолями основания черепа и 12 пациентов после декомпрессивной орбитотомии при болезни Грейвса. Пациенты были обследованы и осмотрены смежными специалистами (офтальмологом, ЛОР-врачом, челюстно-лицевым хирургом, нейрофизиологом, реабилитологом). Проведены МРТ – головного мозга, МСКТ – головного мозга с 3D-моделированием и возможностью интраоперационной нейронавигации. Всем пациентам проведена инструментальная оценка функций глазного яблока. На основании проведенных исследований для каждого пациента определена тактика и объем хирургического лечения. Интраоперационно, с помощью нейронавигации и возможностью 3D-моделирования, удалось обеспечить радикальность оперативного доступа и выполнить пла-

стику постоперационных и посттравматических дефектов краниофациальной зоны с применением самых современных пластических материалов. На дооперационном этапе у каждого пациента оценивался исходный уровень неврологического дефицита, когнитивный статус, степень нарушения функционирования по МКФ а также по следующим шкалам: опросник SF 36, SCIM, опросник качества жизни EORTC QLQ – C30, v30. Для каждого пациента использован персонализированный подход для определения объема хирургического вмешательства с одномоментной реконструкцией после операционного дефекта. Проводилась оценка для определения возможного объема хирургической, физической и медицинской реабилитации.

Результаты: после хирургического вмешательства в течение первых шести месяцев были достигнуты удовлетворительные результаты лечения по улучшению качества жизни пациентов – улучшение косметического дефекта, улучшение функции глазодвигательного и отводящего нервов, улучшение функций лицевого нерва, уменьшение или полный регресс бульбарных нарушений, отмечено также уменьшение болевого синдрома при вовлечении в опухоль процесс или травматическом повреждении тройничного нерва. При оценке по симптоматическим шкалам в категориях «общее состояние здоровья», «физическое функционирование», «эмоциональное функционирование», «когнитивное функционирование», «социальное функционирование» лучшие результаты были получены у пациентов с черепно-мозговой травмой, однако, при опухолях основания черепа с использованием адекватных хирургических доступов с тщательным предоперационным планированием также удалось достигнуть удовлетворительных результатов.

Заключение: для пациентов с краниофациальной патологией современные методы краниофациальной реконструкции являются первым и наиболее значимым звеном в реабилитации этой группы больных. Ранняя реабилитация этих пациентов начинается с предоперационного планирования, хирургическое вмешательство является по сути хирургической реабилитацией, а затем применяются другие методы физической и медицинской реабилитации.

СЕЛЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ БАРИЦИТИНИБА В ОТНОШЕНИИ МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК В НОРМЕ И У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Гладько О.В., Волчек И.А., Теряев А.С., Масюкова С.А., Сворцов С.В., Реброва О.М.

Медицинский институт непрерывного образования ГБОУ ВО «Московский государственный институт пищевых производств», ООО «Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии», Москва

Введение. Барцитиниб является селективным ингибитором JAK-киназ (Janus Associated Kinases – JAKs) – JAK 1 и JAK 2. Данные киназы являются важным звеном системы передачи внутриклеточных сигналов и, в том числе, регуляции синтеза цитокинов.

Целью исследования явилось изучение активности разных концентраций барцитиниба в отношении синтеза цитокинов.

Материалы и методы. Оценку дозозависимой активности барцитиниба производили в культуре мононуклеарных клеток периферической крови (МНК) 15 здоровых доноров и 23 больных псориазом средней степени (индекс PASI $28 \pm 1,2$ балла) тяжести в фазе обострения. Фракция МНК получена путем выделения на градиенте плотности фикола (Панэко, Россия) с $\rho = 1,077$ по стандартной методике. После второй отмывки осадок клеток ресуспендировали в 1 мл среды RPMI-1640 (Панэко, Россия) с 10% эмбриональной бычьей сыворотки (Biosera, Франция) и антибиотиками – пенициллином 50 Ед и стрептомицином 50 мкг (далее – полная среда), производили подсчет количества и жизнеспособности клеток в камере Горяева, с окраской 1% трипановым синим. Выделенные клетки разводили полной средой до концентрации 2×10^6 в 1 мл и вносили по 200×10^5 в лунки A1:F6 96-луночного планшета (Nunc, Дания). В качестве индуктора экспрессии янус киназ и продукции цитокинов использовали фитогемагглютинин (ФГА) в конечной концентрации 10 мкг/мл полной среды. В эксперименте использовали барцитиниб в концентрациях 1 мкг/мл и 10 пг/мл. Препарат вносили в соответствующие лунки планшета по 10 мкл. Конечный объем среды во всех лунках – 250 мкл. Планшет помещали в условия влажной атмосферы с 5% CO₂ при 37 °C на 48 часов. После культивирования планшеты с клетками центрифугировали и в супернатанте определяли концентрацию фактора некроза опухолей альфа (TNF α), гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора (GM-CSF), интерферона альфа (IFN α), интерлейкина 2 (IL-2), интерлейкина 4 (IL-4) и интерлейкина 6 (IL-6). Анализ проведен методом цитометрических бус Bio-Plex Pro™ Human Cytokine Grp I Panel 8-plex (Bio-RAD) по протоколу производителя. Кроме того, для дополнительного контроля результатов исследования в супернатанте определяли концентрацию интерлейкина 6 на оборудовании фирмы SIEMENS с использованием набора реагентов для определения интерлейкина 6 (IL-6) IMMULITE 2000 той же фирмы.

Результаты и обсуждение. Установлено, что барцитиниб в концентрации 1 мкг/мл обладает иммуносупрессивным действием в обеих группах обследованных и достоверно снижает индуцированную ФГА продукцию цитокинов, в особенности, TNF α , IFN α , IL-2 и IL-6. В меньшей степени GM-CSF и IL-4. Например, уровень интерлейкина 6 при использовании барцитиниба у больных снижался с $914,5 \pm 14,1$ пг/мл (контроль) до $238,3 \pm 14,7$ пг/мл (барцитиниб) и, у здоровых, с $645,7 \pm 9,8$ пг/мл (контроль) до $329,3 \pm 12,2$ пг/мл (барцитиниб). Однако при использовании нано концентрации (10 пг/мл) препарата уровень цитокинов снижался в группе больных и достоверно повышался в группе здоровых. Например, уровень IL-6 при использовании барцитиниба концентрации 10 пг/мл у больных составлял: $914,5 \pm 14,1$ пг/мл (контроль) и $334,9 \pm 10,7$ пг/мл (барцитиниб). У здоровых соответственно: $645,7 \pm 9,8$ пг/мл (контроль) и $915,3 \pm 22,3$ (барцитиниб). Та же тенденция отмечена и для других цитокинов.

Заключение. Дозозависимая инверсия действия веществ, в частности, фармацевтических субстанций известна. Однако зависимость эффекта нано концентраций ингибиторов функций янус киназ от патологического процесса обнаружена впервые. Полученные данные открывают новые пути исследования патологических процессов и механизмов регуляции внутриклеточных сигнальных путей.

ПРИМЕНЕНИЕ СТАНДАРТНОГО ДОСТУПА В ВЫПОЛНЕНИИ МАСТЭКТОМИИ ПО MADDEN С ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Горбунов А.С., Комаров Р.Н., Сидоренков Д.А.,
Каширина Е.П., Вычужанин Д.В., Моматюк Д.В.,
Стебловская В.А.

*Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
Москва*

Введение. Рак молочной железы – актуальная проблема современности, занимающая лидирующую позицию среди онкологических заболеваний у женщин. «Омоложение» больных, страдающих раком молочной железы, приводит к повышению эстетических, наряду с онкологическими, требованиями к результату хирургического лечения. Количество этапов реконструкции имеет принципиальное значение для больных.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных раком молочной железы с учетом более ранней социально-психологической реабилитации женщин при уменьшении количества этапов реконструкции для достижения результатов.

Задачи. Рассмотреть возможность применения стандартного доступа для выполнения мастэктомии в комбинации с одномоментным реконструктивно-пластическим компонентом. Разработать применение методики универсального доступа для формирования кожного чехла без дополнительного дорогостоящего оборудования и расходных материалов с учетом дальнейшего внедрения в практическую деятельность.

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения 31 больной раком молочной железы 0–IIb стадий без отдаленных метастазов возрастом от 32 до 63 лет (средний возраст больных – 45 лет), у которых выполнено 43 вмешательства, на базе УКБ №1 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). Больные разделены на 4 группы: 1. Стадия T0–1N0M0, люминальный тип A: Хирургическое лечение + гормональная терапия. 2. Стадия T1–2N1M0, люминальный тип A: Хирургическое лечение + гормональная терапия + лучевая терапия. 3. Стадия T1–2N1M0, люминальный тип B: Неоадъювантная ХТ + Хирургическое лечение + адъювантная ХТ (Гормональная терапия). 4. Стадия T1–2N1M0, люминальный тип B: Неоадъювантная ХТ + Хирургическое лечение + адъювантная ХТ + лучевая терапия. В первой группе – 10 больных (33,3%), второй – 5 (16,1%), третьей – 8 (25,15%), четвертой – 8 больных (25,15%). При положительном HER2 neu статусе дополнительно проводилось лечение герцептином. В качестве приоритетного хирургического доступа применялся стандартный доступ для выполнения мастэктомии по Madden с ЛАЭ без дополнительных разрезов. Объем резекции молочной железы – подкожная мастэктомия с сохранением кожного чехла. У 2 больных (6,4%) была произведена резекция с участком кожи над опухолью. У 12 больных (38,7%) выполнена одномоментная сочетанная подкожная мастэктомия контралатеральной молочной железы. Во всех проанализированных случаях

выполнена одномоментная реконструкция с применением текстурированного эндопротеза. У 10 больных (32,2%) выполнена реконструкция со свободной пересадкой сосково-ареолярного комплекса или ареолярного компонента. Формирование кожного чехла производилось согласно предоперационной разметки и ее интраоперационной коррекцией (дополнительное иссечение верхнего или нижнего лоскута кожи, как правило, с избыточной нижней-латеральной резекцией участка кожи) после установки имплантата в область удаленной молочной железы, при этом направление кожного разреза не изменялось. Выбор имплантата приводили согласно проекционному пятну молочной железы и дооперационной разметки, учитывающей остаточный объем кожного чехла после мастэктомии. Формирование сосково-ареолярного комплекса при избыточном дооперационном кожном чехле осуществлялось за счет свободной пересадки при соблюдении всех необходимых требований. Осложнениями хирургического лечения у данных больных явились: локальный краевой некроз лоскута кожи в 2 случаях, не потребовавших дополнительного хирургического лечения – 4,6%; послеоперационная гематома в 1 случае на 11 сутки! после операции – 2,3%; капсулярная контрактура в 2 случаях 2–3 степени по Бейкеру (после проведенной послеоперационной лучевой терапии) – 4,6%, им выполнена ревизия области операции, частичная резекция фиброзной капсулы, и одновременное формирование сосково-ареолярного комплекса.

Результаты. В результате выполненных нами одномоментных реконструктивно-пластических операций у больных раком молочной железы достигнут необходимый эстетический результат, а также получена удовлетворенность больных своим внешним видом уже в ближайший послеоперационный период со стабильными отдаленными результатами.

Выводы. Применение стандартного доступа с модификацией кожного разреза с одномоментным применением текстурированного эндопротеза позволяет сохранить радикализм лечения и получить удовлетворительный эстетический результат в рамках хирургического подхода direct-to-implant. Метод прост и удобен и может быть рекомендован в практической деятельности.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД УДАЛЕНИЯ ПОЛИАКРИЛАМИДНОГО ГЕЛЯ ИЗ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛЕНЕЙ

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

*НАО Медлаз, Российский университет дружбы народов,
Москва*

Контурная пластика полиакриламидными гелями (ПААГ) была достаточно популярной в России и на постсоветском пространстве в конце 90-х годов прошлого века. Большое число осложнений способствовало прекращению использования этой порочной методики. Однако спустя 20 лет к нам продолжают обращаться пациенты для удаления ПААГ. По литературным данным, наиболее часто введение ПААГ практиковалось для коррекции медиальной поверхности голени. Кроме того, голени чаще подвергается внешнему

механическому воздействию, что способствует посттравматическому воспалению скомпрометированных тканей. Целью нашей работы явилась разработка оптимального метода удаления ПААГ из мягких тканей внутренней поверхности голени.

Исследованы результаты лечения 96 женщин, поступивших в период с 2000 по 2020 г. в 6 ЦВКГ МО РФ, ЗАО Торидж, ООО Б Клиника, НАО Медлаз для удаления ПААГ из мягких тканей голени. Длительность после введения ПААГ от 2 лет до 23 года. Предоперационное обследование обязательно включало УЗИ для локализации очагов скопления ПААГ, последние 5 лет обязательным считаем МРТ в режиме STIR. По локализации под перепончатой пластиной медиальной поверхности голени ПААГ присутствует у всех пациентов, у 52 – затеки над перепончатой пластиной, у 65 – ПААГ под мышечной фасцией голени, у 11 – под медиальной головкой икроножной мышцы, у 23 – внутримышечно. ПААГ удаляли доступом из кожных разрезов до 1 см по медиальному краю подколенной складки (вне очагов скопления ПААГ) минимально инвазивным методом под интраоперационным контролем УЗИ. В первой группе 54 пациентки с 2000 по 2014 г. из указанного доступа диссектором по возможности вскрывали места затеков ПААГ, стараясь достичь единой полости. Затем канюлями 4–6 мм проводили аспирацию геля по заранее намеченной схеме с разрежением – 25–35 кПа. Образовавшуюся полость дополнительно санировали водным раствором хлоргексидина. Во всех случаях полноту удаления ПААГ интраоперационно контролировали УЗИ. Восстановительный период составил 20–30 дней. Во второй группе 42 пациентки с 2014 по 2020 годы аналогично из подколенного доступа диссектором вскрывали места затеков ПААГ, стараясь достичь единой полости. Вакуумную аспирацию не использовали! При локализации ПААГ под мышечной фасцией создавали отдельную единую полость. Затем в наиболее низкой точке каждой полости создавали контрапертуру и налаживали раздельное непрерывное проточное дренирование объемом 2–2,5 л/сут каждой полости, отток пассивный. Продолжительность дренирования в течение 2–4 суток до появления чистых прозрачных проточных вод. После прекращения дренирования дренажи оставляли еще на сутки для пассивного оттока. Восстановительный период составил 7–10 дней. Эффективность удаления ПААГ проверяли не ранее чем через 3 месяца. В первой группе остаточное скопление ПААГ диагностировали у 14 пациенток, что потребовало повторного вмешательства (3 повторно оперированы дважды). Во второй группе остаточное скопление ПААГ диагностировали внутримышечно у 2 пациенток – оперированы повторно.

Выводы. Инородное тело (ПААГ), ввиду риска осложнений, требует его удаления из мягких тканей голени. Преимущество следует отдавать минимально инвазивным методам как наиболее эстетически приемлемым. Интраоперационный УЗИ контроль позволяет эффективно локализовать скопления ПААГ для его последующего удаления. Одномоментное удаление ПААГ не эффективно, что связано с его свойствами: требуется определенное время для его гидратации и растворения. Агрессивное механическое воздействие (вакуумная аспирация) вызывает дополнительную травму во время операции со скоплением гематом в созданной полости, что увеличивает восстановительный период. Продленное проточное дренирование позволяет

эффективно удалить ПААГ и уменьшить необходимость повторных вмешательств с 26% до 5% ($p=0,013$) и сократить восстановительный период в 3 раза.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕТРАКЦИЯ ВЕК: ПРИЧИНЫ, СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКА

Грищенко С.В.

ООО «ТОПКЛИНИКА Эстетической Медицины», Москва

Ретракция век после пластических операций может быть временной или стойкой (постоянной) и может проявляться в виде лагофтальма, выворота, заворота нижних век, эктропиона, прогибания реберного края века с округлением глазной щели и чаще всего с функциональными нарушениями век и органа зрения. Временная ретракция век обычно сохраняется до 4–6 месяцев и, как правило, обусловлена выраженными кровоизлияниями, отеками, лимфостазом и формированием патологических рубцов. Считается, что постоянная ретракция возникает при дефиците тканей. Анализируя результаты блефаропластических операций, мы убедились, что не все известные хирургические способы блефаропластики, в том числе и реконструктивной одинаково эффективны в различных клинических ситуациях. Кроме того, в отечественной и зарубежной литературе нет достаточной информации о дополнительном использовании современных технологий для лечения пациентов с послеоперационной ретракцией век, применяемых в физиотерапии и косметологии.

Цель работы. Повысить эффективность эстетической (ЭБ) и реконструктивной блефаропластики (РБ). За 2010–2020 гг. реконструктивная ЭБ 114 (100%) пациентам с ретракцией век после ЭБ в возрасте от 35 до 76 лет. Следует отметить, что все пациенты имели ретракцию верхних или нижних век после верхней, нижней или сочетанной ЭБ. В каждом случае лечебная тактика зависела от патогенетических механизмов – причин и сроков ретракции век. В 72 (69,6%) случаях при временной (до 6 мес.) рубцовой ретракции век без дефицита тканей и гипотонии нижних век назначали ультразвук с гидрокортизоном или ультрафонофорез с препаратом «Лонгидаза 3000» 1–2 курса по 7–11 процедур с интервалом между курсами 3–4 недели. В случаях рубцовой контрактуры век вышеуказанные физиопроцедуры сочетали с местным введением в толщу рубца препаратов «Лонгидаза 3000» или «Дипроспан». Так же достаточно эффективным приемом оказалась блефарорафия путем сшивания век за наружным краем роговицы между собой 3 швами нитью «Викрил» 5–0 на 3–4 недели. Во всех случаях удалось получить хорошие результаты и устранить ретракцию нижних век без РБ. У 42 пациентов (30,4%) со стойкой (более 6 мес.) ретракцией нижних или верхних век, лагофтальмом, обусловленных дефицитом тканей, гипотонией нижних век, гиперэластичностью, экзофтальмом, рубцовой контрактурой в различных сочетаниях проведена РБ с замещением дефектов тканей век свободными кожными аутоотрансплантатами и, при необходимости, укреплением нижних век синтетическим ПТФЭ имплантатом или аутологичным ушным хрящевым трансплантатом. Установлено, что причиной стойкой ре-

тракции век, лагофтальма и функциональных нарушений со стороны век и органа зрения, является комплекс негативных факторов: дефицит тканей, рубцовая контрактура, гипотония нижних век, гиперэластичность тканей после ранее перенесенных блефаропластических операций и коррекции средней зоны лица. В каждом конкретном случае была выполнена реконструктивная блефаропластика с использованием кантопексии, миопексии, укрепления нижнего века различными трансплантатами, свободной аутотрансплантации кожи. Так же как и при временной ретракции данные пациенты нуждались в длительной до 6 месяцев реабилитации с применением физиотерапевтических процедур.

Получить хорошие результаты у всех пациентов с ретракцией век удалось благодаря точной диагностике и устранению всех причин деформации, дифференцированному подходу к хирургическому лечению данных пациентов и включению в комплексную реабилитацию современных технологий, применяемых в физиотерапии и косметологии. Важно отметить, что если факторы ретракции век выявлять до ЭБ, а планировать и выполнять блефаропластические операции с этим учетом, то данное осложнение, РБ и длительную реабилитацию можно успешно избежать.

ВАЖНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ УСПЕШНОГО ОМОЛОЖЕНИЯ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА – ЧТО ТАКОЕ ХОРОШО И ЧТО ТАКОЕ ПЛОХО

Грищенко С.В., Сенчихина О.А.

ООО «ТОПКЛИНИКА Эстетической Медицины», Москва

Известно, что припухлые щеки и подчеркнутые скулы – признак красоты и молодости, но в процессе старения мягкие ткани средней зоны теряют объем, эластичность, тургор, подвергаются птозу с изменением контуров. Поэтому для коррекции эстетических недостатков и возрастных изменений лица в пластической хирургии и косметологии применяют различные технологии, например, филлеры на основе гиалуроновой кислоты, липофилинг, нитевой лифтинг, аппаратные технологии, фейслифтинг (facelifting), пластику щечно-скуловой области (cheek lifting) и другие, предполагающие разрезы, в том числе и на нижних веках операции. Нередко широкая отслойка тканей, объемные и травматичные операции предполагают длительную реабилитацию, а некоторых случаях послеоперационную ретракцию век с округлением глазных щелей. Поэтому при использовании патогенического подхода к планированию способов коррекции средней зоны лица в условиях отсутствия стандартов красоты и существующих модных тенденций, остается актуальным разработка алгоритма планирования омолаживающих операций в этой зоне при птозе, атрофии и гипоплазии тканей.

Целью работы является разработка алгоритма коррекции средней зоны лица выявления оптимальных условий и эффектов различных малоинвазивных технологий.

Материалы и методы. Обследовано 78 (100%) женщин (средний возраст $52 \pm 1,64$) с тонкой кожей и атрофией подкожно-жировой клетчатки в виде западений тканей в щечных областях и контурирования подглазничных и носослезных борозд до и через 1 год после липофилин-

га щечно-скуловых областей объемом 15–20 мл в каждую сторону (технология ФС №2011/252 от 22.08.2011г.), локальной липосакции носогубных валиков и нижних отделов щечных областей («брылей») и нитевого лифтинга нижнего и среднего отделов лица Spring Thread. Проведено УЗ-исследование с эластографией скуло-щечных областей в стандартизированных точках до и через 10 дней, 4 мес. и 1 год у всех пациенток после липофилинга. Для удобства вычислений был введен термин «добавленная толщина» (ДТ), которая характеризует истинный прирост или локальное увеличение объема тканей в реципиентной области и соответствует разнице между послеоперационными значениями толщины мягких тканей и их дооперационными показателями. Проведенная оценка зависимости ДТ от исходной толщины тканей реципиентной области, позволила выявить прямую пропорциональную зависимость ДТ от исходной толщины реципиентной области у обследованных пациентов. Так, в щечной скуловой областях с исходной толщиной тканей 2,07+0,02 см и 1,30+0,1 см соответственно, через 1 год после липофилинга ДТ составила 17,9% и 11,5% соответственно. На этапах обследования установлено, что «избыточно» введенная жировая ткань подвергается усиленной резорбции, а показатели ДТ при этом не отличаются от установленных. После липофилинга отмечено визуальное улучшение качества кожи в виде ее уплотнения, выравнивания поверхности, разглаживания мелких морщин и уменьшения очагов гиперпигментации. Установлено, что в нижних отделах щечной области, как правило, сохраняется 60–65% ДТ тканей, а в скуловой области – лишь 25–27%. Максимальное значение ДТ после липофилинга во всех точках было отмечено на 7–10 сутки, существенные колебания ДТ – до 4 мес., затем показатель стабилизировался. Эффективность разных техник оценивали по линии OGEE (Оджи), наиболее красивые контуры удалось получить у пациенток, которым в сочетании с липофилингом и нитевым лифтингом дополнительно была выполнена липосакция носогубных валиков и нижних отделов щечных областей с помощью канюли для забора жировой ткани, диаметром 3 мм. Отмечено, что красивые контуры средней зоны лица удается получить с применением расширенной нижней блефаропластики у пациентов с «малярными мешками», в некоторых случаях в сочетании с липофилингом.

Таким образом, эффект сочетанного применения доступных не сложных технологий – липофилинг, нитевой лифтинг, КИП, расширенная нижняя блефаропластика способствуют достаточно стойкому омоложению средней зоны и сравнимы с cheek lifting с важными преимуществами – короткой реабилитации и без риска ретракции нижних век.

РЕАКЦИЯ ОКРУЖАЮЩИХ ТКАНЕЙ НА ЛИЦЕВЫЕ ИМПЛАНТАТЫ

Гурьянов А.С., Гурьянов Р.А.

Клиника «Медлаз», Москва

В наши исследования включены 175 пациентов со сроками наблюдения от 6 месяцев до 12 лет со следующей локализацией имплантатов: области лба 16 случаев, подбородок и тело нижней челюсти 139 случаев, углы нижней челюсти

37 случаев, параназальные импланты 4, подглазнично-скуловые имплантаты 26 случаев. Исследованию подверглись стандартные и индивидуальные имплантаты материалом которых были силикон и вспененный полиэтилен высокой плотности.

Материалы и методы. Исследования включали в себя 1. Сбор жалоб пациента. 2. Оценка внешности по фото и трехмерным моделям. 3. Исследование кожной чувствительности. 4. Мимические тесты. 5. Ультразвуковое исследование толщины капсулы вокруг имплантата. 6. Исследование толщины кортикального слоя кости по данным КТ. 7. Сравнительное исследование изменения поверхности кости по данным КТ до и после установки имплантата. 8. Оценка положения имплантатов в тканях в том случае, когда у нас не было КТ до операции для того, чтобы оценить изменения кортикальной пластины кости строилась карта ее толщины. 1. Для этого сегментировали кортикальную пластину в диапазоне 1000–2000 HU. Шкалы Хаунсфилда. 2. Строили карту толщин с диапазоном 0–3 мм на трехмерной модели. Это дает сразу целостное представление о состоянии кортекса.

Выводы. Реакция костной ткани не зависит от химической природы имплантатов. Реакция окружающих тканей на имплантаты скорее зависит от механических факторов: надежности фиксации, площади контакта с костью, объема и геометрии имплантата. Анализ показывает, что все стандартные имплантаты нуждаются в фиксации к кости не зависимо от материала имплантата. Фиксация к мягким тканям стандартных имплантатов всегда несостоятельна. Даже многочисленные перфорации в имплантате не обеспечивают его фиксации и не предотвращают его смещения. Подвижность имплантата способствует образованию более выраженной фиброзной капсулы вокруг него. Острые края и неконгруэнтность имплантата кости способствуют созданию отпечатков на ее поверхности. Поверхность имплантата должна быть конгруэнтна кости. Нельзя сказать, что происходит разрушение кортикальной пластины и кости в результате взаимодействия с имплантатом. Скорей изменения можно описать как ремоделирование. Происходит как резорбция, так и продукция новой костной ткани.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕХМЕРНОГО СКАНИРОВАНИЯ ДЛЯ АНАЛИЗА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ФРОНТО- ТЕМПОРАЛЬНОГО ЛИФТИНГА

Гурьянов Р.А., Старцева О.И.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва

Для анализа изменений в послеоперационном периоде на данный момент широко применяется медицинская фотография, которая, однако, не лишена недостатков: высокие требования к стандартизации съемки, невозможность получения воспроизводимых ракурсов, оптические и перспективные искажения, возможность оценки и проведение измерений только в плоскости полученного изображения. Использование фотограм-

метрии и трехмерных методов визуализации для оценки возрастных и патологических особенностей поверхности лица вызывает значительный интерес: описаны геометрические и временные закономерности старения, перемещения антропометрических точек при изменении положения тела. Использование фотограмметрии и трехмерных методов визуализации для оценки возрастных и патологических особенностей поверхности лица вызывает значительный интерес.

Материалы и методы: при помощи трехмерного сканера Artec Eva (2013; Artec Group, Luxembourg) получены трехмерные сканы лиц 21 пациента в возрасте от 26 до 58 лет с различной выраженностью возрастных изменений верхней трети до и на сроке 6 месяцев после эндоскопической подтяжки бровей. Сканирование производилось в положении сидя перед зеркалом на расстоянии 2 метров, с фиксацией взгляда пациента на собственные зрачки, в привычной окклюзии, с целью воспроизведения истинного горизонтального положения головы пациента. Предварительная жесткая регистрация трехмерных моделей до и после хирургического лечения выполнялось по реперным антропометрическим точкам с преследующим применением алгоритма Iterative Closest Point (ICP). Совмещение моделей считалась завершенным при погрешности совмещения в реперных областях не более 0,4 мм. При помощи стандартных измерительных инструментов и дополнительных построений произведена оценка: перемещения брови в области головки, хвоста и центральной части, изменения объемов в области брови и канального наклона глазных щелей. Затем выполнен анализ нормальной кривизны моделей до и после операции, при помощи алгоритма Coherent Point Drift (CPD) выполнена эластичная регистрация моделей с учетом нормальной кривизны и вычисление векторов перемещений элементов поверхности лица.

Результаты. На основании анализа послеоперационных изменений верхней трети лица нами были сделаны следующие выводы: подъем латеральной части брови является более выраженным по сравнению с остальными отделами брови; выявлена сильная связь между подъемом центрального сегмента брови и отрицательными объемными изменениями в области брови и складки верхнего века; величина подъема брови после операции слабо связана с изменением канального наклона глазной щели. Векторы перемещения элементов лица в результате проведенной операции и заметить закономерности в их направленности: в области латерального отдела брови и наружного угла глаза они имеют вертикально-латеральное направление, в области средней трети, медиальной третьей брови и надпереносья преимущественно вертикальное направление.

Выводы. Основным волюметрическим эффектом эндоскопической подтяжки лба и височной области является потеря объемов в области складки верхнего века и верхнего орбитального края, которая связана с перемещением в более высокое положение центральной части и тела брови. Перемещение брови значимо не изменяет канальный наклон, однако влияет на паттерны борозд и элементов рельефа поверхности лица.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНАТОМИЧЕСКОЙ ДИСЕКЦИИ, КАК ВАЖНЕЙШИЙ ЭТАП ОБУЧЕНИЯ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ»

**Гущин А.В., Мантурова Н.Е., Косминкова И.Н., Рахимов А.А.,
Боровиков А.М., Мишурина Е.А., Бендосенко В.А.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий, Мультипрофильный аккредитационно-симуляционный центр, Москва

Актуальность. Повышение качества образования в ординатуре по специальности «пластическая хирургия», как следствие формирования профессионального стандарта, разработки системы аккредитации, поэтапный переход к увеличению продолжительности освоения дисциплины и внедрения эффективных систем оценки уровня подготовки врачей, требует внедрения в сам процесс обучения эффективных форм подготовки, таких как отработка практических навыков в ходе анатомической диссекции.

Цель и задачи. Разработать модель ступенчатой программы освоения различных практических навыков ординаторами по специальности «пластическая хирургия» с использованием анатомической диссекции.

Материалы и методы. Для освоения практических навыков с использованием анатомической диссекции на базе кафедры пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий и аккредитационно-симуляционного центра РНИМУ им. Н.И. Пирогова в период с 2019 по 2021 год были привлечены ординаторы (n=57) по специальности «пластическая хирургия». Для занятий использовался кадаверный материал (умершие от различных причин мужчины (9) и женщины (13) в возрасте от 35 до 84 лет) в нефиксированном виде после разморозки с -20 °С до +20 °С. Материалом для выделения клетчаточных пространств инъекционным методом служил ультразвуковой гель с набором красителей и метод этапной пластикации сосудистого русла коррозионными препаратами и силиконом. К проведению различных образовательных этапов были приглашены ведущие специалисты отрасли, преподаватели кафедры и сотрудники учебного центра. Весь процесс обучения состоял из нескольких последовательных этапов: 1) базовая теоретическая и практическая подготовка по программе кафедры; 2) лекционная часть от ведущего специалиста с акцентом на прикладную анатомию; 3) предварительное тестирование уровня владения учащимися различными методиками на анатомическом материале с применением методик контрастирования необходимых структур тканей; 4) демонстрация практической методики специалистом; 5) повторение методики учащимися с последующей диссекцией и анализом результатов в режиме дебрифинга. Оценка эффективности предложенного этапного метода осуществлялась методом анкетирования учащихся и преподавателей по 10 бальной шкале (9–10 отлично; 7–8 хорошо; 5–6 удовлетворительно; 0–4 неудовлетворительно).

Результаты. Приглашенные ординаторы (1–2 года, в зависимости от представленных программ) не были оценены

по уровню первого этапа подготовки специальными методами контроля (тестирование, экзамен) непосредственно в дни проведения диссекционных образовательных мероприятий, однако в ходе опроса преподавателем продемонстрировали достаточно высокий уровень исходных знаний. Этот критерий посчитали важным 6 из 7 опрошенных преподавателей. Лекционную часть (2 этап) оценили положительно (средняя оценка 9,5) 57 учащихся (100%). Оценка исходного уровня владения практическим навыком на анатомическом препарате (3 этап) оказалась важной для 4 из 7 преподавателей, в то время как большее число учащихся – 49 (85,9%) посчитали эту методику значимой. Демонстрацию отработанной методики специалистом оценивали только учащиеся с практически единодушным результатом 10,0 баллов в 100% случаев. Аналогичный результат получен при оценке 5 этапа, с поддержкой 7 голов педагогов.

Выводы. Разработанная модель ступенчатой программы освоения различных практических навыков ординаторами по специальности «пластическая хирургия» с использованием анатомической диссекции показала достаточно высокую значимость данной образовательной формы для профессорско-преподавательского состава и самих учащихся. В зависимости от авторских методик с успехом могут быть применены отдельные этапы предложенного обучения на кадаверном материале или все этапы в предложенной/выбранной последовательности.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО УСТРАНЕНИЯ КОНТРАКТУР ПЛЕЧЕВЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ

Гущина Н.В., Сарыгин П.В.

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского, Москва

В России ежегодно регистрируется более 400 тысяч пациентов с термическими ожогами. Наиболее частыми последствиями глубоких ожогов являются формирование контрактур и деформаций конечностей. В 40–55% случаев происходит формирование рубцовых контрактур у пациентов при глубоких ожогах с площадью поражения более 10% поверхности тела. Это является основной причиной нетрудоспособности и инвалидизации. Рубцовые контрактуры плечевого сустава составляют 52,9% от всех послеожоговых рубцовых контрактур крупных суставов конечностей. От своевременности проведения и выбора оптимального метода оперативного вмешательства, а также от возможности использовать широкого спектра реконструктивно-пластических методик, зависит результат и сроки возвращения пациента к активной социальной и трудовой жизни.

Цель работы – улучшение результатов лечения пациентов с послеожоговыми контрактурами плечевых суставов.

Материалы и методы. В нашем отделении выполнено более 190 оперативных вмешательств у пациентов с послеожоговыми контрактурами плечевых суставов за последние 10 лет. Большинство больных составляли люди трудоспособного возраста. Определены особенности форми-

рования дерматогенных контрактур плечевых суставов. Проведена сравнительная оценка применения различных методик хирургической реабилитации пациентов. Выявлены показания к использованию таких современных методик, как пластика лоскутом на основе перфорантных сосудов.

Результаты и обсуждение. Для выбора оптимального метода оперативного вмешательства мы использовали классификацию контрактур по степени рубцового поражения. Во всех случаях мы получили хороший функциональный и эстетический результат. Осложнения не были зафиксированы. Отдаленные результаты показали возможность широкого применения местнопластических операций при односторонних и двусторонних краевых контрактурах, а также преимущества использования лоскутов на основе перфорантных сосудов для хирургического лечения тотальных контрактур плечевых суставов.

Выводы. Сроки и результат хирургической реабилитации послеожоговых пациентов с рубцовыми контрактурами плечевых суставов в большей степени зависит от выбора оптимального оперативного метода. Основными преимуществами использования местопластических методик является относительная простота и короткое время оперативного вмешательства. Пластика лоскутами на основе перфорантных сосудов, в том числе с использованием рубцовоизмененной ткани – это метод выбора при необходимости устранения сложных по конфигурации дефектов тканей в случае тотальных рубцовых контрактур плечевых суставов. Дифференцированный подход с использованием различных методик реконструктивно-пластических операций позволяет получить наилучшие результаты по устранению функциональных, а также эстетических нарушений у больных с послеожоговыми контрактурами плечевых суставов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ CUSTOM DUAL PLANE И INTERNAL BRA ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АУГМЕНТАЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ЗАНИЖЕНИЕМ СУБМАММАРНОЙ СКЛАДКИ

Диков Ю.Ю., Рудаков О.С.

Клиника «Смарт», Москва

Актуальность. Понижение уровня субмаммарной складки при дефиците кожи в нижнем полюсе до сих пор остается сложной проблемой в хирургии груди в связи с высоким риском образования Double bubble или мальпозиции импланта вниз из-за разрушения субмаммарной складки. Методика Custom Dual Plane и Internal Bra была предложена М. Miroshnik в 2018 году и предлагает новый способ формирования нижнего полюса груди и уменьшения кливиджа даже для пациентов с констриктивным нижним полюсом и большим межгрудным расстоянием. Новое положение субмаммарной складки определялось исходя из необходимого количества кожи на нижнем полюсе груди (LVC) для выбранного объема импланта. Автор методики также разработал таблицу, где указано необходимое количество кожи от соска до смс при натяжении для каждого объема импланта с шагом 50 мл. Суть методики заключается в диссекции кармана молочной железы по типу Dual Plane

индивидуально в каждом случае в зависимости от исходной анатомии и необходимости расширения границ груди в определенном направлении. На выбор можно расширить границы в сторону внутреннего полюса (уменьшение межгрудного расстояния), нижнего полюса (понижение смс) или латерального отдела (актуально для впалой грудной клетки с нападением в медиальных отделах) груди. Отслойка молочной железы от большой грудной мышцы производилась в только медиальном, центральном, либо в латеральном отделе, а не по всему нижнему полюсу в отличие от стандартной методики Dual Plane по Tebbets. Чтобы получить необходимое «давление» импланта и расширение границ груди в нужном нам направлении, субмаммарная складка должна быть жестко зафиксирована на всем протяжении от грудины до передней подмышечной линии (при стандартной технике Tebbets фиксация смс производится только в зоне разреза узловыми швами PDS 3-0). Для создания надежной опоры для импланта субмаммарная складка фиксируется на всем протяжении с помощью непрерывного шва нитью Vlock или Startafix 3-0. Для сглаживания контуров, профилактики double bubble и дополнительного уменьшения кливиджа во всех случаях использовался липофиллинг 10–20 мл в каждую молочную железу. В исследовании мы выполнили 15 операций по данной методике и проанализировали результаты. Материалы и методы: 15 пациенток 23–37 лет прооперированы в объеме аугментационной маммопластики в 2020–2021 годах. Формирование кармана проводилось по методике custom dual plane, формирование субмаммарной складки по концепции Internal Bra, а также проводился липофиллинг нижнего и внутреннего полюса груди для уменьшения кливиджа и профилактики double bubble. Новое положение подгрудной складки определялось на основании таблицы LVC, предложенной М. Miroshnik и D. Hammond, а также по формуле расчета длины нижнего полюса по P. Mallucci. Оценивался общий эстетический результат, состояние и положение послеоперационного рубца, форма и длина (LVC) нижнего полюса, наличие двойной складки (double bubble), общая симметрия груди и положения имплантов.

Выводы: 1. Методика Custom Dual plane эффективна и может применяться при аугментационной маммопластике у пациенток с дефицитом тканей в нижнем и внутреннем полюсе, если собственная субмаммарная складка выражена слабо или умеренно. 2. Формирование подгрудной складки по методике Internal Bra в сочетании с методикой Custom Dual Plane создает надежную опору для импланта и позволяет получить круглый эстетичный нижний полюс, расширить границы груди в нужном направлении (внутри для уменьшения межгрудного расстояния, вниз для понижения смс, латерально при «впалой» грудной клетке) и значительно снижает риск мальпозиции импланта. То есть можно выбирать «таргетную» диссекцию кармана для каждого варианта анатомии груди. 3. Липофиллинг позволяет уменьшить кливидж и сгладить переход в нижнем полюсе для уменьшения риска Double Bubble и контурирования нижнего края импланта. 4. Для применения методики нужен тщательный отбор пациентов. Понижение субмаммарной складки более 1 см у пациенток с ярко выраженной подгрудной складкой с большой степенью вероятности приведет к развитию Double Bubble. Для этой группы пациенток оптимально подбирать импланты

меньшего объема и высоты с меньшим значением LVC, чтобы необходимость понижения субмаммарной складки не превышала 1 см.

АУГМЕНТАЦИОННАЯ МАСТОПЕКСИЯ ПРИ ПТОЗЕ 3 СТЕПЕНИ: КАК ПОЛУЧИТЬ СТАБИЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ С МИНИМУМОМ ОСЛОЖНЕНИЙ

Диков Ю.Ю., Рудаков О.С.

Клиника «Смарт», Москва

Актуальность: коррекция птоза до сих пор является сложной проблемой в эстетической хирургии груди, процент осложнений и коррекций остается высоким, а обилие различных методик и часто противоречащих друг другу концепций может ввести в смятение начинающего хирурга.

В данной работе на основании результатов операций 25 пациенток и ретроспективных исследований проанализировали наиболее эффективные и работающие приемы при данной операции.

Материалы и методы: с 2018 по 2020 г. 30 пациенток в возрасте 27–48 лет были прооперированы в объеме Т-образная подтяжка с одномоментной установкой имплантов. Анализировались выбор края резекции кожи и методика определения нового положения Сак, последовательность выполнения установки имплантов и мастопексии, доступ для установки импланта, объем удаляемой молочной железы, методика формирования кармана, техника ушивания раны и выполнение фиксации подгрудной складки. Срок наблюдения составил не менее 12 месяцев. В послеоперационном периоде анализировались общий эстетический результат и симметрия, наличие рецидива птоза или деформации водопад (waterfall), состояние послеоперационных рубцов, симметрия и общая оценка эстетического результата хирургом и пациенткой.

Выводы. 1. Классический край Вайзас модификацией по расчету нижнего полюса является надежным способом устранения птоза и позволяет получать стабильный и красивый результат и хорошее состояние послеоперационных рубцов. Требуется рассчитывать длину нижних колонн (вертикальной части разреза), исходя из объема и LVC импланта, а также толщины и растяжимости тканей молочной железы. В работе использованы таблицы по расчету нижнего полюса предложенные D. Hammond и формула для расчета необходимого количества кожи по P. Mallucci. Вертикальный край может быть использован при небольшом исходном растяжении нижнего полюса (расстояние от соска до смс до 8 см) 2. Следует с осторожностью выполнять перемещение САК вверх по грудной стенке, так как высокое положение сосков является крайне не эстетичным и тяжело поддается коррекции (в отличие от низкого положения сосков). В среднем, безопасным кроем является положение верхнего края ареолы на уровне 5–6 см выше уровня субмаммарной складки. При необходимости новое положение соска может быть определено уже после установки импланта на самой выступающей точке молочной железы. Не желательно удалять большое количество кожи вокруг ареолы из-за риска растяжения ареолы или образования гипертрофированных рубцов даже с наложением шва Бенелли или interlocking suture по Hammond. 3. Более

безопасным является выполнение установки имплантов на 1м этапе и выполнение мастопексии «на импланте». Избыточное натяжение на стыке швов в субмаммарной складке может привести к расхождению швов протрузии импланта. Выполнение пексии на 1м этапе оправдано у пациенток с выраженными избытками кожи. 4. Для установки импланта может быть использован субмаммарный или вертикальный доступ. При субмаммарном доступе обычно требуется укрепление субмаммарной складки во время ушивания для профилактики мальпозиции импланта вниз по грудной стенке. Понижение субмаммарной складки не желательно во время Т-образной подтяжки. При установке через вертикальный доступ имплант сильнее растягивает нижний полюс, что позволяет получить более округлый и эстетичный нижний полюс, но есть повышенный риск мальпозиции имплантов. 5. Резекция нижних треугольников и вертикального компонента позволяет уменьшить массу груди послойно ушить колонны и создать дополнительную поддержку нижнего полюса, что снижает риск повторного птоза. 6. Предпочтительны импланты с плотным гелем и высоким профилем для профилактики повторного птоза. Риск «сползания» более мягких или низкопрофильных имплантов выше, по нашим наблюдениям.

МУЛЬТИСРЕЗОВАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ – ИНСТРУМЕНТ ПЛАНИРОВАНИЯ И КОНТРОЛЯ РИНОПЛАСТИКИ

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

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

Цель работы: повышение качества диагностики деформаций наружного носа путем визуализации всех носовых структур с помощью мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ) на этапах планирования ринопластики и послеоперационного контроля.

Материалы и методы. Было обследовано 105 пациенток (50 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=20), комбинированная деформация в виде ринокифоза и удлинения носа (n=29), широкий нос (n=6). Пациенты с посттравматическими деформациями имели: ринокифоз (n=17), ринокифосколиоз (n=18), риносколиоз (n=13), ринолордоз (n=2). На дооперационном этапе оценивалась конфигурация наружного носа с объемной визуализацией вариантной анатомии костных структур: грушевидных отверстий, носовых костей, лобных отростков верхней челюсти. Показаны возможности исследования хрящевых структур на мультипланарных реконструкциях. Оценка воздухоносных путей путем измерения диаметра кривизны по запатентованному способу (патент РФ № 2630353) дает возможность получить объективные данные по факту наличия,

а впоследствии и степени коррекции, и типу деформации. Анализ структур полости носа и околоносовых пазух включает исследование носовой перегородки, раковин, остеомаатального комплекса. Выявленные патологические изменения (искривление, деформация и дефекты носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, гиперплазия слизистой оболочки, жидкостное содержимое) привели к необходимости изменения тактики (отсрочка операции в 56% случаев) и расширению объема операции до риносептопластики (32% наблюдений) и хирургии носовых раковин (10% случаев). На послеоперационном этапе при МСКТ на трехмерных реконструкциях в костном режиме были визуализированы различные типы остеотомий, продемонстрированы возможности мягкотканной визуализации с особенностями постпроцессинговой обработки на этапах раннего и отсроченного контролей. Доказано, что измерение диаметра воздухоносных путей представляет собой объективный критерий изменения конфигурации. Выводы. МСКТ с постпроцессинговой обработкой изображений является высокоинформативным методом визуализации всех структур наружного носа с технологией построения объемных моделей, что дает возможность визуализировать морфологическую основу деформаций и послеоперационные изменения. Внедрение МСКТ в алгоритм предоперационного обследования лиц, планирующих ринопластику, с проведением полного ринологического анализа позволяет повысить качество диагностики и лечения пациентов с эстетическими деформациями наружного носа. Проведение исследования на послеоперационном этапе позволяет визуализировать линии остеотомии и объективно оценить изменение конфигурации наружного носа.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ЛОБУЛЯРНЫЙ ПАННИКУЛИТ

Егорова О.Н., Белов Б.С.

Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва

Идиопатический лобулярный панникулит (ИЛП) (син.: панникулит Вебера-Крисчена и т.д.) является наименее изученным заболеванием из группы системные поражения соединительной ткани и характеризуется системным поражением подкожной жировой клетчатки.

Цель: установить взаимосвязь между клинической картиной и иммуновоспалительными показателями у больных с ИЛП.

Материалы и методы: обследовано 67 больных (9 мужчин и 58 женщин) в возрасте от 20 до 76 лет со средней длительностью заболевания 78,91 мес. [48;540] с верифицированным диагнозом ИЛП, наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой за период с 2010 по 2020 год. Помимо общеклинического обследования, проведено определение титра α -1 антитрипсина, печеночных фракций, амилазы, липазы, трипсина, ферритина, креатинфосфокиназы, лептин, ФНО- α , компьютерная томография органов грудной клетки и патоморфологические исследования уплотнения. Результаты. Заболевание встречалось во всех возрастных группах, но более половины случаев (57%) приходилось на наиболее трудоспособный возраст 45–60 лет. Анализ кли-

нических проявлений позволил выделить четыре формы ИЛП: узловатую (30 больных), бляшечную (10), инфильтративную (15) и мезентериальную (12), которые характеризовались типичными клиническими чертами. В наблюдаемой группе отмечено значимое повышение уровня СОЭ ($p=0,01$) и СРБ ($p<0,0001$). Повышенный уровень СОЭ коррелировал с ВАШ боли ($p<0,05$, $r=0,29$) и площадью поражения уплотнения ($p<0,05$, $r=0,50$), повышением температуры ($p<0,05$, $r=0,68$) и СРБ ($p<0,05$, $r=0,68$). Повышение концентрации СРБ ассоциировалась с ВАШ боли ($p<0,05$, $r=0,46$), площадь поражения методом «ладони» ($p<0,05$, $r=0,61$), со II стадией узла ($p<0,05$, $r=0,41$). Патоморфологическое исследование биоптата кожи и ПЖК проведено у 65 больных (97,01%). Из 5 больных (5,97%) без поражения кожи и ПЖК биопсия жировой клетчатки пред- и забрюшинной областей проведена у 3 пациентов, у остальных пациентов биопсия не проводилась в связи с трудностью доступа. Во всех случаях подтверждено наличие лобулярного панникулита – ИЛП. Терапию больных проводили основными препаратами, принятыми в ревматологической практике. Терапевтический эффект отмечен в 62,68% случаев, отсутствие эффекта и ухудшение состояния выявлены в 17,91% (12 больных), что потребовало увеличения дозы «базисных» средств.

Вывод: очевидна необходимость расширения знаний об этой патологии среди врачей и проведения дальнейших исследований с целью своевременной диагностики и поиска наиболее эффективных методов лечения ИЛП.

МОЙ ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Едомских-Колесникова А.С., Коморник Е.А.

Уральский государственный медицинский институт, Центр косметологии и пластической хирургии им. С.В. Нудельман, Екатеринбург

Введение. Коррекция области нижних век не должна затрагивать только грыжевые пакеты и избытки кожного лоскута. Мы рассматриваем область нижнего века несколько шире. Оцениваем возрастные изменения, визуализацию перехода «нижнее веко-щека», выраженность костного края орбиты, наличие гипертрофированных малярных мешков. Для коррекции этих изменений мы используем расширенную блефаропластику как в изолированном варианте, так и в сочетании с ЭФТЛ, верхней блефаропластикой и открытым лифтингом средней, нижней трети лица и шеи. Цель исследования. Оценить результативность методики, как в изолированном виде, Так и в сочетании с другими операциями на лице.

Материалы и методы: Проанализировано всего 20 пациенток в возрастной группе от 23 до 57 лет. Из них в изолированном варианте расширенная блефаропластика выполнена в 10 случаях. В сочетании с ЭФТЛ и верхней блефаропластикой в 5 случаях. В сочетании с открытым лифтингом средней, нижней трети лица и шеи в 5 случаях. Результаты и обсуждения. При изолированной коррекции области нижнего века в 8 случаях был достигнут хороший результат с оптимальным эстетическим эффектом. В 2 случаях в раннем послеоперационном периоде, у пациенток

23 и 33 лет наблюдались сложности, которые разрешились через 2,5–3 месяца после операции. У данных пациенток на 3 и 10 сутки соответственно было отмечено грубое рубцевание в области нижних век, которое проявилось выступающими кожными заломками. В сочетании с ЭФТЛ и верхней блефаропластикой в 5 случаях был достигнут оптимальный результат. В сочетании с открытым лифтингом средней, нижней трети лица и шеи в 5 случаях достигнут оптимальный результат. При данном виде коррекции мы используем разрез в подресничной области, отделяем кожу от круговой мышцы глаза на расстояние около 2 см, затем выполняем разрез круговой мышцы вдоль ее волокон в области глазничной части круговой мышцы глаза. Выполняем частичную резекцию всех грыжевых пакетов (по показаниям). Выходим на костный край орбиты, работаем поднадкостнично, до середины скуловой кости на всем ее протяжении. Затем, по показаниям, работаем в области малярных мешков. Фиксируем край круговой мышцы глаза+надкостницу в проекции малярных мешков к костному краю орбиты в проекции латерального кантуса. Выполняем миопексию. Иссекаем небольшой объем кожного лоскута. Накладываем швы на рану. Методы фиксации могут отличаться при сочетании с ЭФТЛ.

Выводы. Применение методики расширенной блефаропластики как в изолированном варианте, так и совместно с другими операциями на лице, показало хорошие результаты. Это свидетельствует о том, что область нижних век, на современном этапе развития пластической хирургии, нужно рассматривать не только как наличие грыжевых пакетов и избытков кожи, но и оценивать выраженность костного края орбиты, малярные мешки. Такая оценка области нижних век будет давать более эстетичный результат.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕННОЙ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ ПРИ ВТОРИЧНОМ ПТОЗЕ

Жуков М.И., Стефкивская О.В.

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

По статистике международных организаций пластической хирургии, аугментационная маммопластика занимает лидирующие позиции (2020 г. – 20% от всех пластических операций в мире). Проблемы осложнений пластических операций по аугментации молочных желез, на сегодняшний день, чрезвычайно актуальны, о чем свидетельствует большое количество повторных обращений пациенток и количество публикаций в специализированных изданиях. Мировой опыт проведения увеличивающих маммопластик дает возможность анализа многолетних отдаленных результатов. Поэтому поиск путей коррекции осложнений аугментационной маммопластики продолжает быть актуальной. Одним из часто встречаемых осложнений отдаленного послеоперационного периода является вторичный птоз молочных желез. Данный вид осложнений ранее разделен на несколько подвидов, с чем связана разница в хирургической тактике. Нозологическими формами, при которых приме-

нялись методики коррекции различных видов вторичного птоза, являлись: *snoopy breast*, *ball-in-sock*, *bottoming out*. Многолетний опыт нашей работы включал использование элементов соединительнотканной капсулы имплантата при первичной аугментации. С 2019 по 2021 г. прооперировано 23 пациенток с различными видами вторичного птоза после аугментационной маммопластики, возраст: от 25 до 48 лет. Все пациентки разделены на три группы: первая (*snoopy breast* – 9 человек), вторая (*ball-in-sock* – 9 человек), третья (*bottoming out* – 4 человека). Всем им была предложена техника коррекции с моделированием соединительнотканной капсулы в различных интерпретациях с и без замены имплантата. В некоторых случаях с использованием полипропиленовой сетки, а также метода липофилинга. Были определены критерии оценки, на основании которых проводился отбор пациенток для конкретной хирургической тактики: 1. Степень птоза молочных желез. 2. Отношение пациентки к конкретной группе вторичного птоза. 3. Наличие или отсутствие капсулярной контрактуры. 4. Оценка состояния имплантата. 5. Оценка состояние покровных мягких тканей. 6. Наличие или отсутствие инфекционных процессов в анамнезе. 7. В случае реимплантации, оценка возможных оптимальных параметров имплантатов для пациентки. 8. Применение возможных дополнительных методов коррекции: установка полипропиленовой сетки, липофилинг, малоинвазивная мастопексия.

Выводы. Применение хирургического лечения вторичного птоза молочных желез после аугментационной маммопластики позволило внедрить в нашу практику возможности использования фиброзных тканей (соединительнотканной капсулы) в сочетании с сетчатыми трансплантатами с более стабильным и долгосрочным результатом в отдаленном периоде.

ОСОБЕННОСТИ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Захидова С.Х., Мустафакулов Э.Б., Эльмурадов А.Н., Авазов А.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) составляют до 20–22% от всех наружных грыж живота и по частоте занимают второе место после паховых. Свыше 5% всех лапаротомий осложняются формированием ПОВГ. Их частота зависит от характера оперативных вмешательств: после аппендэктомии они встречаются в 6% случаев, после операций на желудке – в 10%, после холецистэктомии – в 14%, после экстренных операций – в 33% случаев, причем, до 60% больных с ПОВГ лица трудоспособного возраста.

Цель исследования: изучить результаты пластики брюшной стенки полипропиленовой сеткой у больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 299 больных в возрасте от 28 до 79 лет, оперированных по поводу послеоперационных ущемленных вентраль-

ных грыж с использованием различных способов пластики грыжевого дефекта. Все больные в зависимости от способа герниопластики разделены на две группы, репрезентативные по возрасту, полу и сопутствующим заболеваниям: у 189 пациентов основной группы осуществлена аллопластика с использованием сетчатого полипропиленового имплантата, у 110 больных контрольной группы выполнена аутопластика. Женщин было 240 (80,3%), мужчин – 59 (19,8%). Чаще всего образования ПОВГ предшествовали операции на гепатопанкреато-дуоденальной зоне и гинекологические оперативные вмешательства. Обширные и гигантские грыжи наблюдались в 275 (91,97%) случаях, которые, как правило, причиняют значительные беспокойства больным, характеризуются многокамерностью грыжевого мешка. До 6 часов с момента ущемления поступили в основную группу – 29 (15,35%) больных, в контрольной группе – 19 (17,28%), до 12 часов – 70 (37,04%), 35 (31,82%), до 24 часов – 62 (32,81%), 40 (36,37%), свыше 24 часов – 28 (14,82%), 16 (14,55%) соответственно.

Результаты исследования. Ультразвуковое исследование у больных основной группы проводилось в области грыжевого выпячивания или предполагаемых грыжевых ворот и на симметричных участках брюшной стенки. Во время операции признаки острой кишечной непроходимости обнаружены у 45 (23,8%), распротраненного перитонита у 16 (8,5%) больных. В грыжевом мешке большой сальник обнаружен у 42 (22,3%), большой сальник и тонкая кишка – у 75 (39,7%), толстая кишка – у 12 (6,3%) больных. Резекция некротизированного сальника выполнена у 38 (20,1%), тонкой кишки – у 15 (7,9%) больных. После этого визуально оценивали состояние грыжевого мешка. У всех больных отмечались явления серозного воспаления: отек, инфильтрация стенок, отсутствие гноя и фибрина в грыжевых водах. У 152 (80,43%) больных с послеоперационными вентральными и у 24 (12,7%) пупочными грыжами производили наднапоневротическую пластику (методика onlay) брюшной стенки полипропиленовым эндопротезом, а у 13 (6,9%) больных с паховыми грыжами – герниопластику по J.L.Lichtenstein. Начиная со второго дня больные основной группы продолжали получать лазеротерапию по одному сеансу в течение 5–7 дней. При анализе результатов оперативного лечения пациентов основной и контрольной группы оценивались характер течения ближайшего послеоперационного периода и отдаленные результаты лечения. У пациентов основной группы в ближайшем послеоперационном периоде осложнения не наблюдались, у пациентов контрольной группы, оперированных аутопластическими способами, осложнения со стороны операционной раны отмечены в 23 (20,9%) случаях. Летальных исходов у больных основной группы не было, тогда как в контрольной группе – 5 (4,6%) случаев. Причиной летального исхода служили разлитой гнойный перитонит (у 3) и тромбозомболия легочной артерии (у 2) больных. При анализе длительности пребывания больных в стационаре выявлено, что средний койко-день в основной группе пациентов составил $10,5 \pm 1,5$, у пациентов контрольной группы средняя длительность пребывания в стационаре составила $18,8 \pm 1,0$ дней.

Выводы. Внедрение ненапряжной герниопластики при ущемленных грыжах позволяет не только избежать послеоперационных осложнений и рецидива заболевания, но и уменьшить длительность пребывания больного в стационаре, а также снизить послеоперационную летальность.

КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ВВЕДЕНИЯ ВАЗЕЛИНА В МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

Зиядинов А.А., Иванов С.И., Мельников Д.В.,
Венедиктов М.В., Старцева О.И.

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
Университетская клиническая больница № 1, Москва*

Актуальность: история контурной пластики, насчитывает не малое количество ужасающих последствий, после применения официально не зарегистрированных материалов для увеличения молочных желез. Инъекции продуктов на основе вазелина, с целью контурной пластики, до сих пор встречаются и в XXI столетии, в связи с тем, что данная методика быстрая, простая в исполнении, а главное, экономически выгодная. Все более актуальным становится вопрос изучения последствий и методов борьбы с ними. На сегодняшний день, нет оптимального метода лечения, данные литературы носят не систематизированный характер. Выбор правильной тактики позволит снизить количество осложнений, а главное даст шанс на полное выздоровление данной категории пациентов.

Цель: определение оптимального метода лечения олеогранулемы молочной железы путем анализа использованных методик и возможности последующей разработки алгоритма лечения.

Материалы и методы: с 2012 г. по сентябрь 2021 г. было прооперировано 20 пациенток в возрасте от 22 до 49 лет, средний возраст пациенток составил 34 года. В 6 случаях была выполнена двусторонняя мастэктомия, с одномоментной реконструкцией молочных желез DIEP-лоскутами., в 2 случаях отсроченная реконструкция молочных желез DIEP-лоскутами, в 2 случаях отсроченная реконструкция молочных желез торакодорзальными лоскутами, в 4 случаях двусторонняя подкожная мастэктомия с одномоментной установкой экспандеров, в 3 случаях двустороннее удаление гелеом молочных с одномоментным эндопротезированием, в 1 случае мастэктомия, в 2 случаях удаление гелеом молочных желез. Были использованы стандартные хирургические техники, принятые для хирургического лечения доброкачественных образований молочной железы с максимальным органосохраняющим результатом. Выбор хирургической тактики зависел от степени распространённости вазелинового масла в тканях, давности введения, состояния кожи. Удовлетворенность пациентов оценивалась путем опроса, который проводили непосредственно перед операцией и через 1 год после нее. Сравнивали частоту удовлетворительных результатов и неудовлетворительных результатов.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что в 88,37% случаев достигнута абсолютная удовлетворенность результатом операции. В 6,98% случаев в срок 3, 6 месяцев имелась асимметрия молочных желез и жалобы на рубцовую деформацию, требующую хирургической коррекции. В 4,65% потребовалась повторная операция.

Выводы. Лечение пациентов с осложнениями после введения вазелина в область молочных желез остается актуальной проблемой и в наши дни. В большинстве случаев, требующей применения современных методик с использованием дорогостоящего оборудования и материалов, принятых в эстетической и реконструктивной хирургии молоч-

ной железы. Результаты, полученные при анализе данных, свидетельствуют о безопасности и эффективности использованных методик, что в свою очередь дает возможность разработки алгоритма лечения данных пациентов.

СИСТЕМНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА-ПЛАСТИЧЕСКОГО ХИРУРГА ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ В УЧЕБНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ WET-LAB

Иванов В.В., Филимонов В.Б., Мельников А.А.

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань

Проблема подготовки квалифицированных кадров в пластической хирургии, особенно на этапе реформирования и становления организационных канонов, стоит наиболее актуально среди всех других медицинских специальностей. Особенно это касается обучения практическим навыкам при выполнении эстетических вмешательств, в современных реалиях и условиях, когда стандартные методики формирования мануальных техник являются неприемлемыми из-за вопросов этического, юридического и морального порядков.

Цель – разработать систему обучения практическим навыкам (включая эндовидеоскопические технологии) в области эстетических оперативных вмешательств врача-пластического хирурга с использованием учебной операционной Wet-lab. Показать преимущества внедрения современных обучающих программ для обучения практическим навыкам врача-пластического хирурга.

Нами была разработана и внедрена программа обучения врачей мануальным навыкам по специальности «Пластическая хирургия», состоящая из нескольких этапов, в рамках первичной переподготовки специалистов и клинической ординатуры (лицензия № 20416 на право осуществления образовательной деятельности, свидетельство о государственной аккредитации № 3022) включающая три основных педагогических блока (исходя из специфики выполнения оперативного приема). Первый этап: 1. Общехирургический (с акцентацией на специфику реконструктивной, пластической и эстетической хирургии). 2. Эндовидеоскопический (с формированием навыков хирургического функционирования в двумерном отображении реальности и опосредованного контакта с тканями). 3. Микрохирургический. Второй этап обучения включал самостоятельное выполнение клиническими ординаторами ряда стандартных эстетических вмешательств (с учетом видовых анатомических особенностей), на голове, туловище, молочных железах и конечностях лабораторных животных под контролем преподавателя. При выполнении данных операций важно акцентировать обучаемых на технически правильных оперативных приемах (тракция тканей, прецизионная диссекция, гемостаз и пр.), что и формирует так называемое «чувство ткани». На этом этапе на лабораторном животном отрабатываются стандартные методики выполнения эстетических операций, таких как верхняя, нижняя блефаропластика с различными видами модификации жировых пакетов, отопластика в различных вариантах, некоторые варианты лифтинга, освоение навыков и способов

увеличивающей маммопластики и др. Также выполняются различные виды реконструкции молочной железы, наружного уха, покровных тканей лица, перемещенных кожных лоскутов. Третий этап – это сложные операции, требующие не только знаний и умений в различных профильных дисциплинах, но и умение слаженно работать в команде специалистов с акцентацией каждого на приоритетных этапах. Это относится к таким операциям, как пересадка комплекса тканей с осевым кровоснабжением или свободных лоскутов, полнослойная пересадка лица (тактичнее применить к лабораторным животным ветеринарный термин – морды), пересадка головы, создание биологических химер. Для оценки эффективности образовательного процесса мы применили шкалу OSATS (Структурированная оценка технических навыков на основе шкалы Ликерта: 5 очень хорошо, 4 хорошо, 3 удовлетворительно, 2 плохо, 1 очень плохо) субъективной оценки с независимой оценкой трех экспертов при сдаче итогового квалификационного теста. В современных реалиях социального общества, обучение эстетическим операциям врача-пластического хирурга невозможно без мануального тренинга на лабораторных животных. Обучение в условиях Wet-Lab следует проводить только после восполнения базисных проблем образования и формирования принципов коллективной ответственности при работе с биоматериалом, после успешной сдачи этапного тестового контроля.

Все программы обучения врача-пластического должны включать три блока освоения основных технологических комплексов (эндовидеоскопический, микрохирургический и классический) на живом биоматериале, в условиях максимально приближенных к клинической практике. Внедрение комплексных программ формирует устойчивые практические навыки, способствует обобщению и стандартизации теоретического базисного образования, формирует чувство ответственности и коллективизма, способствует более комфортному уровню выполнения будущих должных обязанностей.

ТРАНСАБДОМИНАЛЬНАЯ АУГМЕНТАЦИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ: ОТ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ К ЗДРАВОВОМУ СМЫСЛУ

Иванов В.В., Филимонов В.Б., Мельников А.А., Абрамов И.В., Огольцов И.А.

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань

Функционирование специализированных служб в условиях современной системы здравоохранения несет в своей основе принципы клинической эффективности, функциональности, безопасности и социальной значимости применяемых методологических подходов, тактики лечения и системных принципов восстановительных технологий. Это применительно и правомерно для пластической хирургии, в которой менее широко, чем в общей хирургии, внедряются методы симультанных вмешательств. Трансабдоминальная аугментация молочных желез является одним из примеров синтеза современных хирургических достижений, с социальной востребованностью эстетического подхода при коррекции клинических и эстетических нозологических форм.

В статье обобщен клинический опыт авторов (217 оперативных вмешательств), основанный на практической работе авторов в нескольких клиниках пластической хирургии за период 2003–2021 гг. В раннем послеоперационном периоде у 6 (2,76%) пациенток отмечен эпителиоз и/или краевой некроз в области надлобкового разреза (лечение консервативное) с удовлетворительным конечным эстетическим результатом. У 12 (5,5%) пациенток с укреплением брюшной стенки сетчатым имплантатом отмечена длительно (до месяца) персистирующая серома, лечение пункционное. В отдаленные сроки (анамнез до 10 лет, среднее время наблюдения составило 6,2±3,2 лет, анкетный отклик респондентов 156 (71,89%) удовлетворены результатами вмешательства 134 (85,9%) пациенток. У женщин с субъективно неудовлетворительными результатами отмечены следующие проблемы эстетического характера: птоз молочной железы с релаксацией тканей в надлобковой области у 12 пациенток (связано с увеличением массы тела), что послужило поводом для выполнения мастопексии с иссечением надлобковой кожной складки. Истончение тканей в области нижних квадрантов молочной железы с контурированием имплантата отмечено 10 пациентками. Ситуация скорректирована липофилингом со сменой имплантационного кармана у 6 пациенток, и липофилингом с пластикой передней стенки капсулы у 4 пациенток. Рецидива вентральных грыж не отмечено. 2 пациентки с выявленной на этапе предоперационного обследования ЖКБ и отказавшиеся от симультанной коррекции были оперированы в первый год по поводу острого калькулезного холецистита. Повышение внутрибрюшного давления как неизбежное следствие реконструктивного этапа повлияло на течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: 34 пациентки с верифицированной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы вынуждены были проходить курсы консервативной терапии, что явно не является проблемой эстетического характера. Вмешательства подобного рода требуют слаженной работы всей хирургической службы и реабилитационно-восстановительного звена клиники и являются с одной стороны обоснованным предметом гордости и престижа, а с другой стороны это «минное поле» юридических коллизий и бытовых иллюзий. Синтез доброго (здоровье) и вечного (красота) возможен только при беспрепятственном течении послеоперационного периода, поэтому все специфические методологические приемы применяются превентивно для профилактики возможных периоперационных осложнений. Этим же целям служит системный алгоритм ведения периоперационного периода с акцентуацией на ведущие патогенетические моменты. 1. Выбор оперативного доступа должен быть адекватен реалистичным запросам пациентки к конечному эстетическому варианту молочной железы и не должен выступать лимитирующим фактором при выполнении того или иного варианта операции. 2. Трансабдоминальный доступ при аугментационной маммопластике в изолированном варианте является одним из классических примеров преобладания хирургических технологий над здравым смыслом, но полностью оправдан при симультанном выполнении коррекции того или иного вида абдоминальной деформации. 3. Данный вид оперативного вмешательства требует специализированных мануальных навыков и адаптированного оборудования «эндо-

видеохирургии малых пространств», слаженной работы хирургической бригады в многопрофильной клинике. 4. Все технические приемы, применяемые при данном виде вмешательства, служат, прежде всего, профилактике возможных ранних и/или поздних осложнений, как общехирургического, так и эстетического порядка. Этим же целям служит система периоперационных мероприятий системного характера.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЛОГЕННОГО РЕБЕРНОГО ХРЯЩА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ НАРУЖНОГО НОСА

Иванов С.А., Ранкович А.Л., Артемчик К.С.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Республика Беларусь

Цель исследования – проанализировать непосредственные и отдаленные результаты реконструкции наружного носа (НН) с использованием аллогенного реберного хряща (АРХ).

Материал и методы. Результаты 73 реконструкций, 32 мужчины, 41 женщина, возраст 39–86 лет. Операции выполнены в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере в 2014–2020 гг. Этиология дефекта: удаление карциномы кожи – 60 пациентов, вторичный дефект после лечения рака кожи – 10, травма – 2, ринофима – 1. Размер дефекта: одна субъединица – 12, две субъединицы – 43, три и более субъединиц – 18. В 66 наблюдениях были утрачены дистальные субъединицы. Глубина дефекта: утрата только наружной кожи – 11, кожа и мышечно-фасциальный слой – 16, все слои (сквозной) – 46. Факторы риска раневых осложнений (сахарный диабет, длительный стаж курения, лучевая терапия в анамнезе) присутствовали у 34 пациентов. Исследовали частоту и структуру послеоперационных осложнений, эстетический результат (ЭР) и функциональный результат (ФР) через 6 месяцев после реконструкции по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ), частоту и структуру неприемлемых результатов (НР) с оценкой 6 и менее баллов, нуждаемость в незапланированных корригирующих вмешательствах.

Результаты и их обсуждение. Хрящевой графт (ХГ) формировали вручную из биопрепарата АРХ. В 9 случаях ХГ был использован для придания естественной формы спинке носа, в 50 случаях – для формирования утраченных каркасных структур, в 14 случаях была выполнена неанатомическая трансплантация в область свободного края крыла носа для предупреждения пролапса. Устранение дефекта кожи НН выполняли лоскутами: лобный лоскут использован в 30 случаях, носогубный лоскут – 14, пазл-лоскут – 21, лоскут типа Rieger – 8. Осложнения зарегистрированы в послеоперационном периоде у 8 пациентов (11%), в том числе: кровотечение – 1, парциальный некроз кожного лоскута – 4, расхождение краев раны – 1, абсцесс – 1, отторжение ХГ – 1. Таким образом, частота осложнений, ассоциированных с ХГ, составила 2,7% (2 из 73). Все осложнения, кроме кровотечения, развились у пациентов с факторами риска. Средняя оценка ЭР реконструкции составила 8,1±1,3 балла. Неприемлемый ЭР отмечен в 6 наблюдениях (), оптимальный ЭР (9–10 баллов) – 34, субоптимальный ЭР

(7–8 баллов) – 33. Причины неприемлемого результата: выраженная деформация НН (2), образование вторичного дефекта из-за некроза лоскута, расхождения краев раны или абсцесса (4). Средняя оценка ФР составила 8,8±1,2 балла. Неприемлемый ФР отмечен в 3 наблюдениях, оптимальный – 14, субоптимальный – 56. Причины неприемлемого результата: затруднение носового дыхания из-за сужения носового отверстия (2), массивное образование слизистых корок (1). Все пациенты оценили функцию НН непосредственно перед реконструкцией. Изначальное снижение показателя менее 9 баллов в связи с основным заболеванием было отмечено в 34 наблюдениях. Дооперационные оценки были сравнены с ФР. Улучшение оценки отмечено в 26 случаях, ухудшение – в 6. Снижение ФР по сравнению с дооперационным показателем наблюдали только у пациентов, которые имели изначальные функциональные нарушения. В 4 случаях снижение результата было обусловлено пролапсом крыла носа. Дополнительные (незапланированные) корригирующие вмешательства для улучшения ЭР были выполнены в 5 наблюдениях, для улучшения ФР – в 2 наблюдениях. Отсроченная коррекция была успешной в 6 случаях из 7. У одного пациента не удалось устранить сужение носовых отверстий. Средний срок наблюдения составил 20 месяцев, в том числе более 12 месяцев – у 46 пациентов. Ни в одном из наблюдений не было отмечено деформации, дислокации и резорбции ХГ в отдаленном периоде. 4 пациента были оперированы повторно в связи с рецидивом карциномы кожи носа.

Выводы. Реконструкция наружного носа с использованием аллогенного реберного хряща позволила добиться приемлемых эстетических результатов у 92% пациентов, приемлемых функциональных результатов – у 96% пациентов. Использование аллогенного материала позволяет сократить время операции, уменьшить хирургическую травму и не приводит к повышению частоты послеоперационных осложнений.

КОСМЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОВЛЕЧЕНИЯ ОРБИТЫ ПРИ ГРАНУЛЕМОТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ (ВЕГЕНЕРА) НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Исмаилова Д.С., Груша Я.О.

Научно-исследовательский институт глазных болезней, Москва

Цель: проанализировать клинические проявления гранулематоза с полиангиитом (ГПА) при поражении орбиты, оказывающие влияние на внешний вид пациента, и их динамику на различных стадиях воспалительного процесса. **Материалы и методы:** в исследование включено 74 пациента, с диагнозом ГПА с поражением орбиты. Обследование пациентов включало внешний осмотр, экзофтальмометрию, исследование подвижности глазного яблока, биометрические измерения глазной щели, рутинное офтальмологическое обследование (проверка остроты зрения, величина внутриглазного давления, исследование границ поля зрения, биомикроскопия, офтальмоскопия), компьютерную томографию (МСКТ) и/или магнитно-резонансную томографию (МРТ).

Результаты. Локальный вариант заболевания наблюдался у 63,5% (47/74) пациентов, системный – у 36,4% (27/74). В зависимости от особенностей клинической картины и течения заболевания пациенты были разделены на три группы: пациенты с объемным воспалительным образованием орбиты без первичного вовлечения слезной железы (45 пациентов, 1 группа), пациенты с дакриoadенитом (26 пациентов, 2 группа) и пациенты с миозитом (3 пациента, 3 группа). В большинстве случаев клиническая картина у пациентов I группы в активную фазу характеризовалась стремительным нарастанием симптомов, выраженным экзофтальмом, отеком и гиперемией периорбитальных тканей. Наиболее часто в активной фазе встречался отек периорбитальных тканей, который отмечался у 95,5% пациентов (43/45). Экзофтальм присутствовал у 82,2% пациентов (37/44). Бинокулярное двоение отмечали 73,3% пациентов (33/45). Косоглазие в первичном положении зрения выявляли у 31,1% пациентов (14/45), а ограничение подвижности глазного яблока у 71,1% (33/45). Клинический исход у пациентов I группы был относительно неблагоприятным. Остаточный экзофтальм отмечался у 68,9% пациентов (31/45), а энофтальм в связи с рубцеванием мягких тканей орбиты – у 4,4% (2/45), ограничение подвижности глазного яблока в 71,1% случаев (32/45), косоглазие в первичном положении зрения в 20,0% (9/20). Клиническая картина заболевания у пациентов с дакриoadенитом чаще характеризовалась, напротив, затяжным течением процесса, а необратимые последствия развивались сравнительно редко. В активную фазу орбитального воспаления симптомы были не столь выраженными, как у пациентов с объемным воспалительным образованием орбиты. Отек и гиперемия периорбитальных тканей определялись в 100% (26/26) и 80,7% (21/26) случаев соответственно. Экзофтальм был выявлен у 88,5% (23/26) пациентов. Жалобы на бинокулярное двоение – 15,4% (4/26). Косоглазие в первичном положении зрения было выявлено у 7,7% (2/46), ограничение подвижности глазного яблока – у 19,2% (5/26). Прогноз у пациентов с дакриoadенитом был относительно благоприятным. В исходе заболевания чаще всего встречались умеренный экзофтальм 1–3 мм (65,4%, 17/26), ограничение подвижности глазного яблока (19,2%, 5/26), косоглазие в первичном положении зрения (7,7%, 2/26). Данные о пациентах с миозитом в рамках ГПА ограничены. В нашем исследовании было всего 3 пациента с морфологически подтвержденным миозитом в рамках ГПА. В активную фазу воспаления отмечались следующие клинические проявления: незначительный периорбитальный отек, экзофтальм, косоглазие, мучительное бинокулярное двоение, выраженное ограничение подвижности глаза. В стадии ремиссии орбитального воспаления у всех трех пациентов сохранялся экзофтальм и косоглазие. **Вывод.** В стадию активного воспаления при ГПА с поражением орбиты отмечаются выраженные косметически значимые изменения со стороны глаза и периорбитальных тканей. Эти изменения частично регрессируют по мере стихания воспалительного процесса, однако в исходе заболевания часто требуются хирургические вмешательства для коррекции последствий орбитального воспаления.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В РАМКАХ ФЕМИНИЗАЦИИ ЛИЦА

Истранов А.Л., Исакова Ю.И., Плотникова М.В.,
Мхитарян О.А., Ибрегимова М.Р., Любченко А.В.

*Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
Москва*

Введение. В последнее время внимание научного сообщества все больше обращает на себя трансгендерная хирургия. Актуальность данного направления объясняется увеличением числа лиц, нуждающихся в операциях по подтверждению пола. Выделяют несколько этапов хирургической трансформации трансгендерных лиц.¹ Это коррекция урогенитальной области, феминизация/маскулинизация лица и тела. Суммарное количество операций может достигать до 10. В своей практике мы используем индивидуальный подход к каждому пациенту и, по возможности, стараемся минимизировать операционные риски. В связи с чем мы часто проводим симультанные операции, зачастую придерживаясь принципа анатомического соседства. Данный подход способствует более быстрой адаптации пациентов в социуме, благоприятно сказывается на физическом и психологическом здоровье пациентов, а также минимизирует их финансовые затраты.

Основная часть. Нами был проведен ряд клинический наблюдений, направленных на отработку оптимальных методик выполнения сочетанных операций на лице. Все наблюдения проводились на базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в отделении реконструктивной и пластической хирургии Клинической больницы №1 в период с 2017 по 2020 год. Возраст пациентов варьировал от 20 до 38 лет. Все пациенты имели справки с подтвержденным диагнозом Транссексуализм ядерного типа и принимали заместительную гормональную терапию, которую мы отменяли за 4 недели до операции, с целью предотвращения возможных осложнений. Как правило, большинство пациентов были нативными, ранее никакого хирургического вмешательства им не выполнялось. Все операции направленные на эстетическую коррекцию шейно-лицевой области с целью подтверждения пола, объединяют в группу феминизирующих операций лица и шеи. В данную группу операций входят фронтопластика, ринопластика, менто-мандибулопластика, хейлопластика, хондроларингопластика.² В пластической хирургии лицо принято условно разделять на верхнюю, среднюю и нижнюю трети. При выполнении феминизирующих операций лица и шеи, мы придерживаемся тех же принципов. Частота выполнения коррекции этих зон отличается. Так, например запрос на коррекцию верхней и нижней трети встречается чаще, нежели средней.³ Это связано с признаками анатомического развития лобной и челюстно-подбородочной области по мужскому типу, т.е. с наличием более массивных, выраженных анатомических структур.⁴ А также области передней поверхности шеи, поскольку к моменту перехода в женский пол, у данной группы пациентов имеется уже сформированный под действием гормонов кадык (Адамово яблоко).⁵ Мы выполняем весь комплекс феминизирующих операций или различные комбинации данных операций, необходимые каждому отдельному пациенту, в течение одного наркозного времени. Как правило, продолжительность операции

составляет от 1,5 до 5 часов. В послеоперационном периоде пациентам проводится консервативное лечение и ежедневные перевязки послеоперационных ран. Нахождение пациентов в стационаре составляет примерно 3 суток. Вывод. В результате такого комплексного подхода к лечению, пациентам не нужно часто отменять гормонотерапию, что является важным фактором, а также получение консервативного лечения, количество койко-дней и продолжительность реабилитационного периода существенно уменьшаются. Данный подход хорошо себя зарекомендовал и давно используется в классической хирургии. Однако при лечении пациентов с гендерной дисфорией наличие перечисленных преимуществ особенно актуально, поскольку все эти факторы напрямую влияют на их психо-социальную адаптацию.

ДВУХПЛОСКОСТНОЙ ЛИФТИНГ БРОВЕЙ, КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ УСПЕШНОЙ ПЕРИОРБИТОПЛАСТИКИ

Казанцев И.Б.

*Сибирский государственный медицинский университет,
Частная клиника № 1, Томск*

Введение. Современная блефаропластика рассматривает веко как эстетическую единицу, связанную с прилегающими анатомическими областями. Исходя из этого тезиса, омолаживающие операции на периорбитальной зоне, для достижения персонального оптимального результата, должны носить комбинированный характер. Наиболее частой симультанной операцией при хирургической коррекции верхнего века является подтяжка хвоста или тела брови. Существует довольно много надежных и отработанных методик, направленных на лифтинг комплекса брови, из которых наиболее популярны: височный поднадкостничный лифтинг, латеральный лифтинг бровей, подтяжка их прямым иссечением кожи над бровью, трансблефаропластическая подтяжка с использованием шовных методик, а также запатентованных биодеградируемых имплантов, различные виды нитевых подтяжек. Однако многие из перечисленных методов имеют свои недостатки. Так при поднадкостничной подтяжке и латеральном лифтинге бровей предпочтительна широкая отслойка для придания мобильности комплекса, что возможно при общей анестезии, а степень лифтинга бровей, контроль и прогноз результата напрямую зависят только от опыта хирурга. Трансблефаропластическая подтяжка бровей выполняема только при иссечении мягких тканей верхнего века, т.е. при выполнении верхней блефаропластики, что иногда не требуется, как например при «пустом» верхнем веке и коррекции данного состояния липофилингом. Использование биодеградируемых устройств обуславливает наличие специального оборудования для их фиксации к костям лицевого скелета, а также дополнительные затраты пациента на их приобретение. Прямая резекция кожи над бровью оставляет хоть малозаметный, однако рубец на видимой части лица, а нитевые технологии ставят под сомнение длительность стабильного результата. Целью исследования стал анализ клинических результатов комбинированных операций на орбитальной и периорби-

тальной областях, основой которых являлся именно подтяжка бровей по методике двуплоскостного лифтинга по K.Ueberreiter.

Материалы и методы. Композитные операции по лифтингу бровей в совокупности с эстетической верхней блефаропластикой, были выполнены 30 пациентам возрастом от 39 до 70 лет, у которых отмечали птоз хвостов бровей. Операцию проводили под тотальной внутривенной анестезией в совокупности с инфильтрацией тканей растворами местных анестетиков с адреналином. Длительность этапа операции по лифтингу бровей составила от 10 до 17 минут. Выполняли иссечение кожи и поверхностной фасции в виде песочных часов на линии роста волос по вектору подъема бровей, затем проводили отслойку в направлении к хвосту бровей на протяжении 1,2–1,5 см, затем острым путем рассекали поверхностную фасцию скальпелем №15 и проникали под кожу. Ножницами проводили отслойку кожи до хвоста брови, после чего нитью вторека 3/0 выполняли фиксацию одного из краев разреза к глубокой фасции, добиваясь при этом лифтинга необходимой точки брови. На линии роста волос получали Z-образный рубец, где длина его основной части соответствовала высоте подъема хвоста брови.

Результаты. Особенностью данного метода является контролируемый результат операции, подтяжка наиболее часто птозированного латерального компонента брови, что изменяет его положение, а также корректирует избыток мягких тканей латерального края верхнего века при блефаропластике или липофиллинге верхнего века. Стоит отметить, что около 80% пациентов, обращающихся по поводу верхней блефаропластики, имеют птоз хвостов бровей, сопряженный с асимметрией. Данный вид оперативной коррекции показал прогнозируемость, стабильность (наблюдение пациенток в течение года после операции), безопасность (отсутствие повреждений лобной ветви лицевого нерва, гематом в послеоперационном периоде), а также эстетически корректный малозаметный Z-образный рубец на границе линии роста волос, у всех пациенток. А в совокупности с эстетическими операциями на верхнем веке, общий омолаживающий результат приносит большую степень удовлетворенности пациенток.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ СЛАБОСТИ

Калиматова Д.М., Доброхотова Ю.Э.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, Москва

Актуальность. Вульвовагинальную слабость относят к начальным проявлениям несостоятельности тазового дна. В последние годы появляются сообщения о применении аппаратных методов лечения этой патологии, основанные на локальном воздействии различных видов энергии. Предложено применение радиочастотных (РЧ) аппаратов, в основе механизма лечебного эффекта такого подхода лежит воздействие фокусированного пучка электромагнитных волн, в результате которого тепловая энергия сти-

мулирует регенераторные процессы в подлежащих слоях соединительной ткани стенок влагалища. Энергия РЧ-излучения нагревает соединительную в этой анатомической области, вызывает стимуляцию фибробластов, стимулирует процессы образования коллагена и эластина, что способствует восстановлению прочности и эластичности стенок влагалища, улучшению состояния его слизистой оболочки. Продемонстрирована терапевтическую эффективность РЧ-устройств, применяемых для омоложения ряда областей кожи (лица и шеи), тогда как сообщения об использовании этого подхода для лечения вульвовагинальной слабости у женщин репродуктивного возраста единичны и не систематизированы.

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности лечения вульвовагинальной слабости с помощью метода неаблятивного радиочастотного (РЧ) воздействия. **Материалы и методы.** В исследование было включено 79 пациенток репродуктивного возраста (от 35 до 42 лет) с диагнозом пролапс гениталий 2 и 3 степени, которые были рандомизированы в 2 группы. 47 пациенткам основной группы (группа 1) была четырехкратно проведена процедура непрерывного РЧ-воздействия на внутренние половые органы с интервалом в 7 дней. Группу 2 (сравнения) составили 32 пациентки, которым с целью коррекции вульвовагинальной слабости проводился курс упражнений Кегеля в течение месяца. Лечение пациенток группы 1 осуществлялось с использованием биполярного радиочастотного аппарата InMode MD Ltd. (Лейк Форест, Калифорния), при этом применялись две ручные насадки: Forma V (обеспечивает возможность непрерывного РЧ-воздействия на влагалище и внешние половые органы) и Fractora V (обеспечивает импульсное РЧ-воздействие на область внешних половых органов). Состояние тазового дна оценивали с помощью анкеты для опроса женщин с заболеваниями диафрагмы таза Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7). Также изучали степень стрессового недержания мочи с помощью опросника ICIQ-UI SF. Проводили также опрос пациенток на предмет субъективной оценки ими результатов проведенного лечения. Изучали динамику показателей опросников путем сравнения значений до начала лечения, через 1 и 2 месяца после его проведения. В ходе оценки безопасности и переносимости проводимого лечения оценивали частоту и выраженность нежелательных явлений в процессе всего срока наблюдения за пациентками, а также путем опроса пациенток об их ощущениях сразу после лечения и во время последующих визитов.

Результаты. У пациенток основной группы на фоне РЧ-терапии не было зарегистрировано случаев ожога в области воздействия, боли и/или дискомфорта, а также нарушений менструального цикла. Субъективное улучшение состояния было отмечено 42 (89,4%) пациентками основной группы и 20 пациентками (62,5%) группы сравнения. Установлено, что у пациенток основной группы через 1 и 2 мес. наблюдалась более выраженная динамика исследуемых показателей: снижение частоты проявлений и выраженности вагинальных симптомов, улучшение по показателю оценки состояния диафрагмы таза (PFIQ-7), а также по Опроснику Международного совещания по вопросам инконтиненции ICIQ-UI SF.

Заключение. Применение РЧ-терапии является клинически эффективным методом лечения вульвовагинальной слабости, способствует более выраженному, чем при ис-

пользовании стандартных методов лечения, устранению влагалищных симптомов, недержания мочи, пролапса гениталий, чему способствует улучшение состояния диафрагмы таза. Метод хорошо переносим и характеризуется высокой безопасностью применения у женщин репродуктивного возраста с проявлениями вульвовагинальной слабости.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУРЫ КАПСУЛЫ ИМПЛАНТОВ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Карпетян Г.Э., Ратушный Н.А., Пахомова Р.А.

Красноярский государственный медицинский университет, Красноярск

Несмотря на многочисленные экспериментальные и клинические исследования многие аспекты этой проблемы не выяснены и не решены.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения и профилактики контрактуры капсулы молочных желез при эндопротезировании в зависимости от органомерических и топомерических параметров.

Задачи исследования 1. Выявить конституционально-анатомические особенности органомерических и топомерических параметров молочных желез и встречаемость их форм у женщин первого и второго периода зрелого возраста. 2. Изучить морфологические особенности формирования фиброзной капсулы при имплантации силиконового импланта в модели на экспериментальных животных. 3. Изучить целесообразность и эффективность применения озонотерапии для профилактики формирования перимплантатной фиброзной капсулы в эксперименте. 4. Оценить клиническую эффективность применения метода озонотерапии в лечении и профилактике контрактуры капсулы при эндопротезировании.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 103 женщины в возрасте от 21 до 55 лет, обратившиеся в клинику пластической хирургии с целью оценки возможности проведения аугментационной маммопластики. Всем женщинам было проведено измерение длины тела (см), массы тела (кг) и поперечного диаметра грудной клетки с последующим вычислением индекса массы тела (ИМТ) и соматотипированием по методике W. Rees – H. Eysenk с выделением трех соматических типов – астенического, нормостенического и пикнического. Органометрия и топометрия молочных желез проводилась по системе Body Logic. После измерения диаметра и степени выпячивания ареолы вычисляли индекс Норвуда (IN), по формуле $IN = \frac{\text{выпячивание ареолы}}{\text{диаметр ареолы}}$. На основании величины IN устанавливали или исключали тубулярную деформацию молочной железы. Тубулярная деформация устанавливалась в случае величины индекса от 0,41 до 0,66. Экспериментальные исследования выполнены на 30 самках кроликов породы Шиншилла. Были выделены три группы по 10 животных в каждой. Группу № 1 (контроль) составили животные, которым были имплантированы силиконовые имплантаты. Животным группы № 2 устанавливали силиконовый имплантат с коллаген-хитозановым комплексом. В группу № 3 вошли экспериментальные животные, которым устанавливали силиконовый имплантат, помещенный в предварительно обработанное

ложе протеза озono-кислородной смесью, барботированной в физиологическом растворе. Конечный срок наблюдения за формированием фиброзной капсулы у животных составил 8 недель.

Результаты. По органомерическим и топомерическим характеристикам молочных желез женщины астенического соматотипа характеризуются малыми размерами ареолы (3,5 см вертикальный и 3,4 см горизонтальный), малым расстоянием от середины ключицы до соска (16,9 см справа и 17 см слева) и наименьшими значениями всех параметров грудной клетки. Нормостенический соматотип ассоциирован с крупными размерами кожно-подкожно-жировых латеральных полюсов молочной железы (4,6 см слева и 4,8 см справа) и наименьшим расстоянием от яремной вырезки до соска (17,3 слева и 17 см справа). Значимо больше межмамарное расстояние (3,2 см), меньший поперечный размер основания молочных желез (12,7 см) характерен для женщин пикнического соматотипа. Женщины пикнического соматотипа характеризуются высокими значениями индекса Норвуда 0,44 [0,24; 0,57]; $p=0,023$ и, следовательно, более частыми случаями выявления тубулярной формы молочной железы. Наименьшие значения индекса Норвуда (0,31 [0,24; 0,36] у нормостеников и 0,27 [0,24; 0,36] у астеников) и редкие случаи выявления тубулярной молочной железы констатируются у женщин нормостенического соматотипа (по данным наименьшее у астеников). Основными морфологическими элементами модельной контрактуры капсулы индуцируемой экзогенным коллаген-хитозановым комплексом являются: дезориентация, хаотичность, отсутствие характерной фибриллярности коллагеновых волокон в наружном слое капсулы, его интенсивная лимфоцитарная инфильтрация и распространенный гиалиноз соединительной ткани.

Вывод. Метод предварительной обработки ложа протеза физиологическим озонированным раствором способствует снижению интенсивности периимплантного фиброзного процесса и предотвращает образование контрактуры капсулы импланта.

МЕЗОТЕРАПИЯ СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ КЛЕТочНОЙ ФРАКЦИЕЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ОМОЛАЖИВАЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА: ОЦЕНКА ПЕРВЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Карпюк Д.В., Гилевич И.В., Хачмамук З.А., Карпюк В.Б.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского, Клиника «Шале Сантэ», Краснодар

Клеточная терапия считается наиболее прогрессивным методом омоложения кожи лица, так как ближе всего по воздействию на причины возрастных изменений. Получаемая из жира, стромально-васкулярная фракция жировой ткани (далее СВФ-ЖТ) является одним из наиболее востребованных клеточных продуктов в современной регенеративной медицине. В доступных исследованиях представлены положительные эффекты мезотерапии СВФ-ЖТ на качество кожи. Однако результаты работ часто носят описательный характер, и испытывается определенный недостаток объ-

ективных данных, верифицирующих преимущества метода. Цель исследования: предоставить объективные данные об эффективности мезотерапии СВФ-ЖТ как отдельной процедуры и в комплексе мероприятий по коррекции возрастных изменений лица.

Материалы и методы. В исследовании на данный момент приняли участие 26 женщин в возрасте от 36 до 68 лет. Процедура мезотерапии СВФ-ЖТ была выполнена 14 пациенткам: у 8-ми из них в конце комплексной омолаживающей операции на лице (эндоскопический лобно-височный лифтинг, подтяжка щек и шеи, медиальная платизмопластика, лифтинг средней зоны лица, круговая подтяжка лица, липофилинг лица и их комбинации); у остальных 6-ти пациенток как самостоятельная процедура. Контрольную группу составили 12 пациенток, которым проводились омолаживающие операции без использования мезотерапии СВФ-ЖТ. Психометрический анализ удовлетворенности пациентов результатом операции проводился с использованием русифицированного варианта FACE-Q (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, США). Использовались анкеты: «Удовлетворенность общим видом лица» (УОВЛ), «Оценка морщин» (ОМ) и «Удовлетворенность качеством кожи лица» (УККЛ). Анализ эффективности лечения проводили путем сравнения до- и послеоперационных показателей, а также сопоставляя показатели из разных групп. Проводился сравнительный анализ фотографий, полученных в стандартизованных условиях до и в контрольные сроки после операции. В группе, где проводилась только мезотерапия СВФ-ЖТ, с помощью программно-аппаратного комплекса Antera 3D (Miravex, Ирландия) осуществляли трехмерную визуализацию поверхности кожи и анализировали глубину морщин, текстуру кожи, общий уровень и распределение в коже меланина и гемоглобина.

Результаты. Через 6 месяцев у всех пациентов зарегистрирован прирост показателей удовлетворенности внешним видом своего лица относительно исходного уровня. Наиболее значительные изменения отмечены у пациентов, перенесших омолаживающую операцию с включением мезотерапии СВФ-ЖТ: показатели УОВЛ и УККЛ возросли в среднем на 55 и 50 баллов соответственно. Морщины стали меньше беспокоить: показатель ОМ снизился в среднем на 24 балла. У пациентов после отдельной процедуры мезотерапии СВФ-ЖТ динамика показателей УОВЛ, УККЛ и ОЦ была так же положительной, но не столь значительной: в среднем – плюс 20; плюс 35 и минус 5 баллов к исходным значениям соответственно. В группе прооперированных без дополнительной клеточной терапии возросли показатели УОВЛ и УККЛ: в среднем на 38 и 19 баллов соответственно. Показатель ОМ снизился в среднем на 19 баллов. По данным аппаратного сканирования поверхности кожи через 6 месяцев после мезотерапии СВФ-ЖТ уменьшился индекс углубления мелких морщин (в среднем на 7%). Отмечается улучшение текстуры кожи со снижением шероховатости тестируемых участков в среднем на 5%. Насыщение исследуемых участков гемоглобином оставалось без изменений или изменялось незначительно. Общий уровень меланина в коже возрастал на 2–4%; распределение пигмента становилось более равномерным (индекс отклонения снижался в среднем на 4%).

Выводы. Результаты исследования демонстрируют возросшую удовлетворенность пациентов исходом хирургиче-

ческой коррекции возрастных изменений лица при включении в комплекс мезотерапии СВФ-ЖТ. Эффективность мезотерапии СВФ-ЖТ подтверждается объективными данными оценки микрорельефа кожи.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К УСТРАНЕНИЮ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

Карякина И.А., Базина И.Г.

*Морозовская детская городская клиническая больница,
Москва*

Выступление с докладом. Резюме. Представлены результаты хирургического лечения 39 больных с дефектами и деформациями мягких тканей лица, из них 19 больных это дети и подростки от 2 до 18 лет. Дефекты верхней трети лица отмечены в 19 случаях, средней трети – в 10 случаях и нижней трети лица также в 10 случаях. Иссечение рубцов с мобилизацией краев ран и последующим сшиванием их краев по типу «конец в конец» использована в 7 случаях, взаимное перемещение тканей в виде фигурных лоскутов в 12 случаях, устранение дефектов и деформаций путем перемещения тканей по принципу «скольжения» («V-Y» техника) в 11 случаях, восполнение дефектов сложными многослойными лоскутами на питающей ножке из прилежащих тканей в 9 случаях. Особое внимание уделено дифференцированному подходу к устранению дефектов и деформаций мягких тканей лица.

Актуальность. Восстановительная хирургия мягких тканей лица является одним из сложных разделов хирургических дисциплин. В ее задачи входит восстановление формы и функции отдельных органов, утраченных или поврежденных в результате заболеваний или травм. Разнообразие хирургических техник используемых для устранения дефектов и деформаций мягких тканей лица зависит от их распространенности и от состояния окружающих и прилежащих тканей.

Цель. Предметом исследования явилась разработка дифференцированного подхода к лечению больных с дефектами и деформациями мягких тканей лица, основанный на концепции разделения лица на эстетические единицы и субъединицы.

Материал и методы. Проведено хирургическое лечение 19 детей и подростков в возрасте от 2 до 18 лет и 20 больных в возрасте от 19 до 79 лет. Диагноз основывался на жалобах больных или их родителей, а также данных осмотра. Всем больным проводилось общее клиническое обследование. Фотографирование проводилось до и после операции через 6, 12 месяцев в положении фас, профиль и сзади. В 20 случаях повреждения мягких тканей лица были после ранее проведенных операций, в 12 случаях дефекты устранены одномоментно после удаления новообразования мягких тканей лица. Дефекты после травмы мягких тканей лица отмечены в 7 случаях.

Результаты. Тактика лечения больных строилась в зависимости от локализации дефекта. Для удобства в реконструктивной хирургии условно принято выделять эстетические единицы и субъединицы лица с учетом толщины, цвета, эластичности кожи и контуров подлежащих структур. Для

планирования операции проводилась оценка размера, локализации дефекта по отношению к поврежденным субъединицам. Эффективнее устранены дефекты и деформации мягких тканей лица при использовании тканей в пределах одной единицы, что обеспечило оптимальное соответствие цвета, толщины и текстуры замещенных тканей. Обязательное предварительное планирование, включающее четыре основные позиции, помогает в выборе технологии и позволяет избежать выраженной асимметрии лица. Первое – это неподвижные структуры (граница роста волос, носогубные складки, скат носа и т.д.), которые нельзя искажать или подвергать натяжению. Второе – это область вовлечения мягких тканей вокруг дефекта, которые должны иметь достаточную растяжимость и мобилизацию по направлению к дефекту. Третье – это линии релаксации натянутой кожи (кожные складки, линии максимальной растяжимости) и эстетические единицы, которые представляют собой воображаемые линии, незаметно принимающие кожные разрезы и следующие за ним рубцы. И четвертое – это послеоперационный рубец, который возникает после работы с местными или региональными лоскутами и который всегда необходимо учитывать. Данный алгоритм анализа дефекта или деформации позволяет выбрать оптимальный для реконструкции способ с наименьшими функциональными проблемами и нежелательными рубцовыми деформациями после операции.

Выводы. Местные и региональные кожные лоскуты продолжают оставаться важным инструментом челюстно-лицевого и пластического хирурга. Несмотря на то что такие методики применяются много лет, искусство и наука перемещения местных тканей для устранения деформаций и дефектов лица продолжают развиваться и совершенствоваться. Понимание механизмов заживления ран, особенностей векторного направления лоскутов, эстетических границ и техники выкраивания самого лоскута позволяет устранять большинство кожных дефектов лица с надежным и благоприятным функциональным и эстетическим результатом.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ ВЕРХНИХ ВЕК

Качкинбаев И.К.

Кафедра Челюстно-лицевой хирургии, Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева

Хирургическое изменение формы верхних век в настоящее время является наиболее часто выполняемой эстетической операцией в Средней Азии.

Операция на азиатских веках сходна с операцией на веках других этнических групп, но существуют важные анатомические и хирургические отличия.

В период с 2002 г. мною было произведено более 3000 операций «европеизации» верхних век. За этот период изучены анатомические особенности европейских и азиатских век.

Разработана и предлагается новая прикладная классификация азиатских век. Анатомические различия и разнообразия азиатских век распределены по сагиттальному срезу и определяют вид применимой операции. Разработан алгоритм, который включает в себя этапы от предопе-

рационной консультации до послеоперационного ведения пациентов.

Консультация. Понять ожидание пациента, определить показания и противопоказания. Показать ожидаемый результат, имитируя предполагаемую складку. Предоперационная разметка, которая тоже имеет свои особенности и правила. Обезболивание. Местное, раствор лидокаина с адреналином. Анестетик вводится подкожно в небольшом количестве до 2 мл. Послойное иссечение тканей – кожа, круговая мышца глаза, орбитальная перегородка. Адекватное иссечение орбитального жира. Производится удаление видимого жира из центрального и латерального отделений ретросептального пространства, так чтобы была полностью обнажена область, соответствующая апоневрозу мышцы, поднимающей веко. Симметричное наложение внутренних фиксирующих складку мышечно-апоневротических швов, адекватное растяжение претарзальной порции кожи с разворотом ресниц. Сшивание кожи. Непрерывный внутрикожный шов. Дренажирование ретросептальной зоны как обязательная процедура. Полное восстановление после операции происходит в течение 1–2 месяцев.

ЭТИОЛОГИЯ БРЫЛЕЙ, КОРРЕКЦИЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

Качкинбаев И.К.

Кафедра Челюстно-лицевой хирургии, Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева

Как правило, в ответ на вопрос хирурга «чего вы ожидаете и желаете исправить?» пациенты показывают легкое перемещение тканей щек, которое приводит к перемещению брылей назад и их визуальному устранению.

Брыли в ряду первых проявлений возрастных изменений лица. Коррекция нижней трети лица является самой часто запрашиваемой операцией в практике пластического хирурга, занимающегося пластикой лица. Зачастую врачи в своем анализе не углубляются в причины возникновения брылей. Оговаривается лишь их наличие, оценивается выраженность и план операции (все возможные принятые варианты коррекции нижней зоны лица).

В своей презентации представляю этиологию появления брылей.

Рассмотрим взаимоотношения двух мышц: *m.platysma* и *m.risorius*. *M.platysma* с одной стороны плотно фиксирована к ключице и грудице, с другой от ушной раковины (к пред-ушной фасции, имеющей жесткую фиксацию, далее к *m. risorius* и ниже к мышцам угла рта и переднему краю подбородочной кости). Все просто: поверхностная мышца шеи, которая признана атавизмом, обтягивает шею и нижнюю челюсть и формирует контур нижней трети лица. Рассматривая анатомию, отлично представленную Мендельсоном, и изучая анатомию нижнего пространства, надо принять, что нижнее пространство является производным брылей.

Часто описывают причины появления брылей, такие как гравитация, воздействие ультрафиолета на кожу и т.д. Но брыли встречаются не только у людей с «тяжелым» лицом, наполненным жировыми компартментами.

Так почему же основной признак возрастных изменений локализован именно в зоне брылей, а не в пред-ушной и зоне угла нижней челюсти? Проанализировав более 255 (250 операций проведено под местной анестезией) прооперированных мной пациентов, я назвал *m. risorius* «предателем». Потому что именно в проекции ниже линии залегания мышцы проецируется верхняя граница подвижного *спасе* и ширина брыли соответствует длине *m. risorius*. Мышца смеха не имеет костной фиксации в отличие от других мышц лица. С одной стороны она фиксируется к мышцам угла рта, с другой – к переднему краю пред-ушной фасции. Потолок нижнего *спасе* фиксируется к *m. risorius*, как тяжелое белье на прохудившейся бельевой веревке. Подтверждение тому – отсутствие какого-либо провисания *m. platysma* в области фиксации к пред-ушной фасции или в зоне фиксации к переднему углу нижней челюсти. До определенного возраста расслабление и провисание *m. risorius* компенсированное.

В момент небольшого напряжения (улыбки) брыли лизируются. Декомпенсированной улыбка считается, когда даже при достаточно сильном напряжении *m. risorius* брыли остаются видимыми. В своей практике для документирования предоперационного состояния лица и послеоперационной оценки результата я использую индекс подвижности щеки. Индекс измеряется в сантиметрах от двух неподвижных точек на лице по прямой линии, проведенной перпендикулярно линии, проходящей от переднего края наружного слухового прохода до переднего края нижней челюсти по схеме.

Так же в докладе представлено отношение к *m. platysma* как к противоборствующей силе долгосрочного результата коррекции нижней трети лица.

АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА ЖЕНСКОЙ КРАСОТЫ В ОБЩЕСТВЕ

Каширина Е.П., Комаров Р.Н., Вычужанин Д.В., Горбунов А.С.
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва

Цель. Определить значение женской красоты в обществе. Задачи: -Проанализировать феномен женской красоты. -Определить уровень значимости женской красоты в обществе. -Оценить влияние средств массовой информации на формирование гендерного стереотипа.

Материалы и методы: анализ философских и психологических трудов, художественной литературы, русскоязычных и англоязычных рекламных сообщений на телевидении, в печатных и интернет-изданиях.

Результаты. Интерес людей к собственной внешности можно наблюдать с давних времен. В каждом человеке имеется потребность быть привлекательным в глазах других. Большую значимость в обществе всегда имела женская красота. Она была объектом восхищений и постоянных обсуждений. Красоту женщин воспевали многие поэты, о ней рассуждали философы (Платон, Аристотель, Пифагор, Фома Аквинский, Гераклит, Спиноза, Вольтер, Декарт и др.), пели песни, слагали легенды. Параметры и характеристики «красивой женщины»

менялись в зависимости от времени, социальных групп. Понятие «красота» отличалось также у разных наций и народов, однако, общечеловеческий смысл и феномен красоты оставался постоянным. Чарльз Дарвин одним из первых в своих исследованиях сообщил о «стандартах красоты» и выделил ее биологический фактор, считая, что физическая красота женщины — это отражение здоровья и идеального функционирования внутренних органов и организма в целом. «Женщина – источник жизни», – отмечал Микеланджело. В современном мире искусственно создаваемые «идеалы» женской красоты не имеют общего с биологическим фактором, а связаны, прежде всего, с колебаниями моды. Феномен красоты обретает новые смыслы, имеется тенденция к восприятию социального статуса женщины через призму ее физических характеристик и соответствия ее общепризнанным «стандартам красоты». Красота становится фактором социального продвижения и реализации женщины. Акцент на физические характеристики способствует тому, что у женщин повышается обеспокоенность внешним видом, и они постоянно стремятся к его совершенствованию. Е. Наiken в своем труде приводит цитату из американской газеты с рекламой услуг эстетической хирургии еще в 1946 году: «Некрасивой женщине жизнь может показаться бесконечной чередой разочарований и страданий, пока она не решится на пластическую операцию». Мы являемся свидетелями индустриализации красоты, подчинения ее законам рынка, появления новых видов профессиональной деятельности. Согласно ВОЗ, здоровье – это не только отсутствие болезней и физических дефектов, а также состояние полного физического, душевного и социального благополучия. Физические характеристики серьезно влияют на самооценку человека. Переживания по поводу внешности являются важнейшим фактором, определяющим становление личности индивида, а в последующем — его функционирование. Внимание акцентируется на различные физические элементы: лицо, тело, кожа, но особое внимание всегда привлекала женская грудь. «Мужчины смотрят на грудь так, как женщины смотрят на детишек: «О, какая прелесть!» – это слова ирландского писателя и актёра Дилана Морана. Согласно многочисленным социологическим опросам, женская грудь является мощным рычагом воздействия на противоположный пол. А как говорила Коко Шанель (известный французский модельер): «Руки – визитная карточка девушки. Шея – ее паспорт. Грудь – загранпаспорт!» Красивая женская грудь – важный фактор восприятия себя для женщины. Средства массовой информации способствуют формированию гендерного стереотипа в обществе. В проанализированных печатных и интернет-изданиях женщина представлена молодой привлекательной и сексуальной. Формируется представление о том, каким внешним обликом необходимо обладать женщине, чтобы быть успешной и счастливой в жизни. Выводы. Понятие «женская красота» во все времена занимало важную позицию в обществе. Социальный статус женщины воспринимается через призму ее внешних характеристик. Средства массовой информации тиражируют и культивируют образ молодой привлекательной и сексуальной женщины, что усиливает озабоченность женщины своим внешним видом.

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ
ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВЫХ
ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ
АКСИАЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ**

Каюмходжаев А.А., Халмуратова М.К.

*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент,
Узбекистан*

Цель исследования: провести анализ результатов пластики послеожоговых рубцовых дефектов головы и шеи аксиальными лоскутами в сравнительном аспекте.

Материал и методы. Исследование проведено в ГУ «РС-НПМЦХ им. акад. В.Вахидова». Результаты внедрения предложенных тактико-технических аспектов пластики рубцовых послеожоговых дефектов головы и шеи аксиальными лоскутами оценены в двух группах. В целом мы располагаем опытом лечения 73 таких пациентов. В качестве лоскутов применены дельто-пекторальный аксиальный лоскут (ДПЛ), височно-темпоральный лоскут (ВТЛ) и эполетные лоскуты (ЭЛ). Предложенные совершенствования некоторых технических аспектов пластики оценены в основной группе – 41 больной, которым произведена пластика 46 лоскутами (у 5 применено по 2 лоскута одновременно). В группу сравнения включено 32 больных, оперированных по стандартным методикам пластики аксиальными лоскутами на питающей ножке. Каждый вид лоскута включал определенное число этапов пластики, в частности, если для ЭЛ и ВТЛ требовалось проведение двух этапов, то для ДПЛ необходимо три этапа за счет включения этапа формирования стебля. В целом, в группе сравнения ДПЛ применен у 12 (37,5%) больных, ВТЛ у 7 (21,9%) и ЭЛ, в основной группе у 37,0% (17 пациентов), 23,9% (11 больных) и 39,1% (18 пациентов) соответственно. Во всех возрастных группах преобладали женщины – 55,6% в основной группе, и 58,8% – в группе сравнения. Необходимо отметить, что большинство больных находились в возрасте 20–44 лет – 44,4% и в возрасте 45–59 лет – 28,6%. При распределении больных по зонам и характеру дефекта в группе сравнения преобладали средние дефекты (50–120см²) верхней зоны лица и шеи в равных количествах.

Результаты. В области головы пластика дельто-пекторальным лоскутом дала хорошие результаты в сравнительной группе (41,7%), а также в основной – 66,7%. Пластика височно-париетальным лоскутом показала хорошие результаты в обеих группах: в основной группе – 81,8%, в группе сравнения – 71,4%. Хороший функциональный результат при дефектах шеи был у 38,5% пациентов в сравнительной группе, а в основной – 61,1%.

Данные по эстетическим результатам с учетом вида лоскута показали, что при дефектах головы пластика ДПЛ показала хорошие результаты у 53,3% пациентов в основной группе, но в группе сравнения были чуть ниже – 33,3%. Пластика височно-париетальным лоскутом в области головы реализована в основной группе в 72,7% случаев и в сравнительной – 42,9%. При дефектах шеи, хорошие функциональные результаты, при пластике ЭЛ были у 30,8% больных сравнительной группы, и у 50,0% основной группы.

Результаты пластики аксиальными лоскутами в зависимости от локализации дефекта показали, что хороший функциональный результат дефекта головы был достигнут у 73,1% пациентов основной группы, а в группе сравнения у 52,6%. При дефектах шеи хорошие функциональные результаты наблюдались в 60,0% случаев в основной группе и в 38,5% – в группе сравнения. При дефектах головы в группе сравнения преобладал удовлетворительный эстетический результат (57,9%), а в основной группе хороший эстетический результат – 61,5%. В группе сравнения хороший эстетический результат после пластики шеи был у 30,8% больных, в основной группе – у 45,0%. Хороший функциональный результат отмечен у 46,9% пациентов в группе сравнения и у 67,4% пациентов в основной группе, удовлетворительный – у 43,8% в основной группе и у 32,6% в основной группе, неудовлетворительный результат также отмечен у 9,4% пациентов из группы сравнения и у пациентов из основной группы неудовлетворительных результатов не наблюдалось (0,0%) (p=0,044). Хороший эстетический результат сохранялся в группе сравнения в 34,4% случаев, в основной группе – 54,3%, удовлетворительный – в группе сравнения в 56,3%, в основной группе – 45,7%.

Частота развития специфических осложнений сокращена с 21,9% (в 7 случаях из 32 в группе сравнения) до 4,3% (p=0,018), снизить необходимость в выполнении корригирующих вмешательств после основных этапов пластики с 68,8% (в 22 случаях) до 41,3% (p=0,017), тем самым уменьшить общее число реконструктивных этапов пластики, а также улучшить отдаленные функциональные результаты с 46,9% (в 15 случаях) до 67,4% (p=0,044) и эстетические результаты с 34,4% (в 11 случаях) до 54,3% (p=0,042).

Заключение. Проведенные исследования позволили конкретизировать показания для пластики послеожоговых рубцовых дефектов области головы и шеи аксиальными лоскутами. В целом проведенный анализ показал, что применение предложенных методик улучшения васкуляризации и имплантации аксиальных лоскутов для пластики послеожоговых дефектов головы и шеи позволили сократить частоту развития специфических осложнений, снизить необходимость в выполнении корригирующих вмешательств после основных этапов пластики, тем самым уменьшить общее число реконструктивных этапов пластики, а также улучшить отдаленные функциональные и эстетические результаты.

**СВОДНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ
ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФЕКТОВ
ГОЛОВЫ И ШЕИ**

Каюмходжаев А.А., Халмуратова М.К.

*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент,
Узбекистан*

Цель исследования: провести сравнительный анализ сводных результатов пластики послеожоговых рубцовых дефектов головы и шеи.

Материал и методы. Исследование проведено в ГУ «РС-НПМЦХ им. акад. В.Вахидова». Представлен анализ всех

видов примененных реконструкций послеожоговых рубцовых дефектов головы и шеи, а именно пластику путем трансплантации лоскутов с наложением микрохирургических анастомозов и пластику аксиальными лоскутами на естественной сосудистой ножке. Всего в исследование включено 114 больных, которым выполнены указанные варианты пластики за период с 1995 по 2021 г. В группе сравнения – 51 пациент (1995–2008 гг.) и основную группу – 63 больных (2009–2021 гг.). Во всех возрастных группах преобладали женщины – 55,6% в основной группе, и 58,8% – в группе сравнения, тогда как мужчины составили: в основной группе – 44,4%, а в группе сравнения – 41,2%. Необходимо отметить, что большинство больных в основной группе в возрасте 20–44 лет – 44,4% и в возрасте 45–59 лет – 28,6%; в группе сравнения – пациенты 20–44 лет (45,1%) и 45–59 лет (29,4%). При распределении больных по зонам и характеру дефекта в группе сравнения преобладали средние дефекты (50–120 см²) верхней зоны лица и шеи в равных количествах (11,8%), в основной группе 11,1% поражений приходилось на верхнюю зону лица и 6,3% – на шею. Большие дефекты (>120 см²) шеи в группе сравнения составили 35,3%, в основной группе – 39,7%. У большей части пациентов встречалась срединно-боковая односторонняя послеожоговая рубцовая деформация.

Результаты. Наиболее часто встречаемыми осложнениями при дефекте головы и шеи в основной группе являются тромбоз микроанастомозов (4,1%), подлоскутное нагноение (4,1%), лоскуты с осложнениями (9,6%). В группе сравнения данные показатели значительно выше: тромбоз микроанастомозов – 17,6%, подлоскутное нагноение – 11,8%, лоскуты и больные с осложнениями 35,3% соответственно. К тому же в группе сравнения развивались краевой некроз лоскутов, расхождение швов (11,8%). Распределение доли осложненного послеоперационного течения по группам показало, что осложнения лоскутов в группе сравнения развивались у 35,3% пациентов, в основной группе – 9,6%, тогда как лоскуты без осложнений были у 64,7% пациентов группы сравнения и у 90,4% – основной группы. В 35,3% случаев у больных группы сравнения развивались осложнения, без осложнений было у 64,7% больных. В основной группе эти показатели составили 11,1% (с осложнениями) и 88,9% (без осложнений) соответственно. Рассмотрены данные о необходимости проведения корректирующих вмешательств. У 63,0% пациентов в группе сравнения после операции дефекта головы требовалось корректирующее вмешательство, а в основной группе – 40,0%. После коррекции дефектов шеи в сравнительной группе у 41,7% была проведена коррекция, в основной – 18,2% ($\chi^2 = 6,533$; $df=1$; $p=0,011$). Операция по реконструкции (некроз лоскута) в сравнительной группе проводилась у 9,8% пациентов, а в основной группе всего 1,4% пациентам потребовалось дополнительное вмешательство. Повторное вмешательство (1 этап) в группе сравнения проводилось у 13,7% пациентов, тогда как в основной группе корректирующие вмешательства потребовались только у 6,8%. Следует отметить, что в группе сравнения в 64,7% случаев повторная операция не потребовалась, а в основной группе этот показатель был намного лучше (90,4%).

С учетом того, что височно-темпоральные лоскуты применялись при поражении зоны бровей и век и не требовали

закрытия других смежных зон в структуре аксиальных лоскутов, сводные данные этого вида пластики приведены отдельно.

Операция микрохирургическими лоскутами, проводимая в 1 этап, применялась в сравнительной группе у 47,4% пациентов, а показатели основной группы были лучше (81,8%). Вмешательство в 2 этапа потребовалось в сравнительной группе 36,8% пациентам, а вмешательство в 3 этапа в сравнительной группе было проведено 15,6% пациентам. В основной группе показатель составил 9,1%, при операциях в 2 и 3 этапа. Аксиальные и дельтопекторальные, и эплетные лоскуты в 3 этапа проводились в сравнительной группе у 44,0% больных, а в основной – 57,6%. 3-х этапные аксиальные височные лоскуты использовались как в сравнительной группе (100%), так и в основной (100%).

Частота использования операций в несколько этапов сопоставлялась в исследуемых группах. Так, больше всего проводились операции в 3 этапа, а сравнительной группе у 41,2%, в основной у 46,0%. Пятиэтапные операции в сравнительной группе проводились у 5,9%, а для пациентов основной группы – не проводились (0,0%).

Следующим сравнительным анализом в исследуемых группах явилось сводное распределение больных по продолжительности всех госпитальных этапов и общей длительности всех этапов пластики. Хороший функциональный результат при дефектах головы показан как в сравнительной группе (51,9%), так и в основной (72,5%). Неудовлетворительный функциональный результат в основной группе отсутствует (0,0%). При дефектах шеи хорошие показатели наблюдались в сравнительной группе у 41,7% больных, а в основной – у 66,7%. Хороший функциональный результат при дефектах головы был предвзят в основной группе у 62,5%, а в сравнительной 33,3%. Наилучший эстетический результат при дефектах головы регистрировались среди пациентов основной группы – неудовлетворительные результаты отсутствовали (0,0%).

Сводные отдаленные результаты пластики были хорошими, в функциональном значении, в основной группе – в 69,9% случаев, в группе сравнения значительно ниже – 47,1%, удовлетворительными: в группе сравнения – 35,3%, а в основной группе – 28,8%. Неудовлетворительные результаты наблюдались в основной группе 1,4% случаев, в группе сравнения они составили – 17,6%. Эстетические показатели сводных отдаленных результатов пластики были хорошими, в основной группе – 57,5% случаев, в группе сравнения значительно ниже – 33,3%, удовлетворительными: в группе сравнения – 47,1%, в основной группе – 41,1%. Неудовлетворительные результаты составляли в основной группе 1,4% случаев, в группе сравнения – 17,6%.

Заключение. Совершенствование тактико-технических аспектов пластики послеожоговых дефектов головы и шеи различными вариантами аксиальных лоскутов позволило повысить долю неосложненного послеоперационного течения, сократить продолжительность госпитального периода для проведения всех этапов реконструкции, а также общей длительности всех этапов пластики и в целом обеспечило снижение частоты неудовлетворительных функциональных и эстетических результатов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ АКСИАЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ С МИКРОХИРУРГИЧЕСКИМИ АНАСТОМОЗАМИ И НА ЕСТЕСТВЕННОЙ ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ

Каюмходжаев А.А., Халмуратова М.К.

*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент,
Узбекистан*

Цель исследования: сравнить результаты пластики аксиальных лоскутов с микрохирургическими анастомозами и на естественной питающей ножке.

Материал и методы. Исследование проведено в ГУ «РС-НПМЦХ им. акад. В.Вахидова». Сравнению подвержены результаты лечения больных с последствиями обширных ожогов головы и шеи по усовершенствованным методикам применения аксиальных лоскутов в основной группе с учетом типа сосудистой ножки – с наложением микрохирургических анастомозов (основная группа, $n=27$) и на естественной питающей ножке (группа сравнения, $n=35$, торакодорзальный лоскут и эполетный лоскут).

Результаты. Хороший функциональный результат при дефектах головы показан как в сравнительной группе (71,4%), так и в основной (66,7%). Неудовлетворительный функциональный результат отсутствует и в основной группе (0,0%), и в группе сравнения (0,0%). При дефектах шеи хорошие показатели наблюдались в сравнительной группе у 76,9% больных, а в основной – у 60,0%. Хороший функциональный результат при дефектах головы был представлен в основной группе у 61,5%, а в сравнительной 45,0%. Наилучший эстетический результат при дефектах головы регистрировались среди пациентов основной группы – неудовлетворительные результаты отсутствовали (0,0%). Хорошие функциональные результаты были в группе сравнения в 74,1% случаев, в основной группе – 62,9%; удовлетворительными были в основной группе 37,1%, в группе сравнения – 22,2%. Неудовлетворительных результатов в основной группе не было, в группе сравнения этот фактор составил 3,7%. Эстетического эффекта хороших результатов было достигнуто: в группе сравнения – 63,0%, в основной группе – 48,6%; удовлетворительных: в основной группе – 51,4% в группе сравнения – 33,3%. Неудовлетворительных эстетических результатов в основной группе не было, в группе сравнения – наблюдалось в 3,7% случаев.

Сводное распределение больных по продолжительности всех госпитальных этапов и общей длительности всех этапов пластики отражено на диаграмме, где госпитальный период в основной группе составил 22,5, а в группе сравнения – 18,4, ($t=2,52$, $p<0,05$). Этапы всех видов реконструкции в основной группе составили 50,8, в группе сравнения – 27,6 ($t=3,40$, $p<0,001$).

Сводное распределение по числу всех этапов пластики (из расчета пересаженных лоскутов), как показано на диаграмме составило на 1-ом этапе: микрохирургические лоскуты – 85,2%, применения аксиальных лоскутов не было; на 2-ом этапе – 37,1% случаев применения аксиальных лоскутов, а микрохирургических – 7,4%; на 3-ем этапе: аксиальные лоскуты – 54,3%, микрохирургические – 7,4%; на 4-ом этапе: аксиальные лоскуты – 8,6%, микрохирургиче-

ских – не было. Так, применение микрохирургических лоскутов было в основном на 1-ом этапе, а аксиальных – 2–3-их этапах ($Df=3$, $p<0,001$, $\chi^2=47,589$).

Распределение пациентов по числу всех этапов пластики (из расчета оперированных больных): на 1-ом этапе – применение микрохирургических лоскутов было в 81,8% случаев, применения аксиальных лоскутов – нет; на 2-ом этапе – аксиальных лоскутов 33,3% случаев применения, а микрохирургических – 9,1%; на 3-ем этапе: аксиальные лоскуты – 57,6%, микрохирургические – 9,1%; на 4-ом этапе: аксиальные лоскуты – 9,1%, микрохирургических – не было. Так, применение микрохирургических лоскутов было в основном на 1-ом этапе, а аксиальных – 2–3-их этапах ($Df=3$, $p<0,001$, $\chi^2=40,409$).

Заключение. Основным недостатком аутоотрансплантации лоскутов на микрососудистых анастомозах является техническая сложность их выполнения, при этом, с другой стороны, к очевидным фактам преимущества этого типа пластики послеожоговых обширных дефектов головы и шеи относятся более высокая частота отдаленных хороших функциональных и эстетических результатов при использовании других вариантов аксиальных лоскутов, снижение числа необходимых этапов для реконструкции на больного, сокращение продолжительности госпитального периода и в целом общей длительности всех этапов пластики.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФИЦИТА ТКАНЕЙ КРЫЛА НОСА, СМЕЩЕННЫМ КОЖНЫМ И СВОБОДНО КОЖНОХРЯЩЕВЫМ ЛОСКУТОМ

Клименко К.В., Беляев М.В., Кугушев А.Ю.

*Многопрофильная хирургическая клиника ООО «Первая
хирургия», Москва*

Введение. Крылья носа являются парной анатомической структурой, состоящей из эластичной тонкой хрящевой пластины, покрыты с наружи кожным покровом, и изнутри слизистой оболочкой носовых ходов. В эстетической оценке большое значение имеет форма крыльев носа, их расположение и симметризация. Наличие дефицита тканей крыла носа образуется после травм и локального устранения опухолевидных образований. Восстановление локального дефицита утраченных тканей крыла носа является актуальной задачей для реконструктивного хирурга.

Цель. Необходимо восстановить целостность хрящевой пластины, кожного покрова, симметризовать латеральные ножки, их толщину, сформировать внутренний эпителиальный покров. Несмотря на отсутствие хрящевой ткани большой площади, многие авторы рекомендуют выполнять трансплантацию свободного кожнохрящевого лоскута в область дефицита крыла носа. Это позволяет придать естественность крылу носа, стабильность, избежать пролапса и послеоперационных деформаций. Данный способ позволяет смоделировать утраченный участок крыла носа. Для получения полноценного эстетического результата некоторые методики требуют выполнение реконструкции в несколько этапов, но это снижает постоперативное качество жизни и не желательно для пациентов

гаются нежелательной трансформации в виде соскальзывания с имплантата. Даже небольшая масса имплантатов, установленных субпекторально и субгландулярно, приводили не быстро к появлению гландулярного птоза, не говоря уже об имплантатах большей массы, там проблемы появляются быстрее. Для понимания формирования неэстетичных результатов в позднем послеоперационном периоде необходимо ответить на вопрос, если связочный аппарат, ткань молочной железы и кожа не удержали себя изначально, в выгодном эстетическом положении, не нагруженными дополнительной массой, то почему они должны удержаться на том же уровне с нагруженной массой имплантата?

Выводы. Многие методики выполнения аугментационной мастопексии с формированием укрепления инфрамаммарной складки и использования полимерных материалов, не способны решить отдаленные эстетические проблемы. Скорость нежелательной деформации молочных желез в позднем послеоперационном периоде напрямую зависела от прочности тканей молочной железы, шовного материала и от массы установленного имплантата. Усложненные методики операций с дополнительной поддержкой оказывали незначительное влияние на конечный результат, лишь только его замедляли. На современном этапе развития науки невозможно улучшить прочностные характеристики тканей молочной железы, следовательно, любые методики рассматриваемого хирургического подхода имеют ограниченную эффективность в отдаленном периоде, а конечный эстетический результат в большей мере зависит от тургора тканей пациентов, нежели от хирургической техники.

ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К УЛУЧШЕНИЮ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРРЕКЦИИ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НИЖНИХ ВЕК В КОМБИНАЦИИ С АУТОЛИПОТРАНСФЕРНОЙ ВОЛЮМИЗАЦИЕЙ

Клименко К.В., Колесников С.А.

ООО «Первая хирургия», Москва

Волюмизация недостатка объема жировой ткани инфраорбитальной области связана с особенностями анатомического строения и возрастными изменениями лица. И это является главной задачей коррекции периорбитальной области. Волюмизирующим материалом для восполнения объема является собственная периорбитальная жировая ткань. Но иногда этого объема недостаточно, чтобы в полной мере восполнить объем периорбитальной области устранить изъяны, сгладить рельеф и добиться выгодного эстетического результата. Достаточный объем тканей на лице является показателем молодости. В связи с чем появляется необходимость в дополнительном липотрансфере аутожира из другой анатомической области. Восполнение дефицита жировой ткани нижней периорбитальной области возможно в двух вариантах, а) перераспределение жировых компартментов в область носослезной борозды и под нижний край орбиты с обязательным их подшиванием, б) выполнение дополнительного липофилинга из другой анатомической области.

Цель исследования. Оптимизировать восполнение объема жировой ткани инфраорбитальной области периорбитальным жиром в комбинации с дополнительным липофилингом из другой анатомической области.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 87 пациентов с послеоперационными результатами периорбитальной области за 2018–2020 гг. Всем пациентам была выполнена периорбитопластика с перемещением жировых компартментов в инфраорбитальную область и их обязательная фиксация. Учитывая индивидуальность и особенность перемещаемой жировой ткани, ее консистенцию, тургор, эластичность, у большинства пациентов интраоперационно был отмечен недостаток волюмизирующего материала для получения выгодного эстетического результата. Поскольку перемещенные жировые компартменты были под небольшим натяжением и зафиксированы шовным материалом к фасции или мышцам лица, они были сдавлены и утрачивали свой объем, по сравнению со свободно лежащими компартментами, этого было недостаточно для восполнения жирового объема инфраорбитальной области. Оценка результатов коррекции была осуществлена путем ведения фотодокументации.

Результаты. Объем перемещенного жира (медиального, срединного и латерального) с нижнего века в инфраорбитальную область, включая носослезную борозду, с одной стороны составлял в среднем (0,4–0,6 мл за один пакет), учитывая общее количество пакетов 3 шт. с одной стороны, при общем объеме жира с трех пакетов составило 1,6–1,8 мл. Данного объема жировой ткани было недостаточно, чтобы получить максимальный волюмизированный эстетический результат. В связи с чем появилась необходимость дополнительного изъятия резервного жира из другой анатомической области, для восполнения объема. Средний объем жировой ткани суммарно необходимого для коррекции нижней периорбитальной области с одной стороны составляет 3,5–3,8 мл. Различия объема перемещенного инфраорбитального жира и дополнительно введенного липотрансфера не существенны, они практически одинаковы, но стратегически очень значимы для коррекции рельефа носослезной борозды и инфраорбитальной области. Из 87 пациенток с выполненной периорбитопластикой нижних век, с дополнительным интраоперационным липотрансфером жировой ткани из другой анатомической области, коррекция рельефа инфраорбитальной области в отдаленном послеоперационном периоде через 7 месяцев, потребовалась только 2 пациенткам.

Выводы. Количество перемещенного инфраорбитального жира с целью коррекции возрастных особенностей лица, недостаточно для получения максимального эстетического результата. По этой причине, при выполнении периорбитопластики нижних век у большинства пациентов существует необходимость использования дополнительного липотрансфера, для эстетически выгодного, пролонгированного и стабильного результата волюмизации инфраорбитальной области.

ВЕТРЯНАЯ ОСПА В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ковалёва К.А., Мельников Д.В., Венедиктов М.В.

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Актуальность. В связи со всемирной вспышкой коронавирусной инфекции (SARS-Cov 2) стала актуальна проблема обострения множества хронических заболеваний, что обусловлено снижением иммунитета организма. В литературе стали появляться данные о том, что первыми симптомами заболевания часто являются проявления не самой коронавирусной инфекции, а обострения хронических инфекций, таких как, туберкулез, герпес вирусные инфекции и прочее. В этой связи, обязательным при госпитализации является подробный анамнез перенесенных вирусных заболеваний, полного клинического обследования, в том числе ПЦР-теста на антитела к коронавирусной инфекции и выяснения эпидемиологического статуса пациента. Мы в своей практике столкнулись с проявлением герпес-вирусной инфекции в раннем послеоперационном периоде, которое вызвало осложнение в виде расхождения краев послеоперационной раны, инфекции подкожно-жировой клетчатки и множественным высыпаниям на коже. Появилась необходимость обозначить тактику ведения таких пациентов, лечения и хирургические подходы к данной проблеме.

Материалы и методы. Мы проанализировали и описали вариант лечения ветряной оспы в раннем послеоперационном периоде на примере 1 клинического случая. Разработали и подробно описали алгоритм хирургического подхода, а также тактику ведения данной пациентки с хирургическим осложнением на фоне скрытого течения ветряной оспы.

Выводы. Вирус Варицелла-Зостер может поражать как детей, так и взрослых. При этом острая фаза заболевания часто протекает с осложнениями, в особенности у людей с иммунодепрессивным состоянием или в более пожилом возрасте. Активная фаза заболевания может осложнять течение раневого процесса, с чем мы и столкнулись, снижать иммунный статус, приводить к эстетическим деформациям. Однако при правильном лечении нам удалось этого избежать и достигнуть результата, полностью удовлетворяющего пациентку эстетически. Мы рекомендуем подробно выяснять анамнез у пациентов, пациентов с неизвестным иммунным статусом необходимо проконсультировать с инфекционистом, в некоторых случаях необходимо назначение противовирусных препаратов в профилактических дозах.

СЛУЧАЙ ОДНОМОМЕНТНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УСТРАНЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛОБНОЙ ОБЛАСТИ И НОСА

Колыванов Г.А.

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

Травмы в современном мегаполисе часто являются высокоэнергетическими, что обуславливает сочетанные повреждения лицевого скелета, вплоть до панфациальных. При-

оритетным является хирургическое лечение повреждений лицевого скелета в острый период травмы. Несмотря на это, ряд пациентов не получают специализированной помощи в остром периоде, что приводит к необходимости проведения вторичных реконструкций на рубцово измененных тканях. Для устранения посттравматических деформаций верхней трети лица классически используется коронарный доступ с реконструкцией титановой сеткой, имплантатами, либо костными и хрящевыми ауто- или аллотрансплантатами. С развитием эндоскопических технологий, стало возможным проводить устранения деформаций передней стенки лобных пазух без использования обширных открытых доступов. Посттравматическое рубцовое сдавление надглазничных и надблоковых нервов может проявляться их нейропатией с появлением характерного болевого синдрома и требует их декомпрессии. Устранение деформации лобной области через ограниченные доступы в волосистой части менее травматично, а визуализация под контролем эндоскопа позволяет более эффективно проводить декомпрессию нервов. Одномоментное устранение посттравматической деформации лобной области и носа является сложной задачей и требует от хирурга ринопластических навыков. Симультанное устранение этих деформаций позволяет получить более выраженный эстетический и функциональный эффект, избавляя от необходимости многоэтапного лечения и сокращая сроки реабилитации.

Цель и задачи. Провести одномоментное устранение деформации носа и лобной области с декомпрессией надглазничных и надблоковых нервов под эндоскопическим контролем.

Материалы и методы: пациентка 25 лет обратилась в отделение пластической хирургии через 12 месяцев после травмы с жалобами на западение мягких тканей и постоянные головные боли в лобной области, недостаточную проекцию спинки носа, расширение костной части спинки носа, ротацию и асимметрию кончика носа, затруднение носового дыхания. В результате автодорожной травмы оскольчатый перелом костей носа, вдавленный перелом передней стенки лобной пазухи с переходом на основание передней черепной ямки, искривление перегородки носа. ОЧМТ: ушиб головного мозга средней степени тяжести. Ушибленная рана лобной области слева. В острый период травмы в стационаре проведена первичная хирургическая обработка раны лобной области, лечение неврологической симптоматики. Репозиция костей носа и отломков лобной кости не проводилось. Локальный статус: западение мягких тканей лобной области, асимметрия положения бровей, болезненность выхода надглазничных и надблоковых нервов с 2-х сторон. Корень носа глубокий, расположен низко, спинка носа асимметричная, недостаточная проекция костной и хрящевой спинки носа, расширение основания костной части спинки носа. Избыточная ротация и уплощение кончика носа, асимметрия ноздрей, искривление колумеллы. Затруднение носового дыхания, перегородка носа искривлена влево, отек, гипертрофия нижних носовых раковин. В условиях операционной произведено одномоментное устранение деформации лобной области с помощью импланта, введенного под эндоскопическим контролем через височный доступ, декомпрессия надблоковых и надглазничных нервов с лифтингом височных областей, реконструктивная риносептопластика

с турбинопластикой. Имплант изготовлен из пористого тетрафторэтилена на основании трехмерной модели по результатам компьютерной томографии. Аугментация спинки носа проведена с помощью измельченного хряща перегородки носа. Послеоперационный период без осложнений, пациентка выписана под наблюдение хирурга на третьи сутки после операции.

Результат операции оценен через 6 месяцев. Устранено западение мягких тканей лобной области, уменьшена асимметрия положения бровей, ликвидирован болевой синдром в лобной области, умеренно увеличена проекция спинки носа, улучшена форма и симметрия кончика носа, ноздрей, устранено искривление перегородки носа, восстановлено носовое дыхание.

Выводы. Устранение деформации лобной области под эндоскопическим контролем в отдельных случаях – эффективная альтернатива более травматичному коронарному доступу. Одномоментное устранение деформации лобной области и наружного носа более предпочтительно этапному хирургическому лечению. Литература: 1. Craniofacial Trauma. Diagnosis and management. Hardt P. Nicolas, Peter Kessler, Johannes Kuttenger, 2010. 2. The art of aesthetic surgery: principles & techniques, Foad Nahai, 2005.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ТЕЛА: ВАЛИДНЫЙ ОПРОСНИК BODY-Q

Кораблева Н.П., Лебедева Ю.В., Матевосян Е.Н., Жолтиков В.В., Цехмистро Я.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Резюме. Исследование было направлено на улучшение понимания результатов лечения ожирения и коррекции фигуры, сообщаемых пациентами. Чтобы правильно фиксировать данные, необходимы четкие, определенные, надежные, действительные инструменты. Настоящее исследование направлено на перевод и лингвистическую валидацию BODY-Q для использования у русских пациентов с ожирением и коррекцией контуров тела. Данный опросник состоит из шкал, которые измеряют проблемы, связанные с внешним видом, что является важной причиной, по которой пациенты обращаются за лечением. До настоящего исследования в России отсутствовали научно-обоснованные методы оценки послеоперационных результатов в пластической хирургии тела, соответствующие международным стандартам.

Цель исследования – выполнить лингвистическую валидацию опросника BODY-Q как метода оценки результатов в пластической хирургии тела.

Материал и методы. Русский перевод и лингвистическая валидация BODY-Q были выполнены в соответствии с руководящими принципами ISPOR. Валидация состояла из 5 этапов и последующего статистического анализа данных.

Результаты. Создана концептуально эквивалентная русская версия BODY-Q. Проведена лингвистическая валидация всех модулей, каждый из которых имеет предоперационную и послеоперационную шкалы, соответствующие

критерию Раша и традиционным психометрическим критериям: альфа Кронбаха от 0,86 до 0,98; воспроизводимость теста-повторного тестирования – 0,8–0,9.

Выводы. В клинической практике опросник BODY-Q может помочь выявить проблемы, облегчить общение и направить соответствующее лечение недооцененных симптомов для каждого отдельного пациента. Со стороны пациента использование данного опросника может помочь в создании реалистичных ожиданий в отношении результатов. Кроме того, данные BODY-Q могут использоваться для облегчения сравнительных исследований эффективности, поддержки научно-обоснованного подхода к русским пациентам с ожирением и коррекцией контуров тела. В настоящее время данный опросник является единственным инструментом для оценки результатов в пластической хирургии тела, который соответствует международным и федеральным стандартам. Благодаря своим уникальным психометрическим свойствам BODY-Q предоставляет клиницистам и исследователям большое число важных данных для улучшения в области пластической хирургии тела с точки зрения как хирургов, так и пациентов.

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ДВУХУРОВНЕВОГО ЛОСКУТА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Коростелев М.Ю., Шихалева Н.Г.

Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. акад. Г.А. Илизарова, Курган

В ряде случаев в травматологии возникает необходимость замещения 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. 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, 1984 г.). 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. Недостатками данных технических решений является следующее: способы имеют ряд недостатков при замещении ран и дефектов покровных тканей неправильной формы. При закрытии дефекта такой раны неизбежно будут 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 несвободного васкуляризованного двухуровневого лоскута передней брюшной стенки для замещения сложных раневых дефектов на предплечье и кисти.

Материал и методы. Нами предложен способ замещения сложных дефектов покровных тканей, когда с учетом размеров и формы имеющейся раны выделяют комплекс мягких тканей на передней брюшной стенки, при этом основание должно быть обращено каудально и включать поверхностную нижнюю эпигастальную артерию. После выделения лоскута по периметру выполняют его тангенциальное разделение на уровне глубокого листа поверхностной фасции (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 с сегментарным типом кровоснабжения. Тем не менее оба эти листка одного лоскута имеют обособленное кровоснабжение, поэтому устойчивы к разделению. После выделения комплексов тканей их укладывают на место дефекта тканей предплечья или кисти. Техническим результатом, обеспечиваемым приведенной совокупностью признаков, является: 1. возможность замещения глубокого раневого дефекта неправильной формы, 2. возможность разделять функциональные структуры (между сухожилиями или между сухожилиями и сосудисто-нервными пучками) с профилактикой развития рубцевания между ними. Результат. Предложенный способ был применен в лечении у пяти пациентов с огнестрельными ранами, ранами, возникшими после электротравмы. Получены положительные результаты.

Вывод. В условиях, когда выполнение свободной пересадки комплекса тканей рискованно в силу повреждения реципиентных магистральных сосудов на протяжении, возможно применение предложенного способа.

НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПРИ КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Коршунов В.В., Калашникова И.В., Гринин В.М., Черкесов И.В.

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
Институт Стоматологии, Москва*

Введение. На сегодняшний день отмечается тенденция увеличения количества проводимых костно-пластических операций, что приводит к росту послеоперационных осложнений, в том числе воспалений инфекционного генеза. Локальное применение антибиотиков с постоянной концентрацией в таких случаях часто затруднено, а достижение оптимальных концентраций путем системной тера-

пии ведет к развитию токсического действия препарата. Актуальными являются разработки по новым способам применения лекарственных средств, в частности заключения их в оболочку для постепенного высвобождения, что обеспечивает пролонгированное действие. В фармацевтической технологии широкое распространение получило микрокапсулирование лекарственных веществ. Микрокапсулирование открыло новые пути для повышения эффективности лекарственной терапии.

Цель исследования. Разработка нового метода доставки и использования антибиотиков для профилактики и лечения инфекционных осложнений.

Материал и методы. В качестве антибиотика использовали широкого спектра действия цефалоспоринового ряда – цефтриаксон. Модификация поверхности йодоформа биоразлагаемым полимером декстран сульфатом. Самоорганизация наночастиц йодоформа на границе жидких фаз. В качестве ядер формируемых капсул использовали жидкую дисперсионную систему – антибиотик и биоразлагаемый альгинат. В качестве коллоидных частиц, стабилизирующих капли дисперсной системы использовали антибиотик с йодоформом.

Результаты. Дано теоретическое и практическое обоснование создания устойчивых микрокапсул, внешняя оболочка которых содержит наночастицы стабилизированного йодоформа. Ядро такой микрокапсулы представляет стабилизированные капли дисперсной среды, содержащий антибиотик. Полученные микрокапсулы перспективны для инкапсулирования разных жидких систем. Размер микрокапсул варьирует от 15 до 25 микрометров. Содержание капсулируемого вещества составляет 70–85 % от массы капсулы.

Заключение. В результате проведения исследований разработаны условия и возможности доставки активного вещества в зону костно-пластической операции, оценены диапазоны параметров: заряд и размеры используемых наночастиц, и капель дисперсной системы; определены условия адсорбции наночастиц йодоформа на межфазной поверхности капель стабилизированной дисперсной среды. Получены микрокапсулы, устойчивые к сегментации. Данные исследования и разработки позволяют поддерживать необходимую концентрацию антибиотика в операционной ране.

ВНЕДРЕНИЕ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ В РУТИННУЮ ПРАКТИКУ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Костецкий И.В., Голубков Н.А., Серов Р.Р., Мазур А.Е., Дунаев В.Д.

ООО «Преображенская клиника», Екатеринбург

Цель. Оценка эффективности и безопасности применения общехирургических принципов тромбопрофилактики в работе отделения пластической и реконструктивной хирургии. Методы. Проводился расчет риска тромбоэмболических осложнений у пациентов, планируемых на пластические и реконструктивные операции по шкале Каприни 2010. С учетом баллов, набранных по шкале, формировалась индивидуальная программа тромбопрофилактики с использованием медикаментозных и немедикаментозных мето-

дования данные мировой современной литературы по вопросу особенностей развития клинической симптоматики у пациентов с радионекрозом тканей челюстно-лицевой области.

Результаты. Лучевая терапия часто приводит к ксеростомии, хотя существуют и другие сопутствующие факторы, например, пол, возраст, курение, применение спиртосодержащих жидкостей для полоскания рта, одновременная химиотерапия на основе платины и некоторые лекарства. Частота умеренной и тяжелой степени поздней ксеростомии после радиотерапии составляет 60–75%. Частота встречаемости дисфагии у пациентов с радионекрозом челюстно-лицевой области составляет 22% через 6 месяцев и 14% – через 12 и 24 месяца после проведенной терапии. Радиационно-ассоциированный тризм приводит к фиброзным изменениям с развитием контрактуры жевательной мускулатуры, включая жевательную и крыловидные мышцы, к повреждению их иннервации и дегенерации височно-нижнечелюстного сустава. Дозиметрические исследования показали увеличение вероятности тризма на 24% на каждые дополнительные 10 Гр. облучения, что приводило к функциональному ухудшению. Ко всему прочему, тризм был признан третьим и наиболее обременительным побочным эффектом лучевой терапии. Повреждение слухового аппарата с последующей сенсоневральной потерей слуха является распространенным нежелательным явлением после лучевой терапии, возникающим у 43% облученных пациентов с опухолями области головы и шеи. Его частота увеличивается до 88%, когда радиотерапия сочетается с приемом цисплатина. Боль является одной из основных жалоб у пациентов с остеорадионекрозом челюстей. Она возникает всегда, не зависимо от объема поражения. Интенсивность болевого синдрома всегда является сугубо субъективным признаком, но, тем не менее, она достаточно высокая, а ее постоянный характер весьма изнуряет больных. Наружные дефекты, дефекты в полости рта, сквозные дефекты с оголением гниющей кости, постоянная инфицированность, зловонный запах изо рта и многое другое заканчивают портрет больного остеорадионекрозом человека. У всех 32 пациентов радионекротический процесс остановлен. Всем, кому применен малоберцовый аутотрансплантат, проведена полноценная зубочелюстная реабилитация.

Выводы. Анализ клинической картины исследуемых пациентов и литературных данных показал, что патогенетически остеорадионекроз проявляется первостепенным поражением сосудов микроциркуляторного русла в проекции проводимой лучевой терапии как за счет прямого повреждения излучением, так и в результате ряда биохимических реакций, приводящих к недостаточности кровоснабжения тканей. Такие симптомы, как ксеростомия, дисфагия, тризм и тугоухость, также являются следствием нарушения питания соответствующих тканей. Таким образом, лечение должно быть направлено на привнесение нового источника кровоснабжения осевыми и микрохирургическими лоскутами. Наличие сопутствующей патологии, возникшей после лучевой терапии, требует мультидисциплинарного подхода к лечению этой сложной категории больных.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПИДОКОЛЛОИДНОГО ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ОЖОГАХ IIIA СТЕПЕНИ

Красенков Ю.В., Елисеев Г.Д., Терехов М.Ю., Домбаев А.А., Склифасовский А.П.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Актуальность. Основываясь на данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ожоговая травма занимает третье место по частоте среди прочих. Учитывая возрастную состав пациентов (молодой возраст по классификации ВОЗ – 18–44 года) ожоговых центров Российской Федерации, данную проблему можно обозначить как социально-значимую, ведь это наиболее активная группа в трудовом плане. В большинстве случаев, пациенты пытаются проводить самолечение путем использования методов народной медицины, сомнительной комбинации лекарственных препаратов; отмечаются и случаи неадекватного лечения ожоговых ран в условиях первичного звена здравоохранения, все это приводит к удлинению периода лечения и реабилитации пациентов, снижению их качества жизни, высоким экономическим затратам.

Цель исследования. Изучить эффективность применения липидоколлоидной раневой повязки на сетчатой основе NEOFIX FIBROTUL при ожогах IIIa степени.

Материалы и методы. Исследование основано на результатах лечения 84 пациентов с ожогами IIIa степени площадью от 5 и до 15%, проходивших лечение в ожоговом отделении МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону» с 2020 по 2021 год. Средний возраст больных составил $31,2 \pm 2,3$ года. По характеру поражающего агента пациенты были распределены следующим образом: •Ожог кипятком – 58,3% (n=49), •Ожог пламенем – 33,4% (n=28); •Химический ожог – 8,3% (n=7). Критерии включения: возраст пациентов от 18 до 44 лет; площадь ожогов от 5 и до 15% поверхности тела, госпитализация в 1–2 сутки после травмы. Критерии исключения: предшествующая химиотерапия и гормонотерапия, иммунодефицит, наркомания, варикозная болезнь, атеросклероз артерий нижних конечностей, сахарный диабет 2-го типа, COVID-19. Критерии исключения не имели отношения к свойствам используемых раневых покрытий. Больные разделены на 2 клинические группы в зависимости от местного лечения ран. В I группу наблюдения (n=40) вошли больные, у которых использовалась повязка NEOFIX FIBROTUL, во II группу (n=44) вошли пациенты, у которых использовались традиционные методы лечения ран (марлевые повязки с мазью Левосин). Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания, характеру поражения. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. Пациенты обеих клинических групп получали сопоставимую лекарственную терапию в соответствии с клиническими рекомендациями. Течение раневого процесса отслеживали по динамике общих и местных клинических проявлений: общее состояние больного, длительности течения фаз раневого процесса. Пациенты I клинической группы отмечали практи-

чески полное отсутствие болевого синдрома в области ран (2–3 сутки лечения), лишь чувство некоторого дискомфорта при двигательной активности, в области физиологически активных зон кожи. К положительным качествам материала следует отнести и форму выпуска NEOFIX FIBROTUL, рулонная форма позволяет удобно и быстро производить перевязку у пациентов с циркулярными ожогами конечностей; материал не склонен к быстрому высыханию, отлично фиксируется на ране. Перевязки осуществлялись через 48 часов, или по мере возникшей необходимости. Болевых реакций при установке или удалении NEOFIX FIBROTUL мы не отметили. Представители II клинической группы предъявляли жалобы на боли в области ран около 4–5 суток, регулярно отмечали боли тянущего характера обусловленные частичным высыханием традиционных мазевых повязок, их смещением. Описанные проблемы являлись показанием к проведению повторных перевязок, что вызывало психологический и физический дискомфорт пациентов. Эффективность использования раневого покрытия оценивалась по срокам эпителизации раны. В I клинической группе полная эпителизация ран наступала на 14,4±2,1 сутки, в то время как, у пациентов II клинической группы полная эпителизация раны наступала на 22,3±4,2 сутки. Каких-либо осложнений на фоне использования раневого покрытия NEOFIX FIBROTUL мы не зафиксировали.

Выводы. Раневое покрытие NEOFIX FIBROTUL у больных с ожоговой травмой IIIa степени позволило создать благоприятные условия для течения раневого процесса, способствовало сокращению периода эпителизации раневых дефектов на 7,9 дня по сравнению с повязками на основе мази Левосин. При этом зафиксированы такие положительные качества материала как: удобная форма выпуска (рулонная) для циркулярных ожогов, отличная фиксация на ранах, отсутствие склонности к быстрому высыханию.

ДЕКОМПРЕССИЯ ОРБИТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ – ВЗГЛЯД НЕЙРОХИРУРГА

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

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

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

Материалы и методы. В Клиническом медицинском центре МГМСУ им. А.И. Евдокимова, с 2016 по февраль 2019 гг. с применением эндоскопических технологий было прооперировано 28 пациентов (53 орбит) с эндокринной офтальмопатией. Средний возраст данной группы пациентов составил 52 лет [от 28 до 78]. Дооперационное обследование включало осмотр эндокринолога, офтальмолога, рентгеновскую компьютерную томографию (КТ) орбит, цветное доплеровское сканирование орбиты. Липогенный вариант эндокринной офтальмопатии встречался в 5 случаях (32,8%), миогенный вариант – 15 случаях (22,2%), смешанный вариант – в 33 случаях (45%). Средний показатель экзофтальма до операции составил 26,72±2,35 мм, средний показатель остроты зрения до

операции – 0,81±0,11. Диплопия наблюдалась в 19 случаях. Глубокая латеральная декомпрессия орбиты была выполнена в 30 случаях, медиальная декомпрессия – в 10 случаях, сбалансированная декомпрессия – в 13 случаях. Оперативное вмешательство было выполнено в сроки от 3 суток до 4 лет с момента развития заболевания. В послеоперационном периоде больным проводили КТ орбит, офтальмологический осмотр, оценку гемодинамических показателей орбиты посредством цветного доплеровского сканирования.

Результаты. Среднее значение экзофтальма после эндоскопической декомпрессии орбиты составил 21,50±1,21 мм, среднее значение остроты зрения – 0,89±0,13. Среднее значение объема орбиты после операции соответствовало 20,60±1,10 см³. Диплопия через 12 месяцев после хирургического лечения наблюдалась в 4-х случаях (14,8%). Интраоперационную ликворею наблюдали в 1 случае – 0,76%, что потребовало выполнение одномоментной пластики ликворной фистулы. У всех пациентов с оптической нейропатией отмечено улучшение зрительных функции после декомпрессии зрительного нерва.

Заключение. Эндоскопические трансорбитальные доступы позволяют осуществить подход ко всем стенкам глазницы и выполнить костную декомпрессию орбиты в полном объеме. Эндоскопические технологии в хирургическом лечении пациентов с эндокринной офтальмопатией, предоставляя необходимое оптическое увеличение, хорошее освещение, улучшенный обзор операционного поля и малотравматичность операции, позволяют минимизировать тракцию глазного яблока, избежать нежелательных обширных послеоперационных рубцов и достичь хороших косметических и функциональных результатов.

РЕКОНСТРУКЦИЯ СВОДА ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ПРИ УДАЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Кугушев А.Ю., Лопатин А.В., Грачев Н.С., Рещиков Д.А., Клименко К.В.

Российская детская клиническая больница ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Цели. С развитием современных технологий и масс-медиа повышаются требования к внешнему виду пациентов. Несмотря на развитие и последние достижения краниофациальной, реконструктивной и нейрохирургии, сохраняется проблема одномоментной реконструкции протяженных дефектов при удалении патологических тканей, особенно в эстетически значимых зонах у детей.

Материалы и методы. В отделении челюстно-лицевой хирургии Российской детской клинической больницы за период 2012–2020 гг. 40 детей получали лечение по поводу фиброзно-костных поражений фронтоорбитальной и теменной области. Во всех случаях перед операцией было выполнено CAD / CAM моделирование объема и краев зоны поражения. В 12 случаях изготовлены индивидуальные импланты из полиэфэтеркетона и гидроксиапатита. В остальных случаях проводилось интраоперационно моделирование расщепленного аутокостного трансплантата из теменной зоны.

Результаты. Во всех случаях удалось полностью восстановить анатомическую форму и контуры пораженной зоны. Использование ПЭЭК имплантатов позволило снизить время операции в 1,5–2 раза при поражении скулоорбитальной зоны в сравнении с аутокостной пластикой. При протяженных и множественных поражениях комбинация имплантов с или без аутокостных трансплантатов позволило одномоментно провести обширную резекцию с пластикой дефектов. Эстетический и функциональный результат не зависел от типа использованного импланта.

Заключение. Использование имплантатов для закрытия пост резекционных дефектов при реконструкции свода черепа является предпочтительным, т.к. позволяют уменьшить время операции и достичь хорошего косметического эффекта. При множественных поражениях свода черепа, сочетание методик позволяет достичь стойкий косметический результат при наблюдении у детей более 5 лет.

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОЖИРА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ НЕДЕРЖАНИЕМ КАЛА

Кузьмичев П.П., Пинигин А.Г.

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», Хабаровск

Введение. В последние годы в практике детского хирурга увеличилось число обращений детей, страдающих фекальной инконтиненцией без нарушения анатомической целостности запирающего аппарата прямой кишки. Одной из причин многие авторы называют длительное повышение давления в прямой кишке как следствие хронической задержки стула и неполного опорожнения прямой кишки. Длительное давление на запирающий аппарат приводит к сглаживанию аноректального угла, уменьшению длины анального канала, перерастяжению пуборектальной мышцы и дальнейшей несостоятельности мышц внутреннего и наружного сфинктеров. Основные хирургические методы лечения фекальной инконтиненции направлены на восстановление замыкательного аппарата прямой кишки, к распространенным относится пластика леваторов в различных рекомендациях. Нами предложен новый, патогенетически направленный и малоинвазивный метод восстановления замыкательного аппарата прямой кишки с использованием аутожира.

Материалы и методы. Проведено лечение 32 детей с хронической задержкой стула, сочетающейся с фекальной инконтиненцией, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении с 2018 по 2020 г. Гендерное соотношение мальчиков к девочкам как 2:1. Помимо общепринятых методов обследования всем больным проводили спиральную компьютерную томографию кишечника с виртуальной колоноскопией. Особое внимание уделяли состоянию пуборектальной мышцы (*m. pubo-rectalis*), как главной мышце, участвующей в формировании аноректального угла. Для ее исследования нами предложена методика, включающая: измерение в аксиальной проекции максимальной ширины и наикратчайшей длины мышцы (от места прикрепления к лобковой кости до места вплетения в заднюю стенку прямой кишки, включая толщину волокон задней стенки (рац. предложение №6 29.10.2017 г.). Всем детям под об-

щим обезболиванием была проведена малоинвазивная хирургическая коррекция аноректального угла аутожиром (Патент на изобретение № 25539188 «Способ лечения энкопреза»).

Методика операции. Забор аутожира осуществляется по принятой методике с инфильтрацией донорской зоны раствором Клейна без добавления раствора лидокаина. После обработки операционного поля на промежности больного, находящего в положении на спине с поднятыми ногами, делают кожный разрез длиной до 0,3 см. на расстоянии 1,5–2 см от заднего прохода на 6 часах. Далее через кожный разрез в ретроанальное пространство между стенкой прямой кишки и копчиком вводят стандартную канюлю для липофилинга диаметром 1,2 мм. Прохождение канюли в ретроанальном пространстве контролируют указательным пальцем оперирующего хирурга, введенным в прямую кишку. После прохождения канюлей для липофилинга за мышцы сфинктеров в ретроанальную область веерным методом вводят одноразовым шприцем объемом 10 мл (см3) под незначительным давлением обработанный аутожир в количестве, выбранном из расчета 2,0 – 2,5 мл на кг веса больного, но не более 80,0 мл.

Результаты лечения. Коррекция аноректального угла аутожиром проведена 32 детям. После проведенного оперативного лечения дети выписывались на 4–5-е сутки. Двум детям введение аутожира выполнено дважды. Дети осматривались через 3 и через 9 месяцев после операции. Осложнений в раннем и позднем послеоперационных периодах не наблюдалось. На контрольном СКТ через 3 месяца у всех оперированных больных отмечено уменьшение аноректального угла на 10–25 градусов. Изучены отдаленные результаты лечения у 12 детей данной группы через 4–5 лет после проведенной операции. Выявлено, что у 9 детей полностью отсутствуют элементы фекальной инконтиненции, дети удерживают газы, присутствует нормальный позыв на акт дефекации. У 3 детей (один после повторного лечения) явления фекальной инконтиненцией сохраняются, но уменьшились в сравнении с состоянием до операции.

Выводы. Для ускорения восстановления анатомических структур запирающего аппарата прямой кишки предложен малоинвазивный, патогенетически направленный хирургический метод, позволяющий достоверно устранить фекальную инконтиненцию, нормализовать частоту стула и улучшить качество жизни. Эффект при введении аутожира наступает практически сразу и, в сравнении с только консервативным лечением, более стоек.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЙ ЭТАП В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯЗЫКА

Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Красавина Е.А., Мухамедов М.Р.

Научно-исследовательский институт онкологии Томского НИМЦ, Томск

Актуальность. Вопросы лечения и реабилитации больных опухолями языка остаются сложной и актуальной проблемой современной клинической онкологии. В комбинированном лечении больных раком языка, хирургический этап

является основным. Возникающие послеоперационные дефекты языка требуют адекватного устранения с использованием современных реконструктивных методик, от чего будут зависеть функциональные результаты.

Целью исследования стало изучение эффективности реконструкции языка при его частичных резекциях.

Материал и методы. В исследование включено 53 больных раком языка, получивших хирургическое лечение с реконструктивным компонентом на базе отделения опухолей головы и шеи НИИ онкологии Томского НИМЦ в период с 2008 по 2020 гг. Возраст больных от 31 до 70 лет (медиана – 48 лет). Среди пациентов мужчин было 17 человек, женщин – 14. По стадии больные распределились следующим образом: T2 – 20 (37,8%), T3 – 29 (54,7%), T4 – 4 (7,5%). Больным выполнялись резекции языка следующего объема: гемиглоссэктомия – 33 (62,2%); резекция 2/3 языка – 10 (18,9%); глоссэктомия – 10 (18,9%) случаев. Все больным одновременно с резекцией языка была выполнена лимфодиссекция шеи с одной (42 случая) или двух (11 случаев) сторон. С целью реконструкции языка применялись свободные ревааскуляризованные (20 случаев) и ротированные лоскуты (33 случая). Из свободных ревааскуляризованных лоскутов использовался переднебоковой лоскут бедра – в 14 (24,5%) случаях, медиальный суральный лоскут – в 6 (11,3%) случаях, лучевой лоскут – 1 (1,9%) случай. В двух (3,7%) случаях использовалась методика моторной реиннервации мышечной порции переднебокового лоскута. Из ротированных лоскутов использовался подбородочный лоскут – в 26 (49,1%) случаях, пекторальный кожно-мышечный лоскут – в 7 (13,2%) случаях. Срок наблюдения за больными составил от 6 до 60 месяцев.

Результаты. Различного рода послеоперационные осложнения отмечены у 15 (28,3%) больных. Чаще всего осложнения развивались при использовании свободных ревааскуляризованных лоскутов по сравнению с ротированными лоскутами – 47,4% и 14,7% соответственно ($p < 0,05$). Частота достигнутой функциональной реабилитации зависела от объема резекции языка: при гемиглоссэктомии – 85%; при резекции 2/3 языка – 70%; при глоссэктомии – 50% больных. У больных после гемиглоссэктомии лучшие результаты речевой реабилитации достигнуты при использовании свободных ревааскуляризованных лоскутов по сравнению с ротированными лоскутами ($p < 0,05$). Подобной связи при устранении дефектов после глоссэктомии не отмечено. Прогрессирование опухолевого процесса в сроки от 6 до 24 месяцев отмечено у 16 (30%) больных. Трехлетняя общая выживаемость составила 43,5%.

Заключение. В реконструкции языка возможно применение свободных и ротированных лоскутов. Для достижения лучших функциональных результатов, при устранении половинных дефектов языка предпочтительно использовать свободные ревааскуляризованные лоскуты. При реконструкции обширных дефектов языка предпочтительно использование свободных кожно-мышечных лоскутов с моторной реиннервацией.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ШЕИ И ГОРТАНИ У РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛОЙ ЭЛЕКТРОТРАВМОЙ

Лагутина А.А., Пряников П.Д., Рыбченко В.В.,
Старостин О.И., Коренькова С.С., Дятлова В.Е.

Обособленное структурное подразделение Российской детской клинической больницы ФГАО ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова; НИИ клинической хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского; Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова; Институт пластической хирургии и косметологии, Ланцет, Москва

Актуальность. Поражения электрическим током высокой частоты вызывает у детей обычно значительные повреждения мягких тканей, что в последующем обуславливают значительное снижение качества жизни пациентов, инвалидизацию и высокую летальность. Несмотря на то, что электротравма составляет не более 2,5% всех повреждений в травматологии, в структуре детской ожоговой травмы 10 % приходится на поражения электрическим током, летальность среди пациентов детского возраста достигает 25%. В связи с тяжестью общего состояния, серьезностью последствий, а также нередко распространяющиеся поражения не только кожи, но и подкожно-жировой клетчатки, мышц и внутренних органов, лечение пациентов с электротравмой, представляет собой сложный многоэтапный процесс, включающий – первичную обработку обожженных поверхностей, последовательных некрэктомий, аутодермопластики подготовленных ран и в случаях обнажения глуболежащих структур выполнение пластики кожно-фасциальными или кожно-мышечными лоскутами на питающей ножке. Однако, учитывая разработанные алгоритмы хирургического лечения, частота неудовлетворительных результатов достаточно высока.

Цель: демонстрация клинического примера успешного лечения пациента с тяжелой электротравмой, в сочетании с повреждением мягких тканей шеи и гортани.

Результаты: на основе разработанного алгоритма лечения пациента с повреждением мягких тканей шеи и верхних дыхательных путей выполнено закрытие обширного дефекта мягких тканей передней поверхности шеи с помощью перемещения кожно-мышечного лоскута большой грудной мышцы с одномоментной реконструкцией трахеи с помощью расщепленного реберного аутотрансплантата. Достигнуто восстановление проходимости верхних дыхательных путей, анатомических структур мягких тканей шеи и кожного покрова, с сохранением качества жизни пациента.

Выводы: мультидисциплинарный подход в лечении пациентов с тяжелой электротравмой позволяет достигнуть восстановления поврежденных структур сложных анатомических зон.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТЕЛА

Лесняков А.Ф., Кобзарь И.Г., Тарасевич А.Ф., Пилюн Е.А.,
Полуянцева Л.С., Строкова Е.В., Николенко О.Е.

Клиника «Ланцетъ», Геленджик

Введение. Мультидисциплинарной командой специалистов клиники «Ланцетъ» разработана оригинальная методика предоперационной подготовки, хирургической коррекции и послеоперационной реабилитации пациентов по профилю «пластическая хирургия», которая учитывает индивидуальные особенности пациента в концепции медицины 4П.

Целью работы является улучшение показателей стабильности результата, повышение комплаентности пациентов, ускорение реабилитационного периода и предупреждение осложнений после пластических операций, путем разработки индивидуального плана подготовки к операции, хирургической коррекции и реабилитации на основании расширенного спектра лабораторных и инструментальных методов исследования.

Задачи работы. Выделить группы пациентов, которым проводилась комплексная хирургическая коррекция тела. Используя лабораторные и инструментальные методы, произвести диагностику, включающую, в том числе, оценку митохондриальной дисфункции, эндотелиальной дисфункции, инсулинорезистентности, выраженности хронического воспаления и гормонального статуса. Используя данные лабораторных и инструментальных методов, разработать протоколы ведения пациентов на дооперационном этапе, во время операции и на последующих этапах реабилитации. Проанализировать динамику изменений и удовлетворенность пациентов результатами проведенного лечения.

Материалы и методы. В исследовании приняла участие 31 женщина, которым одновременно были проведены 2 и более операций хирургической коррекции тела по эстетическим показаниям. На основании анкетирования, предварительного сбора анамнеза и осмотра пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа включала женщин с индексом массы тела до 24,9, желающих выполнить хирургическую коррекцию тела, в целом удовлетворенных состоянием своего здоровья и не имеющих явной мотивации к коррекции образа жизни. 2 группа включала женщин с индексом массы тела от 25 до 29,9, желающих выполнить хирургическую коррекцию тела, при этом недовольных не только внешностью, но и состоянием здоровья с высокой мотивацией к коррекции образа жизни. По результатам анкетирования, всем пациентам создавался цифровой аватар, который посредством хроматографической шкалы, наглядно демонстрировал состояние органов и систем. Лабораторная и инструментальная диагностика планировалась индивидуально и включала в себя изучение от 40 до 70 биохимических маркеров, и от 3 до 7 инструментальных методов. Объем хирургической операции планировался, прежде всего, учитывая критерии безопасности и эффективности проводимого лечения, на основании пожеланий пациентов. Реабилитация включала терапевтические интервенции, физиотерапевтическое лечение, психо-

логическую реабилитацию и модификацию образа жизни. **Результаты.** При оценке результатов, в обеих группах наблюдалась в целом положительная динамика лабораторных показателей и данных инструментальных исследований. Сравнительная оценка хроматографической шкалы у пациентов с высокой мотивацией к коррекции образа жизни также изменялась в лучшую сторону.

Выводы. Применение персонализированного подхода при комплексной коррекции тела, на основании расширенного спектра диагностики, с применением разработанных рекомендаций по подготовке пациента, интра- и послеоперационной курации позволяет ускорить реабилитацию, увеличить безопасность и контролируемость хирургической процедуры и повысить вовлеченность пациентов в дальнейшее поддержание результата операции.

КОНТРОЛИРУЕМАЯ ЛОКАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ЛИЦЕВЫЕ МАСКИ, КАК НОВЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

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

*Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
Москва*

Введение. Реабилитация после челюстно-лицевых операций занимает ведущую роль в хирургической практике и несет в себе много сложностей: выраженный послеоперационный отек, боль, тризм жевательных мышц и нарушение чувствительности в зоне 2 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 (неконтролируемое охлаждение) и аппаратного метода. Однако использование аппарата и индивидуальных масок для охлаждения мягких тканей представляется перспективным.

Цель. Оценка эффективности контролируемой локальной гипотермии с помощью индивидуальных лицевых масок, после ортогнатических операций.

Материалы и методы. В исследовании 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 со стороны сердечно-сосудистой, неврологической и эндокринной системы. Пациенты были случайным образом распределены на две группы. В основной исследуемой группе послеоперационное охлаждение осуществляли методом контролируемой локальной гипотермии с использованием индивидуально изготовленных лицевых масок и циркуляционной системы ViTermo (Сколково, Россия). В контрольной группе послеоперационное охлаждение тканей лица осуществлялось холодными компрессами. Оценка послеоперационного

отека проводилась с использованием оптического 3D-сканера EinScan (SHINING 3D Technology GmbH, Ханчжоу, Китай). Боль была оценена по шкале от 0 до 10, где 0 означает отсутствие боли и 10 максимальную интенсивность боли. 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. Послеоперационный отек. Изменения объема мягких тканей измеряли в единицах объема в миллилитрах. 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 ($p=0,001$). Боль оценивалась субъективно с использованием VAS в диапазоне от 0 до 10. Значительное увеличение боли было зарегистрировано в обычной группе по сравнению с группой КЛГ в течение всех исследованных послеоперационных дней. Исходные (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, 4,22+0,5 мл, $p<0,001$). Уменьшение открывания рта 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 не оказывает вредного воздействия на раннюю 2-недельную фазу заживления раны, если она применяется в течение 72 часов после операции; Местная гипотермия может оказывать благоприятное воздействие, подавляя воспаление за счет задержки поздней воспалительной фазы заживления раны.

Выводом будет являться, что охлаждение ЛКГ приводит к значительному уменьшению послеоперационного отека по сравнению с обычным охлаждением, уменьшения пребывания в стационаре.

УВЕЛИЧЕНИЕ ЯГОДИЦ ИМПЛАНТАМИ: ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Мариничева И.Г., Ганьшин И.Б., Мариничева Е.А.

Российский университет дружбы народов, НАО Медлаз, Москва

По данным ISAPS популярность аугментации ягодиц в мире растет и на сегодняшний день приближается к 500 000 в год. В России подобных операций выполняется более 11 000 в год: из них около 10% – увеличение силиконовыми имплантатами. Рост числа операций закономерно увеличивает число осложнений требующих повторных хирургических вмешательств. Послеоперационные осложнения оказывают значительное психологическое воздействие на эту категорию пациентов. И если ранее у автора повторные операции составляли около 5% от вмешательств в этой области, то за последние три года их число возросло до 25%.

Целью настоящего исследования были анализ причин осложнений увеличения ягодиц силиконовыми имплантатами и разработка методов их коррекции.

Исследованы результаты 26 женщин, поступивших в НАО Медлаз для коррекции осложнений увеличения ягодиц силиконовыми имплантатами в период с 2017 по 2021 год. Первичные операции были выполнены в различных медицинских центрах, имплантаты установлены в толщу большой ягодичной мышцы. Время от первой операции составляло от 6 месяцев до 9 лет. Основными жалобами были: контурирование – 6, птоз ягодичной области – 7, ощущение тяжести – 3, недостаточный объем имплантата – 6, диагностированный разрыв имплантата – 3, деформация, обусловленная присутствием ПААГ – 1. При этом у 4 пациенток наблюдали ротацию (переворачивание) имплантатов. У двух пациенток выявили ранее не диагностированный разрыв имплантатов. Всего разрывы диагностированы у 5 пациенток в сроки от 2 до 5 лет после операции, и у одной пациентки выявлены прошитые имплантаты: фиксированы хирургом для предотвращения ротации. МРТ в предоперационном периоде выполнили у 15 женщин. У всех выявили истончение мышечного слоя над имплантатом до 2–5 мм или полное его отсутствие, преимущественно в латеральных отделах большой ягодичной мышцы. У пациентов, удовлетворенных результатами глютеопластики, мышечный слой над имплантатом составлял 8–10 мм. Замену имплантата без изменения существующей полости выполнили у 9 пациентов: по поводу разрыва – 3, на имплантат большего объема – 6. При контурировании и птозе имплантатов диагностировали их повышенную подвижность внутри капсульной полости, которая иногда сопровождалась ротацией (переворачиванием) имплантата. Во всех случаях мышечный слой над имплантатом истончался практически до мышечной фасции. При остаточной толщине мышечного слоя под имплантатом более 17–18 мм (по результатам МРТ) формировали новую более глубокую полость для имплантата, при этом обращали внимание на достаточную толщину покрывающей мышцы в латеральных отделах. Подобная методика была эффективной у 4 пациенток, из них в одном случае операцию дополнили одновременно нижним ягодичным лифтингом, в другом – отсроченным через год. Замену имплантатов в 5 случаях дополнили липофилингом ягодич-

ной области. Отдельно липофилинг применили в 2 случаях для нивелирования незначительного проявления контурирования имплантатов. При желании пациентки избавиться от имплантатов их удаляли – 4 случая. Также основанием для удаления имплантатов была недостаточная толщина подлежащего мышечного лоскута, менее 15 мм – 6 случаев. Необходимость удаления имплантатов у этой категории пациентов всегда сопровождалась негативной реакцией. Удаление имплантатов усиливает имеющийся птоз, что требует его коррекции: полость имплантата ушивали с тракцией покрывающего слоя в краниальном направлении, в некоторых случаях его расщепляли с образованием дубликатуры. Дополнительно у 4 женщин выполнили лифтинг ягодичной области с аутоаугментацией: верхним лоскутом – у 3, нижним – у одной пациентки.

Выводы. При увеличении ягодиц с внутримышечным расположением имплантата оптимальный результат возможен при толщине наружного мышечного лоскута 10 мм и более, что возможно при изначальной толщине большой ягодичной мышцы более 2 см. Расслоение более тонкой мышцы сопровождается ее разрывом и дальнейшим постепенным истончением, что вызывает пролабирование имплантата и расширение его полости, что в итоге приводит к контурированию имплантата и его ротации. Коррекция чрезмерной подвижности имплантата возможна при создании более глубокой полости с увеличением покрывающего мышечного слоя более 8–10 мм, что допустимо при толщине подлежащего мышечного лоскута не менее 15 мм. В противном случае показано удаление имплантатов. Ушивание полости имплантата следует проводить с тракцией в краниальном направлении для профилактики птоза. При согласии пациента рекомендуется выполнить аутоаугментацию верхним ягодичным лоскутом.

РЕКОНСТРУКЦИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С БИСФОСФОНАТНЫМ ОСТЕОНЕКРОЗОМ

Медведев Ю.А., Петрук П.С., Куценко Р.В., Калинкина О.Н.,
Джиргалов О.В., Таривердиева Т.Т.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва

Обширные дефекты опорных тканей, возникающие после проведения санлирующей операции у пациентов с остеонекрозом лицевого черепа, являются одной из основных проблем при выполнении реконструктивных операций на нижней челюсти. При реконструкции зачастую требуется в аутогенный донорский костный материал с целью восстановления целостности нижней челюсти, а также восстановления функции жевания, глотания и речи. Известные методы забора костного аутоотрансплантата имеют некоторые ограничения у данной категории пациентов, при этом достаточно травматичны, приводят к снижению качества жизни пациента в раннем послеоперационном периоде. В рамках исследования была использована мето-

дика изготовления индивидуального титанового эндопротеза, изготовленного по технологии селективного лазерного спекания.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с обширными дефектами нижней челюсти на фоне остеонекроза лицевого черепа с применением индивидуальных титановых эндопротезов.

Материалы и методы. Данная методика была применена у 12 пациентов с целью замещения обширного дефекта нижней челюсти. На догоспитальном этапе данная методика подразумевает выполнение трехмерного моделирования индивидуального титанового эндопротеза и изготовление эскиза костей лицевого черепа. При этом моделирование проводили с учетом взаимных перемещений большого и малого фрагментов нижней челюсти для постановки в ортогнатическое положение. Полученный прототип эндопротеза был экспортирован в STL-формат и направлен на изготовление по технологии селективного лазерного спекания. Оценку эффективности лечения оценивали на основании данных внешнего и внутривидеоскопического обследования, а также рентгенологических данных в пред- и постоперационном периоде. **Ход операции.** В условиях ЭТН, после предварительной обработки операционного поля раствором спирта 70%, в полости рта – раствором хлоргексидина 0,05%, выполняли гидропрепаровку мягких тканей в поднижнечелюстной и подбородочной областях. Тупо и остро выделяли фрагменты нижней челюсти. Формировали воспринимающее ложе для индивидуального эндопротеза. Эндопротез фиксировали к большому и малому фрагментам нижней челюсти при помощи мини-винтов. Операционную рану послойно ушивали. Устанавливали 2 латексных дренажа сроком на 1 сутки. Гемостаз по ходу операции. Фиксировали асептическую працевидную повязку.

Результаты. Во всех случаях применения индивидуального эндопротеза, изготовленного по вышеописанной методике, достигнута симметрия контуров нижней трети лица, восстановлено свободное открывание рта, нормализована функция жевания, глотания, речи. По данным рентгенографии лицевого черепа в прямой и боковой проекциях, а также данных мультиспиральной компьютерной томографии положение эндопротеза нижней челюсти и фиксирующих винтов было правильное. В раннем послеоперационном периоде отмечалась умеренная отечность тканей нижней зоны лица. Минимальные болевые ощущения пациентов. На контрольных осмотрах через 3 и 6 месяцев отмечено восстановление формы, размеров и амплитуды движений нижней челюсти, а также привычного прикуса для пациентки. На контрольном осмотре через 12 месяцев отмечен стойкий положительный косметический и функциональный результат проведенной операции, который пациенткой был расценен, как удовлетворительный. Осложнений воспалительного характера не было выявлено ни в одном клиническом наблюдении.

Выводы. Таким образом, реконструкция нижней челюсти с применением индивидуальных титановых эндопротезов по указанной методике представляет эффективный метод восстановления целостности ключевых анатомических структур. Компьютерное моделирование, на сегодняшний день, становится неотъемлемой частью планирования реконструктивно-восстановительного лечения, позволяет изготовить индивидуальные эндопротезы, легко адапти-

руемые в операционной ране, что позволяет сократить время хирургического вмешательства, а также снизить риски осложнений послеоперационном периоде. Полученные результаты говорят о широких возможностях использования данной методики в будущем.

ИННОВАЦИОННАЯ СИСТЕМА ВОССТАНОВИТЕЛЬНО-ПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ УТРАЧЕННЫХ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У ДЕТЕЙ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ

Мензул В.А.

Московский областной детский ожоговый центр, Люберцы

Эффективным восстановлением утраченного кожного покрова при лечении ожоговых ран является его самостоятельное скорейшее заживление или оперативные методы. Нами разработана концепция альтернативного способа восстановления утраченного кожного покрова при лечении ожоговых ран в собственной жидкой среде (СЖС) при помощи пленочных покрытий Menzul Dressing – MZLD (патент №2093126, патент №2666221) и в комбинации с хирургическими методами: предтрансплантационной резекцией грануляционной ткани (ПТРГТ) со свободной пересадкой кожи перфорированными аутодермотрансплантатами с кожной перемычкой в ячейки сетки (АДП) и субтотальной некрэктомией (нерадикальной). Под термином собственная жидкая среда раны следует понимать среду, состоящую из лимфы, плазмы, клеточной и межклеточной жидкостей, обеспечивающую влажность 100% на всей площади раневой поверхности с применением пленочных повязок Menzul Dressing.

Цель работы: улучшение результатов лечения детей с ожоговыми ранами I-II-III степени.

Материалы и методы: группу обследованных составили 780 детей, находившихся на стационарном лечении с 1997 по 1999 год. Возрастная структура пациентов – от 0 месяцев до 15 лет. В 52,3% случаев дети получали ожоги I-II ст., и в 47,7% – II-III ст. Первая группа – 626 пациентов получили консервативное лечение в условиях СЖС – 80,3% (ожоги I-II-III ст.), из них 11,5% детей в возрасте до 1 года. Вторая группа – лечение ран III степени в собственной жидкой среде с ПТРГТ и одномоментной свободной АДП получили 18,1% пациентов, из них 3,9% детей грудного возраста. Третьей группе – 12 детям с обширными ранами III ст. (1,6%) – проводилась дерматомная субтотальная (нерадикальная) некрэктомия с последующим лечением ран в условиях собственной жидкой среды с ПТРГТ и одномоментной свободной АДП. Послеоперационное лечение аутодермотрансплантатов и донорских ран так же проводилось в условиях собственной жидкой среды. Операции выполнялись роторным электродерматомом Menzul Electric Dermatomes с шириной ножа 45, 65, 100 мм (патент №1817692 АЗ, госреестр дополнение 1–2, 1999 год, патент №151212, патент №163864) и с помощью перфоратора Menzul Skin MesHers (патент №2594446) с коэффициентом перфорации 1:3, 1:4, 1:6. Смену пленочного раневого покрытия производили через 24–28 часов.

Результаты. Безоперативное восстановление утраченных кожных покровов при лечении ожоговых ран в условиях

СЖС отмечено в 80,3% случаев. В остальных 18,7% потребовались оперативные методы лечения. Осложнения составили 2,4%, летальность – 0,6% (монография «Система лечения ожоговых ран в собственной жидкой среде» под редакцией А.Е. Войновского, В.А. Мензула и Т.Г. Руденко, 2015 г.).

Выводы. Определен алгоритм ведения детей с острыми ожогами в специализированном стационаре с позиций щадящего консервативного (безоперативного) и хирургического лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ (ГОЛОВЫ БАРАНА) ДЛЯ ОТРАБОТКИ НАВЫКОВ РИНОПЛАСТИКИ

Миндлин С.Н., Фридландер Э.Ю.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Введение. В настоящее время актуальной является проблема развития технологий хирургического моделирования. Повсеместное увеличение количества обучающихся ординаторов неизбежно ведет к уменьшению их оперативной активности и диктует необходимость в проведении дополнительного обучения на хирургических моделях. С другой стороны широкое внедрение процедуры аккредитации специалистов по профилю «Оториноларингология» влечет за собой необходимость разработки искусственных симуляторов. Риносептопластика – одна из самых трудоемких операций в ринологии, обучение которых требует значительных временных и финансовых затрат. В настоящее время hands-on обучение возможно только на кадаверных головах, высокая стоимость которых ограничивает их доступность.

Цель. Разработать новую биологическую симуляционную модель и новый тренажер для отработки навыков риносептопластики.

Материалы и методы. В качестве биологического материала для отработки навыков была выбрана голова барана, что обусловлено схожестью анатомии носа барана и человека (перегородка, нижние и верхние латеральные хрящи, носовые раковины), широкой доступностью овец и баранов на сельхозпредприятиях, низкой стоимостью голов, что делает их доступными для частого обучения. Нами была выбрана последовательность отработки навыков, которая включала в себя следующие этапы: выполнение трансколломелярного и подхрящевых разрезов, диссекция кожного кармана, выделение хрящей наружного носа, осуществление доступа к перегородке носа, диссекция мукоперихондральных лоскутов с обеих сторон, выполнение септопластики и забора хрящевого графта, редукция хрящевой горбинки, формирование расширяющих графтов из перегородочного хряща, установка расширяющих графтов, подшивание верхних латеральных хрящей и расширяющих графтов к перегородке носа, выполнение цефалической резекции, выполнение редукции нижних носовых раковин, отработка межкупольных и внутрикупольных швов, ушивание кожного разреза. На голове барана было возможно выполнение всех данных этапов. Разработанная нами модель была опробована на 4 диссекционных курсах

с общим количеством участников 20 человек (17 студентов старших курсов, 3 практикующих ЛОР-врача), длящихся 6 часов, за которые участники выполнили вышеуказанную последовательность.

Результаты и их обсуждение. Разработанная нами модель была опробована на 4 диссекционных курсах с общим количеством участников 20 человек (17 студентов старших курсов, 3 практикующих ЛОР-врача), длящихся 6 часов, за которые участники успешно выполнили вышеуказанную последовательность.

Выводы. Разработанную биологическую модель можно рекомендовать для отработки навыков проведения рино-септопластики

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫХ ЦИФРОВЫХ ПРОТОКОЛОВ ПЛАНИРОВАНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Мисирханова М.И., Михайлюков В.М., Дробышев А.Ю.

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

Зубочелюстные аномалии широко распространены и оказывают значительное влияние на эстетическое восприятие лица. Ортогнатическая операция является операцией выбора для лечения пациентов с аномалиями зубочелюстной системы. Для получения благоприятного функционально-эстетического результата при планировании хирургического лечения необходимо комплексное обследование пациентов, включающее в себя клиническое обследование, антропометрическое исследование и анализ гипсовых или цифровых моделей челюстей, рентгенологическое обследование челюстно-лицевой области, фотометрическое исследование, обследование височно-нижнечелюстного сустава. Результаты анализа полученных данных позволяют смоделировать необходимые перемещения челюстей, которые, в свою очередь, в точности должны быть воспроизведены на операционном столе, за счет использования окклюзионных шаблонов, предварительно изготовленных по гипсовым и/или цифровым моделям челюстей, с целью интраоперационного контроля. Необходимо учитывать, что данные процедуры планирования как с использованием окклюзионных шаблонов, изготовленных по гипсовым моделям, так и с использованием окклюзионных шаблонов, напечатанных на 3D-принтере, согласно виртуальному планированию предполагают наличие, как правило, не одного единственного участника, а нескольких, в частности челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, зубного техника и лаборанта, которые в различные этапы планирования могут прямо или косвенно негативно влиять друг на друга. В настоящее время компьютерное моделирование применяется и при изготовлении хирургических шаблонов для определения линий остеотомий челюстей при проведении хирургических операций. Вместе с тем это не исключает влияния субъективного фактора при оценке «правильности» позиционирования остеотомированных фрагментов лицевого скелета непосредственно в операционной ране. Важное влияние на послеоперационный результат оказывает эстетическое видение оперирующего

хирурга. Усовершенствованию хирургического протокола при проведении ортогнатических операций посвящено много научно-исследовательских работ и до сих пор тема является актуальной.

Цель исследования. Совершенствование методов виртуального планирования и фиксации при лечении пациентов с аномалиями зубочелюстной системы.

Материалы и методы. В период с октября 2018 по май 2021 года на базе кафедры челюстно-лицевой и пластической хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова в рамках сравнительного анализа послеоперационных результатов лечения пациентов с аномалиями челюстей при проведении ортогнатических операций с результатами предоперационного компьютерного моделирования было проведено исследование, в которое вошли 20 пациентов, в возрасте 19–34 лет. Всем пациентам был проведен полный комплекс клинических (сбор анамнеза, осмотр лица и полости рта) и дополнительных методов исследования (фотография, 3D-сканирование лица, 3D-сканирование моделей челюстей, ОПТГ, ТРГ в боковой проекции, МСКТ или КЛКТ лицевого скелета, МРТ височно-нижнечелюстного сустава). После завершения ортодонтической подготовки с использованием было проведено планирование и хирургическое вмешательство (формирование правильных межкклюзионных взаимоотношений) в соответствии с параметрами лицевой эстетики. После определения направленности и величины необходимого перемещения челюстей полученные данные отправлялись для проектирования индивидуального медицинского изделия в компанию «Конмет», где с помощью 3D-принтера производились индивидуальные шаблоны с заданными линиями остеотомии верхней челюсти по Le Fort I, индивидуальные титановые минипластины для фиксации верхней челюсти и стереолитографические модели челюстно-лицевой области до и после реализации перемещений.

Результаты. Разработаны методология, этапность создания и использования индивидуальных шаблонов с заданными линиями остеотомии челюстей и индивидуализированных титановых имплантатов-пластин для их фиксации во время проведения ортогнатических операций у пациентов с аномалиями развития зубочелюстной системы.

Выводы. Использование индивидуальных шаблонов с заданными линиями остеотомии и индивидуализированных титановых имплантатов-минипластин обеспечили прецизионный перенос виртуально запланированного перемещения челюстей, сокращение времени хирургического вмешательства, за счет отсутствия необходимости использования окклюзионных шаблонов и интраоперационной моделировки стандартных титановых минипластин.

ВЛИЯНИЕ СЕПТОПЛАСТИКИ НА ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ НАРУЖНОГО НОСА

Мисюрин Ю.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Септопластика – это оперативное вмешательство, направленное на коррекцию костно-хрящевого отдела перегородки носа, которое выполняется врачами-оториноларин-

гологами для восстановления или улучшения носового дыхания. Проведенные многочисленные исследования показали, что использование метода подслизистой резекции по G.Kilian (1904) неприемлемо, так как метод приводит к следующим осложнениям: западение спинки носа, свисание кончика носа, втянутость кожного отдела перегородки, а также повышает риск развития перфорации или атрофических процессов (Пискунов С.З., Пискунов Г.З., 2002; Козлов В.С., 2003; Тарасова Н.В., Литвинов С.Д. 2003). В настоящее время существует большое количество методов щадящего ремоделирования четырехугольного хряща. К одним из которых относится метод «створки двери». Операция заключается в мобилизации четырехугольного хряща от слизистой с одной стороны, от перпендикулярной пластинки, от премаксиллы и сошника, таким образом, что он остается фиксирован в области хрящевой спинки и слизистой противоположной стороны. Этот способ позволяет корректировать вывих и боковой смещение четырехугольного хряща, а также шипы и гребни, расположенные в задне-нижних отделах перегородки. Очень часто, существующее смещение только концевого отдела перегородки относительно центральной линии приводит к асимметрии и деформации крыльчатых хрящей, расширению колумеллы. Резекция этого участка может привести к провисанию и удлинению кончика носа, за счет потери необходимой опоры.

На базе ККБ № 3 г. Краснодара прооперировано 57 человек по поводу искривления носовой перегородки и затруднения носового дыхания. Методика операции заключалась в модификации техники «створки двери». Выполнялся полупроницающий разрез в преддверии носа слева, после выделения костно-хрящевых структур с одной стороны, концевой отдел носа выделялся и с другой стороны на протяжении 1–1,5 см. Далее проводился вертикальный разрез с формированием хрящевого лоскута, мобилизованного в передне-нижнем отделе, который укладывался в выделенный карман между медиальными ножками крыльчатых хрящей с последующей фиксацией к премаксилле швом. В случаях наличия шипов и гребней – они резецировались. Послеоперационный период – без особенностей. Период наблюдения составил 3 года. Предложенный метод, обладая минимальной травматичностью, обеспечивает коррекцию концевого отдела перегородки с восстановлением носового дыхания, без потери опоры для хрящей наружного носа.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ СКУЛО-ГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЕЗРАМНОЙ НАВИГАЦИИ

Михайлюков В.М., Мисирханова М.И., Дробышев А.Ю.
*Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова, Москва*

Основной задачей в реконструктивной хирургии посттравматических дефектов и деформации глазницы является восстановление ее правильной анатомии с целью

устранения косметических и функциональных нарушений в виде энтофтальма, гипопфтальма различной степени выраженности. Для восстановления правильной анатомии костных структур скуло-глазничного комплекса важную роль играет правильная форма, объем и месторасположение имплантата, а также правильное положение смещенных костных фрагментов. В настоящее время некоторые из этих задач помогает решать методика стереолитографического прототипирования. При выполнении реконструктивных операций на скуло-глазничном комплексе стереолитографическое прототипирование помогает правильно воссоздавать форму и объем имплантата, но при этом не дает возможность интраоперационно контролировать его положение. Для интраоперационного контроля положения имплантата существует методика интраоперационной рентгенографии, которая позволяет оценить положение имплантата, но при этом не дает возможности оценить его объем и форму. Интраоперационная компьютерная томография позволяет контролировать объем, форму и положение установленного имплантата. Однако недостатками данного метода являются лучевая нагрузка, отсутствие возможности проводить визуализацию в режиме реального времени, требует больше времени для проведения. Комплексное решение данных проблем призвана решить методика безрамной навигации.

Цель исследования. Разработать способ применения безрамной навигации в хирургическом лечении пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями глазницы.

Материалы и методы. На клинической базе НИИ СП им. Склифосовского и КЦ ЧЛПХ и С Клиники МГМСУ им. А.И. Евдокимова за период с 2011 по май 2021 года выполнено 96 реконструктивных операций на скуло-глазничном комплексе. Во все клинических наблюдениях определялся энтофтальм и/или гипопфтальм различной степени выраженности. В предоперационном периоде всем пациентам выполняли мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) черепа в аксиальной и фронтальной плоскостях с построением 3D-реформаций. Данные МСКТ загружали в базу данных нейронавигационной установки и на аксиальных и фронтальных срезах выполняли послойное построение виртуальной модели недостающих фрагментов костных стенок глазницы. Таким образом, мы создавали виртуальную модель имплантата, форма, объем и локализация которого полностью соответствовали соответствующему посттравматическому дефекту стенок глазницы. В случаях смещения скуловой кости и наличии дистопии глазного яблока выполняли виртуальное планирование их правильного положения. На операционном столе осуществляли жесткую фиксацию головы в скобе Мейфилд и выполняли регистрацию пациента в нейронавигационной установке с помощью поинтера навигационной системы. Интраоперационно контроль формы устанавливаемого имплантата, контроль положения репонированных костных фрагментов и глазного яблока выполняли с помощью поинтера нейронавигационной установки, таким образом, чтобы каждая точка поверхности изготовленного имплантата репонированных костных фрагментов и глазного яблока совпадала с аналогичной точкой «виртуальной модели», отображенной на дисплее.

Результаты. По данным МСКТ, выполненной в послеоперационном периоде, было отмечено восстановление

правильной анатомии костей лицевого отдела черепа, форма и положение установленных имплантатов, репонируемых костных фрагментов были удовлетворительными и соответствовали конфигурации неповрежденных костных структур. Все пациенты с диплопией отметили позитивный функциональный эффект от проведенной операции в виде исчезновения двоения в центральной позиции взора. У всех пациентов достигнут хороший функциональный и косметический результат.

Заключение. Разработанная методика безрамной навигации при устранении дефектов и деформаций глазницы позволяет максимально точно воспроизвести форму, объем и положение костных фрагментов, имплантатов и ауто-трансплантатов, интраоперационно оценить положение глазного яблока, что позволяет добиться высоких функциональных и эстетических результатов. Для создания виртуальной модели глазницы не требуется изготовление стереолитографической модели. Использование безрамной навигации позволяет сократить время предоперационной подготовки.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЛЕОГРАНУЛЕМ ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ

Молотков Н.С., Мидов А.А., Мельников Д.В., Старцева О.И.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва

Введение. История пластической хирургии сопряжена с поиском хирургами оптимальных материалов и малотравматичных методик, направленных на коррекцию контуров тела, с целью достижения психологической, физической и эмоциональной удовлетворенности человеком. Одной из таких методик стало подкожное введение вазелинового масла в ягодичную область, с целью аугментации ягодиц. Осложнения от использования данного безоболочечного имплантата не только не велируют косметический эффект от такого метода пластики, но и приводят к более тяжелым последствиям. Олеогранулема (олеома) ягодичной области – доброкачественное новообразование, возникающее вследствие инъекции под кожу ягодиц маслянистоподобных веществ: различных гелей или вазелина. На сегодняшний день проблема не теряет своей актуальности в связи с относительной дешевизной и простоте методики, отсутствии следов от инъекций и видимости результата введения вазелина сразу же после манипуляции. Практически все пациенты не представляют возможные последствия и наносят своему здоровью вред. Период времени от момента инъекции до первого обращения к врачу сильно варьирует и составляет от месяца до нескольких лет, что зависит от времени появления жалоб. У пациентов появляются боли в области введения, меняется цвет кожных покровов, в связи с пропитыванием их мигрирующим из подкожно-жировой клетчатки вазелином, образуются плотные, деформирующие ягодичную область олеогранулемы, способные к воспалению и нагноению. Единственным радикальным способом лечения осложнений от введения вазелина является хи-

рургическое вмешательство. В связи с отсутствием на сегодняшний день четких позиций в отношении лечения и ведения пациентов с осложнениями после введения вазелинового масла, мы считаем актуальным систематизировать и проанализировать собственный опыт, а также разработать оптимальную хирургическую тактику лечения олеогранулем после контурной пластики ягодичной области безоболочечными имплантатами.

Целью данной работы является иллюстрация хирургической тактики лечения олеогранулем ягодичных областей и полученных результатов.

Материалы и методы. С 2018 по 2021 год у нас под наблюдением находились 18 пациенток с олеогранулемами ягодичных областей. Возраст пациенток от 22 до 46 лет. У всех пациенток олеогранулемы образовались после подкожного введения в область ягодиц вазелинового масла. Длительность периода с момента инъекции вазелина до обращения к хирургу составила от 4 до 9 лет. На момент обращения пациентки имели жалобы на наличие плотных болезненных новообразований в области ягодиц, на изменение цвета кожных покровов над местами уплотнений. Всем пациенткам было выполнено оперативное лечение. Разметка выполнена как при операции по подтяжке ягодиц, с максимально возможным захватом в область иссечения кожи, вовлеченной в патологический процесс. В правой и левой ягодичных областях, в верхних их квадрантах, выполняли эллипсоидный разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки. Далее выполняли доступ к олеогранулемам. Затем, острым путем выполнялось иссечение их в пределах здоровых тканей. Иссеченные ткани отправлялись на патогистологическое исследование. Во всех случаях устанавливали активные дренажи, рана ушивалась наглухо.

Результаты. Все пациентки, прооперированные по поводу олеогранулем ягодичных областей, хорошо перенесли операцию, дренажи сняты на 3–5 сутки после операции, ранний послеоперационный период проходил без осложнений. Пациентки, были выписаны из клиники на 3–7 сутки после операции. По данным заключения патогистологического исследования в полученном операционном материале: олеогранулемы с частичной организацией, фиброзом. В позднем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: у 5 пациенток были выявлены длительные серомы, до 3-х месяцев после операции; у 2 пациенток – имелось незначительное расхождение швов с образованием свищей. Спустя 6 месяцев после операции 12 пациенток были удовлетворены косметическим результатом операции, жалобы отсутствовали. В 6 случаях было выполнено повторное оперативное вмешательство – коррекция рубцов с дополнительной подтяжкой ягодиц, для достижения наилучшего эстетического результата.

Заключение. Основным и радикальным методом лечения олеогранулем является оперативный. Иссечение олеогранулем ягодичных областей с использованием разметки для подтяжки ягодиц позволяет радикально иссечь патологически измененные ткани, при этом получив хороший косметический и функциональный результат.

SURGERY FIRST ИЛИ ДВУХЭТАПНЫЙ ПРОТОКОЛ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ И АНОМАЛИЯМИ ОККЛЮЗИИ

Набиев Ф.Х., Либин П.В., Стародубцев Д.С.

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

Введение. За последние десятилетия возросла обращаемость пациентов с зубочелюстными аномалиями, это связано с ростом популярности и осведомленности населения о современных возможностях ортогнатической хирургии и ортодонтии. Вместе с тем растут и требования данной категории пациентов. Придерживаясь классического трехэтапного протокола в лечение пациентов с ЗЧА, ортогнатическим хирургам удается добиться хорошей гармонии лица и получить стабильную окклюзию. Однако среднестатистическая длительность лечения, которая по данным литературы составляет более 18 мес., ухудшение эстетики лица и функциональные нарушения связанные с предоперационной ортодонтической подготовкой – ставят перед нами задачу в совершенствовании и создании новых протоколов комплексного лечения пациентов с деформациями челюстей и аномалиями окклюзии. В 2009 году Nagasaka Н была предложена методика, которая предусматривает проведение оперативного вмешательства, без этапа ортодонтической подготовки, а ускоренное ортодонтическое лечение, связанное с феномена регионарного ускорения, начинается через 2–3 недели после операции. На сегодняшний день опубликовано большое количество зарубежных сообщений об успешности данного метода лечения. Однако в России данный метод до сих пор остается недооцененным, и ему посвящены единичные публикации, что обусловлено многочисленной и весьма противоречивой информацией относительно показаний и отдаленных результатов лечения. Техника проведения двухэтапного протокола включает стандартные этапы, однако отсутствует единый алгоритм планирования, а также какие-либо клинические рекомендации по применению этой методики. По имеющимся работам, можно судить об активном его использовании в странах Азии и Европы. Эта методика позволяет сократить сроки реабилитации пациентов, что в целом благотворно сказывается на их физическом и психоэмоциональном состоянии.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения пациентов с аномалиями зубочелюстной системы путем разработки и внедрения двухэтапного протокола комплексной реабилитации.

Материал и методы. На базе ЦНИИСиЧЛХ было обследовано 15 пациентов с нарушениями прикуса, определены показания и противопоказания для проведения двухэтапного метода хирургического лечения. Из них 7 пациентов были прооперированы по предложенной нами методике. Возраст пациентов от 18 до 38 лет. В исследование не были включены пациенты, которым ранее уже проводилось ортодонтическое лечение. Проводились обследования: клиническое, цефалометрический анализ, КТ лицевого скелета, компьютерное 3D-моделирование.

Результаты. Проведенные исследования показали оправданность применения двухэтапной методики. Сокращение

сроков реабилитации пациентов в нашей работе составило 8–11 месяцев, при этом у всех прооперированных была достигнута стабильная окклюзия и гармония лицевых структур. Разработанный алгоритм планирования гарантирует предсказуемый результат. Не было выявлено статистически значимого роста послеоперационных осложнений или рецидива после применения двухэтапного протокола в сравнении с классическим общепринятым трехэтапным. **Заключение.** Двухэтапный протокол имеет ряд преимуществ над классическим протоколом ввиду сокращения общего времени лечения и раннего ответа на потребность пациента, однако существуют ограничения, в частности, касающиеся тщательного отбора пациентов, диагностики и скрупулезного планирования операции в 3D. Опыт хирурга и ортодонта важен для применения этого протокола.

МАСТОПЕКСИЯ: ВЫБОР МЕТОДА – МОЙ 6-ЛЕТНИЙ ОПЫТ

Нудельман Н.С.

«Центр косметологии и пластической хирургии», Екатеринбург

Актуальность доклада обусловлена отсутствием утвержденных стандартов и рекомендаций, отсутствием единого подхода в решении проблемы птоза молочных желез (МЖ).

Цель – провести сравнительный анализ эффективности и долгосрочности сохранения стабильного результата при разных вариантах устранения мастопексий из собственного опыта.

Метод. Всего за 6 лет мной выполнено 229 мастопексий: 138 редуционных и 91 без коррекции объема. Проведен сравнительный анализ 68 мастопексий без использования имплантов: из них 32 редуционных и 36 мастопексий без коррекции объема. Выбором при мастопексиях и редуциях являлись модификации методики докторов ЛеЖур, Нахаи, где чаще использовалась верхняя ножка и максимальное избегание Т-образного рубца. При больших редуциях использовался свободный перенос ареол. С 2018 года, после прохождения 30-дневной стажировки в клинике доктора Р.Граф, стали использоваться так же нижняя ножка при выраженной редуции и верхняя или верхне-медиальная ножка для наполнения верхнего полюса или нижне-медиального квадранта в разных вариантах птоза молочных желез. Разработан собственный алгоритм выбора методики, в зависимости от объема железы, состояния кожного чехла, расстояния от яремной вырезки до соска и других измерений. Также, при небольшом размере груди, либо выраженном желании пациентки не иметь рисков по грудному кормлению применяется методика изолированной коррекции чехла при мастопексиях. Основными осложнениями до 2018 г. были: -краевой некроз ареол – проваливание верхнего склона в течении полугода после операции и формирование деформации по типу *bottoming out*. -рубцовая деформация в виде втяжения в области нижнего участка вертикального рубца. После 2018 г.: -расхождение рубца и более длительное заживление в основании железы при Т-пластике -формирование «ушек» в медиальной и латеральной части горизонтального рубца.

УПРОЩЕННЫЙ МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ КОНЧИКА НОСА

Овесян И.М.

2-ое Медобъединение, Ереван, Армения

Ринопластика и сегодня является одной из лидирующих среди пластических операций в нашей стране, в связи с чем все новые и новые методы и техники внедряются с целью улучшения и увеличения предсказуемости результатов операций.

Нашей целью является достижение желаемых результатов с минимально возможными усилиями. Во-первых, максимально сократить длительность операции, во-вторых, по возможности упростить технику операции и, в-третьих, использовать минимальное количество постоянных внутренних швов с целью избежания как ранних, так и длительных послеоперационных осложнений, таких как воспаление, фиброз, прорезывание швов, что составляет немалый процент, требующих повторного оперативного вмешательства. Для удовлетворения вышеуказанных задач, нами была выдвинута методика формирования купола кончика носа и цефалических краев нижнелатеральных хрящей с помощью разрезов и надрезов и с минимальной резекцией последних. Данной методикой нами было прооперировано свыше 200 пациентов с трехлетним послеоперационным наблюдением. Результаты показали высокую эффективность данной методики. Неудовлетворительные результаты составили примерно 15–20% и в основном были связаны с неточной оценкой количества удаляемых хрящей, которые удачным образом были скорректированы при повторном вмешательстве, в среднем через 4–6 месяцев после первой операции. Использование данного метода обеспечивает желаемый результат, при этом без накладки на рассасывающихся швов в области купола кончика носа, что особенно актуально у пациентов с тонкой и очень тонкой кожей, в разы сокращается продолжительность операции, технически не сложно выполняемо. Так же моделирование кончика носа обработкой хрящей с минимальной их резекцией в меньшей степени нарушает устойчивость носовых клапанов, учитывая тот факт, что не используются крыльчатые трансплантаты и, что немаловажно, его можно выполнить как при открытом, так и закрытом доступах ринопластик.

ВЫБОР РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ИЛИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РИНОПЛАСТИКИ ПРИ ТОНКИХ ХРЯЩАХ, КОМБИНИРОВАНИЕ МЕТОДИК (THIN CARTILAGE)

Омар Х.М.

Клиника «МедИст», Краснодар

Введение. Сама по себе эстетическая ринопластика основывается на переформировании различных анатомических участков носа без использования иных и вспомогательных материалов.

При реконструктивной ринопластике, как правило, можно использовать иные материалы: аутохрящи, аллохрящи, остеотомия костей носа. В каждом носе различают спинку,

кончик, крылья, стороны, мягкие треугольники, определяют углы выступления, понижения, длину, ширину, высоту и ширину носа и его составляющие в разных проекциях. При изучении хрящей носа мы можем выделять различные типы хрящей: жесткие, тонкие, широкие, узкие. При предварительном осмотре пациентов можно лишь предполагать о типе хряща после пальпирования и при признаках «мягкого кончика носа», при легком контакте кончика носа с пальцами хирурга до верхней губы.

Цель: оценить различие проведения эстетической ринопластики при тонких хрящах без использования аутоматериалов (хрящей) и реконструктивной ринопластики с использованием аутоматериалов, в частности хрящей.

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

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

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

ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ДЕФОРМАЦИИ НАРУЖНОГО НОСА И ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА

Панасенко Е.И., Русецкий Ю.Ю.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

Введение. Пациенты с деформацией наружного носа и искривлением носовой перегородки могут быть предрасположены к заболеваниям околоносовых пазух. Вопрос о безопасном и эффективном одномоментном проведении эндоскопической синусохирургии и сохраняющей ринопластики является актуальным.

Цель. Представить свой опыт проведения одновременной ринопластики и функциональной хирургии околоносовых пазух. Доказать безопасность, эффективность и определить порядок проведения такой операции.

Задачи. Изучить данные мировой литературы об опыте проведения симультанных операций на наружном носе и околоносовых пазухах. Определить возможные осложнения во время и после проведения данной операции. Определить противопоказания к проведению комбинированной операции. Провести хирургическое лечение пациентов с сочетанной патологией. Оценить ранние и отдаленные результаты симультанного оперативного вмешательства на наружный нос и околоносовые пазухи.

Материалы и методы. С 2020 по 2021 год 20 пациентам была проведена одновременная ринопластика и эндоскопическая синусохирургия. Предоперационное обследование проводилось в объеме: объективного осмотра пациентов, эндоскопического осмотра полости носа, КТ околоносовых пазух и фотографирования. Хирургическая операция проводилась под общей анестезией. Первым этапом выполнялась септопластика и эндоскопическая синусотомия. Второй этап – функциональная ринопластика открытым доступом.

Результаты. Во всех случаях комбинированная операция завершилась успешно. Все пациенты имели удовлетворительные эстетические и функциональные результаты. Серьезных осложнений и взаимного негативного влияния двух операций не отмечалось.

Выводы. Проведение одновременной ринопластики и эндоскопической синусохирургии возможно, без снижения эффективности каждого из этих вмешательств. Необходимо соблюдать этапность, в первую очередь воздействовать на носовую перегородку и нижние носовые раковины, затем проводить эндоскопическую операцию, и последним этапом выполнять ринопластику.

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА КОРРЕКЦИЮ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕК У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ ПЕРМАНЕНТНЫЙ МАКИЯЖ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ; ПРИМЕНЕНИЕ ПИКОСЕКУНДНЫХ ЛАЗЕРНЫХ МЕТОДИК ДЛЯ ЕГО УДАЛЕНИЯ

Паршикова Ю.Е., Раненко Е.В., Володькина Т.А.

Клиника лазерной медицины ET.LASER, Москва

Цель. Ключевым моментом оперативного вмешательства на веках считается грамотный анализ деформации тканей, входящих в состав века, и вытекающее из него логическое планирование и проведение самого оперативного вмешательства – блефаропластики. С возрастом в коже происходят глубокие дегенеративные процессы, приводящие к смещению мягких тканей, так же существенные смещения тканей происходят непосредственно в момент оперативного вмешательства. Вместе с ними смещается искусственно внесенный в кожу пигмент. Наличие ПМ в области века влияет на формирование ожиданий пациента, непосредственно планирование операции и максимально возможный для пациента итоговый результат операции, направленной на омоложение.

Материалы и методы. В клинике применяются комплексная методика лазерного удаления перманентного татуажа века с использованием пикосекундных лазеров Picosure (755 нм) для цветных и Picorplus (1064;532 нм) для черных ИВП как метод достижения максимально возможных эстетических результатов омолаживающих операций на веках для двух групп пациентов. Отметим, что планирование иссечения тканей периорбитальной области согласно имеющемуся ПМ анатомически не целесообразно, как правило, ИВП расположен в непосредственной близости или же по ресничному краю века и, его иссечение без деформации глазничной щели не представляется возможным. Частичное же иссечение ИВП приводит к деформации и потери эстетической функции рисунка. Проводился клинический анализ результатов фотодокументирования: до/после операции, до/после ЛУ ИВП, оценки пациентами качества жизни и эстетических результатов операции по шкале от 1 (неудовлетворительно) до 5 (отлично). Было сформировано две группы пациентов. Первой группе (5 пациентов в возрасте от 35 до 55 лет) курс ЛУ ПМ назначается в период за 6–12 месяцев до планируемого оперативного вмешательства. Вторая группа (5 пациентов в возрасте от 35 до 55 лет) принимала решение выполнить ЛУ ПМ в постоперационном периоде (минимально допустимый срок начала ЛУ ПМ 4 недели с момента операции).

Результаты. Была выявлена прямо пропорциональная зависимость между удовлетворенностью пациентов эстетическими результатами омолаживающих оперативных вмешательств и ЛУ ПМ с применением пикосекундных лазеров Picosure (755 нм) и Picorplus (1064;53 нм). Средний бал оценки удовлетворенности результатами операции в первой группе составил 4,6 из 5, во второй группе 3,4 из 5. Основная жалоба второй группы пациентов в постоперационном периоде – деформация и асимметрия ПМ века, объективно визуализируемая на фото до/после операций. Для того чтобы средний бал удовлетворенности был при-

ближен к показателям первой группы уходило от 1 до 8 месяцев. Так же стоит отметить, что реабилитация пациентов первой группы после сеансов ЛУ проходила комфортнее, у второй же группы такие постпроцедурные явления отечности имели затяжной характер.

Заключение. Удаление ПМ век с применением высокотехнологического лазерного оборудования является важным этапом предоперационной подготовки и планирования оперативных вмешательств в периорбитальной области, и эстетического восприятия и омоложения области в целом. Применение для ЛУ ПМ пикосекундных лазерных методик Picosure (755 нм) и Picoplus (1064;532 нм) является методом выбора в ЛУ ПМ, позволяющим достигать максимально быстрых и эффективных эстетических результатов полного удаления ПМ по сравнению с другими наносекундными лазерными методиками.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕКТИВНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛУБИНЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ТОЛЩИНЫ КОЖНЫХ ПЛАСТОВ И ИХ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СООТВЕТСТВИЯ С ПОМОЩЬЮ ОКТ

Петрова К.С., Карпенко А.А., Рябков М.Г., Богданова А.Е.,
Чернышев С.Н., Погодин И.Е.

*Приволжский исследовательский медицинский университет,
Нижний Новгород*

В современной комбустиологии по-прежнему актуальной задачей является создание методики объективной мультиочаговой оценки степени повреждения тканей в режиме реального времени, которая позволила бы более точно выявить не только истинную структуру травмы, но и определиться с наиболее адекватной тактикой лечения пациента. При этом возможность объективного контроля процесса терапии позволила бы не только проводить ее своевременную коррекцию, но и прогнозировать исход заболевания и определять возможные пути коррекции оставшихся изменений в тканях. Основную трудность для развития методов диагностики ожоговой травмы создает невозможность контролируемого лабораторного воспроизведения ее различных вариантов на человеке. Многочисленные работы, посвященные подобным экспериментам, проводимым на лабораторных животных, позволяют получить лишь косвенные данные, т.к. присутствуют существенные различия между структурой, метаболизмом и процессами регенерации в коже животных и человека. Таким образом, вопрос объективной оценки глубины повреждения при ожоговой травме у человека остается открытым. С другой стороны, совершенно необходимым условием для оптимального оперативного лечения является выбор толщины кожного трансплантата и установка шага дерматомы. Выбор осложняется различием толщины кожных слоев не только у пациентов различного пола и возраста, но и кожи различной анатомической локализации у одного пациента. Оптимальным способом прижизненной визуализации структуры кожи в режиме онлайн является метод ОКТ, являющийся аналогом «оптической биопсии».

Цель. Оценить возможность объективного определения глубины повреждения кожных покровов, толщины кожных

пластов и их гистологического соответствия с помощью ОКТ в режиме *ex vivo*.

Материалы и методы. Патологоанатомическое исследование проводили на базе патологоанатомических отделений ряда клинических учреждений, исследованы образцы кожи ампутированных нижних конечностей (n=5). Проводили ОКТ-исследование неповрежденной кожи с последующей ОКТ-фиксацией результата последовательного послойного удаления пластов кожи (дерматомии) с помощью дерматомы. В работе 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. В эксперименте использован фрагмент кожи бедра с подкожной клетчаткой, полученный в результате плановой ампутации. Проводили ОКТ-исследование неповрежденной кожи с последующей ОКТ-фиксацией результата последовательного послойного удаления пластов кожи (дерматомии) с помощью дерматомы с шагом 200 мкм.

Результаты. На исходных ОКТ-изображениях отчетливо визуализировались оптические эквиваленты рогового слоя, клеточных слоев эпидермиса, зоны дермо-эпидермального сочленения и сетчатого слоя дермы. При последовательном удалении слоев на ОКТ-изображении фиксировалось отсутствие оптического эквивалента одного из слоев в сочетании с появлением в поле зрения более глубокого лежащих слоев, обычно недоступных для зондирующего излучения (нижних отделов сетчатого слоя дермы и подкожно-жировой клетчатки). Из каждого отделенного фрагмента был изготовлен гистологический препарат. Результаты оценки препаратов полностью подтверждали правильность оценки глубины повреждения по ОКТ-образам и соответствовали отсутствующим на ОКТ-изображениях оптическим слоям.

Выводы. Проведенное исследование демонстрирует возможность ОКТ как метода, способного предоставить объективную информацию об исходном состоянии целой и поврежденной кожи, определяя глубину травматического воздействия, а также определять толщину кожных пластов, полученных в результате дерматомии. Практическое применение данной методики обследования позволит существенно улучшить диагностику повреждений и выбрать оптимальный вариант кожной пластики.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И «ОБРАЗ ТЕЛА» ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ

Плаксин С.А., Храмова Н.И., Пономарев Д.Н., Соцков А.Ю.
Пермский государственный медицинский университет, Пермь

Цель и задачи. Аугментационная маммопластика достоверно повышает качество жизни, в том числе, удовлетворенность самим результатом, а также психосоциальным и сексуальным функционированием личности. Влияние

операции на различные стороны качества жизни различаются при использовании различных опросников и выборе разных критериев оценки. Литературные данные варьируют в широких пределах от исключительно положительных до более скромных позитивных оценок.

Целью исследования был анализ уровня качества жизни и его компонентов в отдаленный период после аугментационной маммопластики.

Материалы и методы. Проанализированы отдаленные результаты динамики уровня качества жизни и его компонентов у 17 практически здоровых женщин в возрасте $32,5 \pm 5,2$ лет, со средней массой тела $51,4 \pm 4,9$ кг, индексом массы тела $19,2 \pm 1,7$ кг/м². Для оценки уровня качества жизни и ее аспектов использованы русскоязычные авторские версии опросников BIQLI и ASI-R. Анкетирование первый раз проводили после первой консультации перед протезированием молочных желез, повторно – через 6–14 месяцев после операции.

Результаты. Субъективный уровень качества жизни, обусловленный отношением к собственной внешности («образ тела»), определялся средним баллом опросника BIQLI, до операции он был положительным у 15 (88%) пациенток, у двоих (12%) он равнялся «0». Максимальный балл определялся для такого аспекта личностного функционирования, как «Отношения с лицами противоположного пола». Минимальный балл уровня качества жизни определялся при ответах на вопросы «Моя физическая активность» и «Желание сделать то, что может привлечь внимание к моей внешности», и был больше у молодых пациенток ($R = -0,5$; $p = 0,003$) с низким индексом массы тела ($R = -0,05$; $p = 0,04$). Пациентки с более низким чувством уверенности ($R = -0,6$; $p = 0,02$) и счастья в повседневной жизни ($R = -0,6$; $p = 0,04$) были ориентированы на увеличение груди в большей степени, и в итоге им были подобраны и установлены импланты большего объема. В отдаленном периоде после протезирования молочных желез субъективный уровень качества жизни, обусловленный отношением к собственной внешности, повысился у 9 человек, у 7 он незначительно уменьшился, по сравнению с исходным, что, вероятно, говорит о том, что увеличение молочных желез не решило проблему психологических аспектов самовосприятия. У одной пациентки уровень качества после операции не изменился. В среднем общий балл опросника повысился на 0,2 ($p > 0,05$). Статистически значимое повышение уровня качества жизни отмечено только для одного вопроса анкеты BIQLI: «Мои чувства собственного достоинства и самоуважения» ($p = 0,02$), то есть аугментационная маммопластика способствовала повышению этого аспекта личностного функционирования. Для результатов анкетирования с помощью опросника ASI-R получены следующие закономерности: чем больше был возраст, тем больше внимания пациентки уделяли внимания своей внешности ($R = -0,7$; $p = 0,004$) и сравнивали себя с окружающими ($R = -0,6$; $p = 0,002$), задумывались о том, что окружающие подумали об их внешности ($R = 0,6$; $p = 0,04$), чаще задумывались о том, как они выглядят в различных ситуациях ($R = 0,6$; $p = 0,02$). Чем выше был индекс массы тела, тем больше была взаимосвязь образа тела с успешностью в повседневных делах ($R = 0,8$; $p = 0,002$) и ситуациями, которые заставляют задумываться о своей внешности ($R = 0,6$; $p = 0,03$). Достоверно повысился после увеличения молочных желез средний балл шкалы мотивации. Стати-

стический анализ показал высокую степень внутренней согласованности вопросов анкеты BIQLI, в то время как внутренняя согласованность опросника ASI-R была недостаточно высокой.

Выводы. Опросники качества жизни, связанного с особенностями самовосприятия, «образа тела», а также оценки внешних факторов в формировании самооценки и мотивации, могут служить инструментом для объективной оценки результатов коррекции внешности, в том числе, при увеличении молочных желез. При выявлении исходно отрицательных параметров самовосприятия следует рекомендовать пациентке консультацию психолога или психотерапевта, так как в этих случаях операция не гарантирует наступления положительного эффекта и удовлетворения пациентки результатами эстетической коррекции.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДВУХСЛОЙНОЙ КОМПОЗИТНОЙ МАТРИЦЫ ДЛЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОЖИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКИХ ОЖОГОВ

Плешков А.С., Шаповалов С.Г., Кчеусо А.В., Юнусова Ю.Р.
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

Введение. Сложную категорию составляют пострадавшие с глубокими ожогами более 30% поверхности тела из-за дефицита донорских областей для пересадки кожи. Доступным и высокоэффективным ресурсом для преодоления этого ограничения, могло бы быть применение донорской (трупной) кожи. В США и многих странах Европы использование донорской кожи является «золотым стандартом» временных раневых покрытий. В РФ в настоящее время применение трупной кожи юридически не разрешено. В этой связи представляется весьма актуальным использование композитной матрицы для лечения глубоких и обширных ожогов кожного покрова у пострадавших. Существуют и находят успешное применение за рубежом ряд композитных матричных медицинских изделий на основе пористого коллагена ксеногенного происхождения и армированного силиконового слоя, но их использование в России до недавнего времени было невозможно из-за лицензионных ограничений.

Цель: оценить эффективность применения композитной (двуслойной) матрицы – сочетания пористого коллагенового слоя и армированного силиконового слоя в лечении ожогов III степени (по классификации МКБ-10).

Материалы и методы. В качестве композитной матрицы использовали нативный стабилизированный коллаген I типа бычьего происхождения с высоким содержанием волокна, чтобы сохранять сигналы адгезии клеток, и с механической структурой, обеспечивающей поддержку процесса регенерации со вторым слоем из армированного силиконового эластомера, выступающего в качестве псевдо-эпидермиса. Данная композитная матрица применялась у одного пациента 24 лет с диагнозом: Ожог пламенем S=60% (49%)/II-III ст. лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. Ингаляционная травма II ст. Ожоговый шок. Ожоговая болезнь от 12.04.2021 г. Композитная матрица использовалась для регенерации кожи в области ран нижних ко-

нечностей с обнажением надкостницы (4% поверхности тела) передней поверхности большеберцовых костей на площади 15% поверхности тела. Композитные покрытия фиксировались вакуум-ассистированной повязкой системы отрицательного давления в постоянном режиме отрицательного давления 75 мм рт. ст.

Результаты. Двуслойная композитная матрица служила основой для инфильтрации клеток, таким образом, способствовала естественному процессу регенерации ткани. Двуслойная композитная матрица поглащалась, преобразуясь в сосудистую ткань (неодерма), которая гистологически очень близка к нормальной дерме. Срок наступления формирования неодермы составил 18 дней с момента применения композитной матрицы. Силиконовый слой удалён после регенерации дермы, непосредственно перед наложением аутодермотрансплантата толщиной 0,25 мм. Приживление аутодермотрансплантата составило 100%.

Обсуждение. Двуслойная композитная матрица имеет оптимальный размер пор (100 мкм) и особую структуру матрицы в виде открытых ячеек, которые способствуют питанию и миграции фибробластов. Степень наличия поперечных связей в молекуле коллагена обеспечивает сбалансированные процессы поглощения коллагена фибробластами и регенерации. Поверхностный слой из силиконового эластомера препятствует высыханию биологических тканей. Материал удобен в работе, обладает хорошей адгезией к ране.

Выводы. При обнажении костных структур дистальных отделов нижних конечностей композитная матрица является надежной приоритетной лечебной технологией для оперативного восстановления кожного покрова. В отличие от пересадки сложных комплексов тканей с микрососудистой техникой для закрытия глубоких раневых дефектов с обширным обнажением костных структур дистальных зон нижних конечностей композитная матрица является нетравматичным методом, не требующим применения «тонких» микрохирургических навыков, оптики и инструментов. Наблюдаемые результаты позволяют сделать вывод об эффективности, безопасности применения композитной матрицы на основе коллагена и силиконового эластомера.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНСАРЕОЛЯРНЫХ ДОСТУПОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Подберезина Ю.Л., Тимошенко В.А.

Клиническая больница № 1 (Волынская) Управления делами Президента РФ, г. Москва

Одной из важнейших задач онкопластической хирургии является оптимальная радикальность выполняемых операций при минимальной травматизации тканей и максимальном эстетическом результате. Поэтому разрабатываются и внедряются новые подходы и хирургические техники, позволяющие выполнять деликатные, органосохраняющие и кожносберегающие операции. Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенным видом рака среди злокачественных заболеваний женской репродук-

тивной системы. В 2020 г. в мире было зарегистрировано более 2,2 миллиона случаев РМЖ. С развитием иммуногистохимических и молекулярных методов диагностики, а также появлением новых лекарственных препаратов для химио- и таргетной терапии в лечении РМЖ в лечении достигнут значительный прогресс. С 1980 по 2020 г. в странах с высоким уровнем дохода стандартизированная по возрасту смертность от этого вида рака сократилась на 40%. Несмотря на стремительное развитие лекарственной терапии РМЖ, хирургический этап лечения остается одним из основных. Объемы элиминации тканей и стандарты хирургического лечения РМЖ радикально изменились с 2014 г (рекомендации NCCN, SSO/ASTRO в разделе Margin Status recommendation: «для инвазивного РМЖ негативным является край резекции без опухоли в линии резекции»). Однако остается рак сложных локализаций при которых необходимо удаление всей железы или центральной ее части. А именно у пациентов с центральным РМЖ, микрокальцинатами, опухолями больших объемов, при которых по стандартам лечения показано удаление, в том числе сосково-ареолярного комплекса (САК). Нами разработаны хирургические доступы с удалением САК, позволяющие соблюсти радикальность и одновременно минимизировать эстетический дефект. Применен трансареолярный дугообразный разрез, окаймляющий сосок. Выполнялась либо подкожная мастэктомия, либо субтотальная резекция железы с одномоментной пластикой имплантатом.

Задачи и цели: Улучшить эстетические результаты при хирургическом лечении пациентов с РМЖ сложных локализаций, требующих удаления САК. Выявить преимущества при применении трансареолярного доступа. Оценить отсроченный эстетический результат.

Материалы и методы: критерии включения: средний размер железы, одномоментное эндопротезирование анатомическим имплантатом не более 290сс, возраст от 30 до 55 лет. (ср. возраст – 42,5), центральная локализация рака или наличие микрокальцинатов, умеренный птоз железы не более 2 степени, отсутствие выраженного гиперэластоза. Техника. Двумя полулунными разрезами, окаймляющими сосок, рассекается кожа с подкожной клетчаткой железы. При выполнении субтотальной резекции сохраняется жировая клетчатка в субмаммарной складке, верхнем и латеральном полюсах. При подкожной мастэктомии кожа отсепааривывается вверх до 2 ребра, медиально до грудины, латерально до передней аксиллярной линии, вниз до субмаммарной складки с сохранением последней. Удаленный материал исследуется на «чистоту края». Через отдельный разрез в аксиллярной области выполняется стандартная лимфодиссекция. Далее выполняется формирование подмышечного кармана для имплантата. Производится примерка сайзерами, устанавливался подходящий по размеру и форме имплантат. Дренажирование в двух плоскостях: подмышечной и подкожной. Послойное ушивание ареолярного пятна. Интрадермальный шов с небольшой «сборкой» для профилактики гипертрофического рубца.

Результаты. Пациенты осматривались первые 30 дней еженедельно, далее через 1, 3, 6, 12 месяцев. Максимальный эстетический эффект отмечен через 2 месяца. Оценывался размер, цвет, форма ареолярного пятна в сравнении со здоровой стороной. В 100% случаях новая ареола рас-

тягивалась до размера ареолы контрлатеральной железы. В 34% случаях выполненная «сборка» на ареоле имитировала сосок. Не отмечено образование гипертрофированных рубцов. В 21% случаев зафиксирована депигментация ареол после лучевой терапии. Гематом, некрозов не отмечено. Все пациенты удовлетворены как ранними, так и отдаленными результатами и в отсроченном периоде отказались от восстановления соска.

Выводы: Выполнение хирургического лечения у пациентов РМЖ с использованием трансареолярного доступа позволяет соблюсти не только онкологический радикализм, но и одновременно достичь хорошего эстетического результата. Частичное сохранение ареолярных кругов в отсроченном периоде имитирует здоровый САК, делая молочную железу более полноценной. Учитывая создание имитированного САК не требует выполнения симметризирующих операций.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ОСТЕОНЕКРОЗОМ ЧЕЛЮСТЕЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Попова С.В., Поляков К.А., Медведев Ю.А., Сергеев А.Ю.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва

В настоящее время в России и за рубежом появляются многочисленные публикации об атипичном поражении челюстных костей, которые связаны с приемом препаратов на основе фосфора или аналогов его соединений, в частности – бисфосфонатов. Согласно данным литературы, данное явление за десятилетний период от единичных клинических наблюдений достигло значения распространенного осложнения бисфосфонатотерапии с частотой встречаемости от 8 до 27%. Необходимо отметить недостаточную информированность врачей-стоматологов о риске развития остеонекроза челюсти у пациентов, получающих терапию БФ, после вмешательств в полости рта, что приводит к ошибкам в постановке диагноза и лечению. Попытки применить традиционные методы хирургического лечения, усугубляют течение остеонекроза, приводя к ускорению его распространения и ухудшению прогноза заболевания. При оперативном вмешательстве в зоне некроза костей следует проводить резекцию в пределах здоровых тканей, чтобы устранить распространение патологического процесса, однако следует помнить, что радикальное хирургическое вмешательство приводит к изменению качества жизни у пациентов в послеоперационном периоде.

Цель исследования – сравнительный анализ интенсивности болевого синдрома на различных этапах лечения у пациентов с медикаментозным остеонекрозом нижней челюсти.

Материалы и методы. В рамках исследования проведено комплексное обследование и лечение 82 пациентов с медикаментозным остеонекрозом нижней челюсти в возрасте от 55 до 76 лет. Оценка интенсивности болевого синдрома проводилась с помощью числовой рейтинговой

шкалы боли. Оценка качества жизни измерялась с помощью анкеты SF-36.

Результаты. Средний возраст пациентов обеих групп составил $66,8 \pm 10,03$ лет. Установлено, что в связи с наличием метастазов в костную ткань пациенты в течение в среднем $3,5 \pm 1$ лет получали ежемесячное (каждые 28 дней) внутривенное введение бисфосфонатов. Радикальное хирургическое лечение (сегментарная резекция челюсти) выполнена 43 пациентам. В контрольной группе (39 пациентам) проведена комплексная антибактериальная противовоспалительная терапия, полоскание растворами антисептика. В ходе исследования отмечена положительная динамика после проведения, как консервативного, так и радикального хирургического лечения. При обработке числовой рейтинговой шкалы боли было выявлено, что средний показатель интенсивности боли до лечения составлял у первой группы 8,9 балла, а у второй группы – 9,7. Данные показатели приближаются по значениям к результату «невыносимая боль». После проведенного лечения (30 дней) у группы сравнения данный показатель снизился и составил 4,1, что говорит о сохраняющейся боли – умеренной – у пациентов. У пациентов, которым была проведена сегментарная резекция челюсти средний показатель интенсивности боли составил 0,5. Результаты визуальной аналоговой шкалы у больных с MRONJ спустя 6 месяцев, что позволяет оценить этот показатель в динамике. После лечения данный показатель у первой группы составил 3,6, а у второй – 0,1. У пациентов 1-й и 2-й групп показатель интенсивности боли до лечения приближался к одинаковым значениям. После проведенного хирургического лечения показатель интенсивности боли в 2-й группе приближался к нормальным показателям. В группе сравнения после проведенного консервативного лечения, спустя 30 дней, имела тенденция к снижению показателя, однако, даже спустя 6 месяцев, он не достигал отметки «боли нет». У пациентов основной группы через 6 мес. показатель интенсивности боли был в 36 раз ниже, чем у пациентов 1-й группы. Клинически у 10 пациентов 1-ой группы отмечался рецидив заболевания, что указывает на необходимость проведения оперативного вмешательства. В свою очередь, наблюдалась корреляция между интенсивностью болевого синдрома и стадией процесса.

Выводы. Медикаментозный остеонекроз челюстей характеризуется патогномичными симптомами, патогенетическими и диагностическими особенностями, отличающими его от других воспалительных, дистрофических, а также ятрогенных заболеваний орофациальной области, поэтому целесообразно обособление его на сегодняшний день в самостоятельную нозологию, требующую комплексного изучения. Радикальное хирургическое вмешательство позволяет повысить уровень качества жизни пациентов за счет снижения интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде, тем самым подтверждая, что объем операции вторичен, если после проведенного лечения не возникает рецидива процесса.

ДОЗИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ТАРЗАЛЬНОЙ ПЛАСТИНКИ В ТРАНСКОНЪЮНКТИВАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ИНВОЛЮЦИОННОГО БЛЕФАРОПТОЗА

Потемкин В.В., Гольцман Е.В.

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

Введение. Вопросы хирургического лечения блефароптоза являются одной из актуальных тем современной офтальмохирургии. Особый интерес представляет трансконъюнктивальный доступ благодаря простоте выполнения и хорошему эстетическому результату. Тем не менее вопросы показаний и расчета объема операции до сих пор вызывают множество споров.

Цель. Оценить результаты резекции тарзальной пластинки при планировании трансконъюнктивальной хирургии инволюционного блефароптоза.

Материалы и методы. В рамках исследования были обследованы и прооперированы 75 пациентов (103 века). В качестве критериев включения в группу исследования были выбраны слабая и умеренная степень приобретенного апоневротического блефароптоза, хорошая функция мышцы, поднимающей верхнее веко, а также различные ответы на фенилэфриновый тест (в том числе отрицательный и слабopоложительный). Пациентам обеих групп была выполнена трансконъюнктивальная резекция верхней тарзальной мышцы, в основной группе в сочетании с иссечением тарзальной пластинки, в группе контроля – без иссечения тарзальной пластинки. Решение о необходимости резекции тарзальной пластинки принимали согласно предложенному ранее алгоритму расчета объема операции. Результаты хирургического лечения блефароптоза оценивали через 3 месяца, 6 месяцев и 1 год после операции.

Результаты. Среди пациентов обеих групп резекция тарзальной пластинки была выполнена у 53,3% пациентов (40 пациентов, 49 век). Таким образом, основную группу составили 40 пациентов, группу контроля – 35 пациентов. Группы были равноценны по полу и возрасту. При планировании резекции тарзальной пластинки у каждого пациента учитывались ее индивидуальные параметры, такие как – первоначальная ширина тарзальной пластинки и остаточная ее ширина после предполагаемой резекции. Последняя должна быть не менее 4 мм. Оценка вышеназванных параметров крайне важна ввиду того, что чрезмерная резекция тарзальной пластинки может приводить к нарушению стабильности верхнего века и развитию его заворота. Так, ширина тарзальной пластинки варьировала от 5 до 10 мм и в среднем составила $7,96 \pm 1,2$ мм. Остаточную степень блефароптоза наблюдали через 3 месяца после операции у 52,5% пациентов основной группы (21 пациент, 26 век) и у 25,7% группы контроля (9 пациентов, 11 век). Через 6 месяцев после операции остаточный блефароптоз наблюдался у 17,5% основной группы (7 пациентов, 8 век) и у 14,3% группы контроля (5 пациентов, 6 век). Через 1 год после операции остаточный блефароптоз наблюдался у 10,0% основной группы (4 пациента, 6 век) и у 11,4% группы контроля (4 пациента, 5 век).

Выводы. Резекция тарзальной пластинки при трансконъюнктивальной резекции верхней тарзальной мышцы позволяет достичь хорошего функционального результата, не увеличивая при этом частоту встречаемости остаточного блефароптоза. Ключевым критерием успеха при этом является точный расчет величины резекции тарзальной пластинки с учетом, как исходной ее ширины, так и остаточной после предполагаемого иссечения.

ЛИПОФИЛЛИНГ В ЖЕНСКОЙ ИНТИМНОЙ ЗОНЕ

Почхверашвили Л.П., Протасов К.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, «Клиник Эстетик», Санкт-Петербург

Цель исследования. Улучшить методику коррекции возрастных изменений в женской интимной зоне.

Материалы и методы. Возрастные изменения в области наружных половых органов у женщин, как и в других областях тела, имеют сходные проявления: уменьшение объема жировой ткани, снижение тонуса кожи, а также другие атрофические изменения. В большинстве своем, при отсутствии хирургической патологии, указанные изменения приводят к дряблости кожи больших половых губ, их удлинению и провисанию. Потеря объема жировой ткани ведет не только к ухудшению эстетического вида, но и к функциональным расстройствам, проявляющимся в снижении клапанного эффекта, сухости вульвы, уменьшении плотности «оргастического ободка», что, соответственно, ухудшает сексуальную жизнь обоих партнеров. Эти же изменения также происходят в малых половых губах и в предверии влагалища. В решении подобного рода «терапевтических» проблем на помощь приходит хорошо зарекомендовавший себя метод объемного восстановления – липофиллинг. В нашей клинике за последние 3 года методики объемной коррекции в женской интимной сфере приобрели значительную популярность. В практику прочно вошли наполнение больших половых губ, основания малых и боковых стенок предверия. Операция, как правило, сопровождается липосакцией для коррекции формы тела, или является дополнением к липофиллингу других областей. Выполняется, как правило, под наркозом (по поводу основной операции) или под местной анестезией.

Результаты и обсуждение. В результате липофиллинга интимной области у женщин существенно омолаживается внешний вид больших половых губ, уменьшается открытие вульвы при отведении ног лежа, уплотняется охват во время полового акта. «Побочным» эффектом манипуляции является усиление эрогенной чувствительности предверия, улучшению сексуальной жизни. Эту особенность отмечают все пациентки, которым была выполнена эта манипуляция.

Выводы. Объемное омоложение с помощью пересадки собственного жира (липофиллинг) прочно вошло в практику пластического хирурга. Применение этой методики в интимной области у женщин новое, но весьма эффективное и все более востребованное направление в эстетической хирургии.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЦЕЛЛЮЛИТА: МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДЕФИБРОЗИРОВАНИЯ КОЖИ И ПЖК ПОД ТУМЕСЦЕНТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ

Праздников Э.Н., Евсюкова З.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, Москва

Введение. Согласно различным источникам, 85% женщин старше 20 лет страдают целлюлитом, патогенез которого до конца не изучен, а значит и лечение носит в большей степени симптоматический характер.

Цель: разработка и предложение высокоэффективного малоинвазивного патогенетического способа лечения целлюлита.

Материалы и методы: нами разработан способ малоинвазивного дефибробирования подкожной жировой клетчатки с помощью атравматичных канюль и одновременной ее гидропрепаровки тумесцентным раствором Кляйна (раствор из 0,9% NaCl, 2% лидокаина и 1% адреналина в соотношении 100:5:0,1 мл) и последующим неодимовым прогревом дермы с целью разогрева скопившейся при данной препаровке в дерме и гиподерме жидкости, состоящей из тумесцентного раствора, а также жидкостного состава разрушенных адипоцитов (воды и липидов) и крови, которая, несмотря на относительную атравматичность канюли, выделяется из поврежденных сосудов, находящихся в соединительнотканых тяжах междольковой соединительной ткани. В данном процессе неодимовый лазер является проводником высокой энергии, а его мишенью, как известно, является гемоглобин и продукты его окисления. При нагревании внутри- и внесосудистой жидкости происходит не только усиление дренажа, но и прогрев глубокого слоя дермы с инициацией неоколлагеногенеза, что положительно влияет на качество кожи даже после одной процедуры, а также минимизирует период реабилитации до 1 дня. Суть метода заключается в бережной диссекции фиброзной ткани тупоконечными атравматичными канюлями, применяемыми пластически хирургами для минилипосакций, длиной 100–150 мм с закругленным кончиком и боковым отверстием, через которое антероградно подается тумесцентный раствор, при этом обеспечивается качественная анестезия, гемостаз, гидропрепаровка тканей и размывание поврежденных канюлей адипоцитов. Обработка «целевых» зон проводится на нескольких этапах: сначала в более глубоком слое, непосредственно в ПЖК, а после достижения полной препаровки в более поверхностном – в глубоком слое дермы. Далее обработанные зоны подвергаются глубокому прогреву на короткоимпульсном неодимовом лазере с длиной волны 1064 нм Aergolase Neo, длительность импульса которого значительно ниже времени термической релаксации кожи, а скорость прохождения через эпидермис в 50–60 раз выше, чем у стандартных неодимовых лазеров, поэтому никаких повреждений эпидермиса при данной процедуре не происходит. С целью усиления дренажа, разрешения петехий и мелких гематом с 4 по 30 сутки 1 раз в 6–8 дней пациенту проводится глубокий неодимовый прогрев на короткоимпульсном неодимовом лазере Aergolase Neo 1064 нм, а так-

же лимфодренажный аппаратный или мануальный массаж. Результаты. При контрольном осмотре пациентов уже через месяц заметно не только выравнивание рельефа кожи, но и уменьшение объема обработанных зон, что объясняется разрушением мембран адипоцитов вместе с диссекцией фиброзных тяжей. Отмечается повышение температуры кожи в данной области, по сравнению с ее температурой до лечения, появление физиологического розового цвета, исчезновение мраморного рисунка. На механическое или температурное воздействие кожа реагирует моментально в виде эритемы (при гиноидной липодистрофии кожа бедер и ягодиц имеет пониженную температуру, по сравнению с кожей других частей тела, а также очень медленно реагирует на механические воздействия ввиду скудной микроциркуляции и хронического застоя жидкости). Пациенты также отмечают уменьшение отечности в области голеностопных суставов и голеней. Важно отметить, что положительные изменения в рельефе, тургоре и качестве кожи происходят в течение 3 месяцев, поэтому целесообразно оценивать результаты лечения по истечении данного срока.

Выводы. Данный метод лечения целлюлита эффективен и приводит к клиническим улучшениям после однократной процедуры. Однако, как описано выше, результат может быть не долгосрочным, если не воздействовать на остальные звенья патогенеза целлюлита, поэтому нами рекомендованы эластокомпрессия, курс глубокого неодимового прогрева на короткоимпульсном неодимовом лазере с длиной волны 1064 нм, воздействие ультразвука (при необходимости параллельного липолиза), лимфодренажный массаж курсом.

РАЗЛИЧИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИМПЛАНТАТОВ С ТЕКСТУРИРОВАННЫМ И ПОЛИУРЕТАНОВЫМ ПОКРЫТИЕМ

Пржедецкий Ю.В., Сагакянц А.Б., Пржедецкая В.Ю.

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии, Ростов-на-Дону

Введение. Наиболее популярным способом восстановления объема молочной железы после кожносохраняющей мастэктомии (КМ) является установка имплантатов. В подавляющем большинстве случаев используются либо текстурированные имплантаты (ТИ), либо полиуретановые (ПУИ). Данные типы покрытия обладают как положительными, так и отрицательными свойствами.

Цель. Изучить иммунологические реакции на установку различных типов имплантатов, выявить изменения, предшествующие развитию некоторых имплантат-ассоциированных осложнений.

Материал и методы. 46 больным раком молочной железы (РМЖ) была проведена КМ с аксиллярной лимфодиссекцией и одномоментной реконструкцией имплантатом (30 – ТИ, 16 – ПУИ). В 1-е, 3–4-е и 7 сутки исследовались параметры клеточного и гуморального иммунитета крови, раневого отделяемого вокруг имплантата и раневого отделяемого аксиллярной полости после лимфодиссекции.

Результаты и обсуждение. В раневом отделяемом вокруг ПУИ наблюдалось накопление гранулоцитов, данный

показатель был выше соответствующих значений в крови на 25%, выявлено снижение мононуклеаров на 97%. В раневом отделяемом из полости с ПУИ по сравнению с отделяемым из аксилярной полости определялось снижение количества NK- и NKT-лимфоцитов на 36% и 91%, соответственно. При использовании ТИ наблюдалась более выраженная клеточная, антительная и цитокиновая реакция по сравнению с ПУИ. Имплантация ПУИ, в отличие от ТИ, сопровождалась повышением уровня Tregs на 7-е сутки после операции, что свидетельствует о том, что часть активированных Т-хелперов была представлена иммуносупрессивной фракцией, экспрессирующей CD4. Увеличение содержания цитотоксических CD8+, NK- и NKT-лимфоцитов, провоспалительных цитокинов – ИЛ-6, α -ФНО, ИНФ- γ указывает на процесс закладки базиса для повышенного фиброгенеза при ТИ. При имплантации ТИ по сравнению с ПУИ отмечена активация Т-цитотоксического звена, представленного CD8+ клетками и их (CD8+HLA-DR+; CD8+Tcm) субпопуляциями. В ранние сроки уровень CD8+Tcm клеток у этих больных был ниже, чем у больных с ПУИ, к 7-м суткам он превысил их показатели, что говорит о сохранности Т-цитотоксического звена, потенциально обладающего противоопухолевой активностью. У больных с ТИ снижался уровень ИЛ-6, известного как провоспалительный и проонкогенный фактор, при повышении содержания цитокинов, участвующих в противоопухолевом ответе (ИЛ-2, IFN- γ). У больных с ПУИ обнаружено снижение уровней ИЛ-2, IFN- γ , sIgA при повышении факторов реактивной аллергии (IgE) и воспаления (ИЛ-1 β , TNF- α). Это указывает на возможность угнетения местного противоопухолевого иммунитета ПУИ при стимуляции воспалительных и аллергических реакций. В отношении локального иммунитета больных с различными типами имплантатов, ТИ выглядят более благоприятно по сравнению с ПУИ. Развитию капсулярной контрактуры на ПУИ предшествовало возрастание на 7-е сутки после операции уровня ИЛ-2, в аксилярной и раневой жидкости на фоне снижения всех остальных исследованных цитокинов. В крови наблюдалось только нарастание уровня ИЛ-8 при снижении уровней других провоспалительных цитокинов: ИЛ-6 и ФНО. Отмечалось нарастание уровня IgE во всех исследованных биологических жидкостях больной с последствием развившейся контрактуры: в аксилярной жидкости в 10 раз, а в раневой – почти в 4 раза. Нарастание уровня IgE свидетельствует о том, что развитию контрактуры способствовало не воспаление, а аллергический компонент иммунной реакции. Таким образом, проведенное исследование выявило ряд особенностей динамики рассматриваемых показателей клеточного и гуморального иммунитета у пациентов, подвергшихся КМ с последующей реконструкцией молочной железы различными типами имплантатов.

Выводы. 1. В первую неделю закладывается базис для повышенного фиброгенеза вокруг ТИ в сравнении с ПУИ за счет более выраженного содержания гранулоцитов в раневом отделяемом. 2. Формирование капсулярной контрактуры вокруг ТИ происходит с участием аллергического компонента. 3. Через 7 дней после операции отмечен более сохраненный местный противоопухолевый иммунитет при применении ТИ по сравнению с ПУИ. 4. В исследова-

нии показана прогностическая значимость некоторых иммунологических параметров в развитии перипротезной серомы и капсулярной контрактуры вокруг ТИ.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ПОДТЯЖКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Протасов К.А., Поцхверашвили Л.П.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет, клиника косметологии и пластической хирургии «Клиник Эстетик», Санкт-Петербург

Цель исследования. Улучшить методику операции по подтяжке груди (мастопексии).

Материалы и методы. Операция по подтяжке груди всегда сопровождается использованием различной модификации «ножек» для сохранения питания сосудисто-ареолярного комплекса (САК). В зависимости от авторской методики подтяжки различают верхнюю, нижнюю, верхнемедиальную и верхнелатеральную. Выкраивание любой ножки предполагает вмешательство в железу, когда под самим САК остается очень небольшой фрагмент молочной железы, размер которого не предполагает полноценной лактации, в случае наступления беременности и родов. Соответственно, пациентка, перенесшая подтяжку груди, автоматически лишается возможности грудного вскармливания. Варианты методик, предлагающие только удаление избытков кожи груди, по нашему мнению, недостаточно эффективны и имеют высокую степень репозирования. В предлагаемой методике не происходит вмешательство в саму молочную железу, но для создания формы груди и улучшения фиксации железы на грудной стенке, используются различные подвешивающие конструкции из деэпидермизированной кожи и пликация железы. САК переносится на новое место вместе со всем массивом железистой ткани, на железе не делается ни одного разреза. Методика может в том числе выполняться как с резекцией части м/ж при редукции, так и вместе с установкой имплантов в ретромаскулярный карман при аугментации.

Результаты и обсуждение. По предлагаемой методике прооперировано более 30 пациентов, срок наблюдения 3 года. За период наблюдения отмечаются стабильные отдаленные результаты, отличающиеся позитивно в сравнении с другими методиками. Пациенты удовлетворены, жалоб на ухудшение формы не поступало. К сожалению, нет данных о наличии и течении грудного вскармливания у пациенток, пролеченных с использованием данной методики. Но сохранность всей структуры м/ж дает уверенность в благоприятном протекании лактации.

Выводы. Органосохраняющие методики операции наиболее востребованы в настоящее время. Лечение столь эстетически и функционально важного органа, как молочная железа, имеет важное значение в структуре современной пластической хирургии. В результате пластической операции должна быть не только хорошая форма груди, но и сохранение функции лактации, которая представляет огромное значение для женщин детородного возраста и полноценного развития и здоровья детей первого года жизни.

ЭКСПЛАНТАЦИЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Прудникова Д.К., Мельников Д.В., Малыгин С.Е.

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Актуальность: В современном мире все больше внимания уделяется безопасности имплантируемых медицинских изделий. Пожалуй, одними из самых широко используемых имплантатов являются эндопротезы молочных желез. Согласно статистике Американского Общества Пластических хирургов, количество операций по эндопротезированию молочных желез в 2020 году по сравнению с предыдущим годом снизилось на 33%, в то время как количество операций по эксплантации выросло на 8%. Мировые тенденции в отношении красоты и здоровья женщин в последние годы направлены на принятие собственного тела и стремление к естественности. Нашими пациентами все чаще становятся женщины, желающие по различным причинам удалить импланты молочных желез. Появилась необходимость обозначить тактику ведения таких пациентов с выявлением причин, которые привели к эксплантации, разработать оптимальные хирургические подходы, проанализировать осложнения и эстетические результаты.

Материалы и методы. Основу наблюдения составили результаты эксплантаций в период с 2015 по 2021 г. Среди них выделили две группы: пациентки, подвергшиеся удалению имплантов без последующей реимплантации, и пациентки, которым было выполнено удаление имплантатов с последующим отсроченным эндопротезированием молочных желез. У большинства пациенток причиной эксплантации были различные осложнения, такие как капсулярная контрактура и рецидивирующая серома, а также разрыв имплантата. Другие пациентки, не имея осложнений, настаивали на удалении по причине обеспокоенности вопросами безопасности имплантатов, включая «болезнь грудных имплантов» и неудовлетворенности эстетическим результатом. В процессе удаления имплантатов уделялось значительное внимание вопросам удаления фиброзной капсулы вокруг имплантата, с ее гистологическим исследованием. В зависимости от состояния ткани и кожи молочных желез применялись различные хирургические методики, включая мастопексию, аутоаугментацию и другие. Наиболее частым явлением в числе осложнений после эксплантации был контурная деформация молочных желез, а также неудовлетворенность малым объемом, что побуждало пациенток обращаться вновь с просьбой о повторной аугментации.

Выводы. Эксплантация перестала быть вмешательством, которое является крайней мерой при критических осложнениях. Необходимо дальнейшее изучение причин и показаний к этому вмешательству, оценки его воздействия на психоэмоциональное состояние пациенток и разработки хирургических подходов для улучшения эстетических результатов.

ОДНОМОМЕНТНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПААГ

Пухов А.Г., Мазанова А.Р.

Челябинская областная клиническая больница, Челябинск

Актуальность. В современном мире введение безоболочечных небиодеградируемых гелей запрещено, однако, с постинъекционными проблемами хирурги сталкиваются и в настоящее время. Большую роль сыграло отсутствие оболочки – простота технологии позволяла выполнять процедуру буквально в амбулаторных условиях, без анестезиологического пособия, без рассечения и ушивания тканей, без реабилитационного периода. Все это, а также низкая себестоимость материала привели к широчайшему распространению полиакриламидного геля (ПААГ). Эта же особенность привела к стремительному закату эры ПААГ – отсутствие оболочки ведет к неуклонному распространению наполнителя в направлении наименьшего сопротивления тканей и по вектору движения мышц (миграция), инфильтрация тканей вызывает активацию воспалительно-склеротических процессов, образование рубцовых конгломератов, нарушение функции инфильтрированных тканей. Нет частей тела, которые не подверглись бы коррекции с применением ПААГ. Наиболее часто он инъецировался в область молочных желез. Интенсивность осложнений коррелируется с объемом введенного наполнителя, зависит от слоя введения ПААГ: при поверхностном введении изменениям в большей степени подвергаются покровные ткани – кожа становится ригидной, ранимой, отекает. При субмаммарном введении гель инфильтрирует жировую клетчатку/молочную железу и может быть удален максимально радикально. При субапекторальном/интрапекторальном введении нарушается функция грудных мышц.

Цель и задачи работы: рассмотреть методы реконструкции молочной железы после удаления ПААГ.

Материалы и методы: в нашем отделении за период с 1998 по 2020 г. было пролечено 36 пациентов с последствиями ранее введенного ПААГ в область молочных желез. 24 пациенткам было выполнено удаление ПААГ с одномоментным протезированием молочных желез силиконовыми имплантатами. Частота осложнений не превышает такую у пациентов с первичной маммопластикой. Метод реконструкции МЖ определяется состоянием локального статуса: 1. Наличие осложнений инфекционно-воспалительного характера является противопоказанием к одномоментному протезированию. При наличии признаков гиперемии, болезненности, гипертермии локальной/общей вскрываются все затеки и карманы, промывают раствором антисептика. Раны ведутся открыто, тампоны и дренажи остаются до полного прекращения отделения геля и заживления вторичным натяжением. 2. Миграция геля, нарушение контуров тканей без признаков острого воспаления. Миграция геля может происходить на переднюю брюшную стенку, вплоть до umbilical области, в подмышечные впадины. Если удастся произвести радикальное удаление геля, рассматривается возможность одномоментного протезирования МЖ. Как правило, к пластическому хирургу обращаются пациенты без явлений острого воспаления – таких пациентов беспокоит нарушение контуров. Остальные становятся пациентами отделений гнойной хирургии.

Обязательным является предоперационное обследование для определения затеков и карманов (УЗИ, МРТ). Интраоперационно гель аспирируется с помощью отсоса, полость промывается раствором антисептика, иссекаются инфильтрированные ткани. В сформированный карман устанавливается имплантат. Активное дренирование сохраняется до снижения количества отделяемого менее 20 мл в сутки. Эластичная компрессия 1,5 месяца.

Выводы. Осложнения после введения ПААГ возникают всегда. Выраженность их зависит от уровня введения. При возможности близкого к радикальному удалению ПААГ положительно показала себя методика одномоментного протезирования МЖ – частота возникающих осложнений не превышает такие при первичной маммопластике. Одномоментное протезирование мы проводим при соблюдении следующих условий: Отсутствие активного воспалительного процесса Близкое к радикальному удалению ПААГ.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРИ СУБТОТАЛЬНЫХ И ТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТАХ ЯЗЫКА РЕИННЕРВИРОВАННЫМИ ЛОСКУТАМИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ, ТАКТИКА И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Решетов И.В., Закирова А.А., Юдин Д.К.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва

Актуальность. Согласно мировой статистике в 2020 году было выявлено 476 125 новых случаев заболеваний раком губ, полости рта и ротоглотки, что составляет около 2,5% от общего количества впервые диагностированных злокачественных новообразований. Данный показатель продолжает увеличиваться, в сравнении с 2018 годом, в котором было выявлено 447 751 заболевших [GLOBOCAN 2018, 2020]. По данным состояния онкологической помощи в России в 2019 году диагностировано 14 151 новообразования ротовой полости и ротоглотки, при этом в 62,8% опухоли полости рта были выявлены уже в поздних стадиях (III-IV стадия), (2018 г. – 62,0%) [Каприн А.Д. и др., 2020]. При данной патологии требуется выполнение радикального хирургического лечения, серьезно влияющего на качество жизни пациентов. Тенденция развития микрохирургии, как использование реиннервированных лоскутов, позволяет достичь лучших функциональных результатов. Материалы и методы. В период с 2014 по 2021 г. в Сеченовском Университете было выполнено 37 микрохирургических реконструктивно-пластических операций с использованием реиннервированных лоскутов, из них субтотальные и тотальные дефекты составили 65%. При обширных дефектах языка предпочтение отдавалось использованию торакодорзального лоскута с включением одноименного нерва (n=8), и лоскута с переднелатеральной поверхности бедра с включением чувствительного подкожного нерва и ветви моторного нерва бедра (n=5), а также лоскуту прямой мышцы живота с включением 12-го межреберного нерва (n=4). Анастомоз чувствительного нерва выполнялся к большому ушному нерву, при бинервральном лоскуте

двигательный нерв подшивался к нисходящей ветви подъязычного нерва.

Результаты лечения оценивались на сроках 6 месяцев, 1 год и 1,5 года после операции. До операции оценивалась ЭМГ, с третьих суток после операции проводилась электростимуляция зоны анастомозирования, далее оценка реиннервации с помощью ЭМГ. Для оценки качества жизни использовался опросник EORTC QLQ – H&N35. Определялась тактильная, дискриминационная, болевая и температурная чувствительность стандартными методами. На сроке 6 месяцев выполнялась биопсия и проводилась гистологическая и иммуногистохимическая оценка прорастания нервных волокон. Также выполнялась контактная эндоскопия с целью оценки изменения сосудистого рисунка поверхности лоскута.

Выводы. В отличие от гемиглоссэктомии, после субтотальной и тотальной резекции, подвижность языка уже не восстанавливается, и основной целью реконструкции становится восполнение объема тканей. Это важно для восстановления обширных дефектов языка по двум причинам. Во-первых, необходимо обеспечить соприкосновение неоязыка с твердым небом, чтобы улучшить качество речи и подтолкнуть пищу к глотке. Во-вторых, объем лоскута и его выпуклость позволяют отводить слюну и пищу в боковые пространства ротоглотки во время глотания, что позволяет минимизировать аспирацию. Использование бинервального лоскута с переднебоковой поверхности бедра является оптимальным методом реконструкции, обеспечивающим максимальный функциональный результат и минимальное повреждение донорской зоны. Прорастание нервных волокон к кожной поверхности лоскута подтверждено гистологически. Методика выполнения электростимуляции на ранних сроках позволяет улучшить результаты лечения.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МНОЖЕСТВЕННЫХ УКУШЕННЫХ РАН

Решетов И.В., Мошетова Л.К., Митиш В.А., Рубан К.М.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва

Большая Л. получила множественные укушенные раны головы, конечностей и туловища 23.12.20 в результате нападения крупной стаи собак. Была обнаружена Бригадой СМП в критическом состоянии с явлениями холодовой травмы, септического, геморрагического и травматического шока, в результате доставлена в РКБ им. Н.А. Семашко г. Улан-Удэ, где проводилась противошоковая, интенсивная терапия, проведена трахеостомия, налажена ИВЛ. Выполнена противостолбнячная и противорабическая профилактика. 29.12.20 пациентка переведена в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского. Перевод осуществлялся специализированным санитарным транспортом, оснащенном модулями для мониторинга и проведения интенсивной терапии. Определялся дефект кожного покрова и мышц лобной области, глазничных, скуловых, щечных областей с обеих сторон. Отсутствие нижнего и верхнего века, параорбитальных мышц справа. Некроз кожи крыла носа справа.

Дефекты ушных раковин слева и справа. Множественные раны волосистой части головы. Множественные укусы верхних и нижних конечностях. Самые крупные достигали размеров 18x7 см, 11x6 см на нижней трети правого бедра, 17x6 на левой голени, 25x15 см на передней поверхности верхней трети левого бедра с дефектами кожи и мышц. Большой проведена аутоконъюнктивальная кератопластика OD, а также ПХО ран головы и конечностей. На фоне проведенного лечения удалось снизить явления эндогенной интоксикации, купировать проявления септического шока, нормализовать функцию костного мозга в итоге раневой процесс перешел во вторую фазу заживления. 14.01.21 переведена в отделение реконструктивно-пластической хирургии УКБ№1 Сеченовского Университета. 25.01.21 бригадой пластических хирургов проведено устранение дефекта мягких тканей средней зоны лица путем микрохирургической пересадки ауто трансплантата из большого сальника лапароскопическим доступом. Бригадой офтальмохирургов параллельно проведено создание искусственной конъюнктивальной полости правого глаза за счет пересадки фрагментов слизистой щеки. Аутодермопластика поверхности сальникового лоскута проведена отсрочено через 2 недели, ткани успешно прижились. Раны конечностей и туловища лечились консервативным путем с привлечением хирургов, иммунологов в результате все повреждения благополучно зажили путем вторичного натяжения. 13.04.21 пациентке Л. была проведена реконструктивная ринопластика кожножировым носогубным лоскутом, в результате чего сформировано крыло и клапан носа. В будущем планируется реконструктивная блефаропластика. Световоспринимающая функция ее глаз сохранена.

Заключение. Лечение множественных ран головы, конечностей и туловища требует междисциплинарного подхода с привлечением различных профильных специалистов: пластических хирургов, реаниматологов, гнойных хирургов, офтальмологов, терапевтов, инфекционистов и др. Комплексный подход позволяет сохранить пациенту жизнь и максимально восстановить функцию органов и тканей.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕХНИК СТАБИЛИЗАЦИИ КОНЧИКА ПРИ РИНОПЛАСТИКЕ

Русецкий Ю.Ю., Чернова О.В.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия», Москва

Введение. Коррекция кончика носа – ключевой компонент эстетической ринопластики. Понимание взаимосвязи между формой кончика носа и его анатомическими структурами, позволяет правильно идентифицировать и корректировать его. Проекция кончика кончика является продуктом нескольких анатомических факторов: длины и прочности медиальных ножек крыльчатых хрящей, поддерживающей связки, фиброзных соединений с латеральными ножками хрящей и переднего угла перегородки носа. В литературе описано несколько хрящевых трансплантатов для эффективного изменения проекции и ротации кончика носа. Однако одним из ключевых вопросов остается

сохранение позиции кончика в новом положении в отделенном послеоперационном периоде. В работе представлена сравнительная характеристика методов фиксации и стабилизации кончика носа, описаны их основные отличия и преимущества.

Цель работы сравнение эффективности техник для изменения проекции и ротации и стабилизации кончика носа. В работе поставлены задачи по анализу результатов «до/после» и изменения носогубного угла при использовании трех основных техник стабилизации кончика носа: tongue-in-groove (TIG), коллумеллярный страт в сочетании со швами Грубера Columellar Strut Graft (CSG), а также septal extension graft (SEG).

Материалы и методы. В клиническом исследовании проведена оценка результатов «до и после» по величине носогубного угла в трех группах. Пациенты были распределены по группам рандомизированным способом. Пациентами I группы стали кандидаты с деформацией формы наружного носа, которым показано проведение коррекции формы со стабилизацией кончика носа по технике TIG. Во II группу вошли пациенты, которым был установлен CSG. Соответственно, в III группу распределены пациенты, у которых в ходе операции была применена техника SEG. Значение носогубного угла регистрировались до операции, сразу после операции, через 1 месяц и год после операции. Фиксация результатов производилась при фотографировании с измерением носогубного угла, а также при предоперационном моделировании формы наружного носа.

Результат. В раннем послеоперационном периоде не было существенной разницы между значением носогубного угла сразу после операции и через 1 месяц после операции между группами. Однако через год после операции наблюдались значительные различия в носогубном угле между группами. В работе представлены клинические случаи с подробным описанием каждой техники.

Заключение. По результатам работы выявлено три оптимальных техники для достижения стабильности кончика носа, а также его ротации и проекции. К основным условиям стабильности кончика относится состояние каудального края четырехугольного хряща, его фиксация к передней носовой ости, а также эстетически правильное положение при шовной фиксации крыльчатых хрящей носа. Понимание того, какую технику использовать и в каких условиях, является ключом к успешному контролю над проекцией, ротацией и стабильностью кончика носа.

ЛИЗИС ЛИПОТРАНСПЛАНТАТА И РЕЗИДЕНТНОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ В ОЧАГЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ: КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Рябков М.Г., Бугрова М.Л., Петрова К.С., Егорихина М.Н., Широкова И.Ю., Бесчастнов В.В.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Введение. Области применения липотрансфера множатся. Вместе с расширением показаний к трансплантации жировой ткани (далее – ЖТ) растет вероятность ее контакта с патогенной микрофлорой в реципиентной зоне.

Исходя из классических постулатов общей хирургии такая «встреча» крайне нежелательна. Она чревата лизисом ЖТ и неконтролируемым распространением инфекции. В то же время, частота инфекционного лизиса липоасpirата при трансплантации и в чистую и в инфицированную реципиентную зону сравнительно невелика и составляет лишь 0,8–7% (Essuman, 2014; Rüegg, 2015). Сообщения об успешном использовании ЖТ в лечении инфицированных раневых дефектов стали регулярными (Piccolo, 2014; Третьяк, 2012; Marangi, 2018; Васильев, 2019; Самойлов, 2019). Патогенетические механизмы распространения инфекции в резидентных клетчаточных массивах и в перемещенном липотрансплантате требуют отдельного изучения. Гипотеза. Разное соотношение клеточных, тканевых, гуморальных компонентов в липоасpirате-трансплантате и в резидентных массивах жировой клетчатки определяют различия в механизмах распространения инфекции.

Цель. Выявить различия в распространении инфекционного лизиса в перемещенной в рану жировой ткани (липотрансплантате) и в резидентном массиве жировой клетчатки.

Материал и методы. В эксперименте на крысах линии Вистар (n=18) исследованы скорость нарастания доли некротизированной ткани, локальный иммунный ответ в двух вариантах состояния ЖТ: в липоасpirате, помещенном на поверхность инфицированной раны; и в резидентной подкожной жировой клетчатке инфицированной раны. В клинике проведен сравнительный анализ состояния инфицированной жировой ткани передней брюшной стенки в двух вариантах состояния: резидентной инфицированной ЖТ у пациентов с нагноением лапаротомной раны (n=14); липоасpirата, полученного с передней брюшной стенки и помещенного на инфицированную рану нижней конечности (n=17). В обеих клинических группах исследование клетчатки проводили на 3 сутки с момента инфицирования. Микроструктуру ткани изучали *in vivo* с помощью мультимодальной оптической когерентной томографии (Институт прикладной физики РАН, Нижний Новгород), *in vitro* – по данным морфометрии гистологических препаратов; микробный пейзаж – по данным динамического баканализа.

Результаты. У лабораторных животных динамика изменений микроструктуры инфицированной жировой ткани в группах исследования существенно различалась: в липоасpirате на поверхности раны к 3 суткам после операции доля жизнеспособной ткани составляла 67 [44; 81] %, к 7 суткам снижалась до 18,5%. В резидентной подкожной ЖТ к 3 суткам после инфицирования раневой микрофлорой в очаге инфекции оставалась лишь 43 [24; 57] % жизнеспособной ткани, через 7 суток наблюдения – 10,1%. В клинической части исследования ЖТ у пациентов с нагноением лапаротомной раны доля междольковой соединительной ткани составила Me [Q1; Q3] – 4,6 [2,9; 7,1] %, доля жировых клеток – 52,6 [41,2; 61,6] %. Некротизированная ткань занимала 41,3 [31,6; 66,1] % площади препаратов. На ОКТ-изображениях преобладали бесструктурные участки с высоким уровнем сигнала. В группе пациентов с липотрансфером в липоасpirате из ЖТ брюшной стенки, помещенном на инфицированную рану, доля междольковой соединительной ткани составила 19,2 [11,4; 19,7] %, а адипоцитов – 38,5 [59,7; 71,2] %. При этом выявлено 27,4 [14,5; 39,2] % некроза. На ОКТ преобладали зоны ячеистой структуры, характерной для паренхимы, с выраженными элементами стромы.

Выводы. Скорости распространения инфекционного лизиса в липоасpirате, помещенном в очаг раневой инфекции и в резидентном инфицированном массиве жировой ткани различаются: на ранних этапах после инфицирования лизис липотрансплантата происходит медленнее. Вероятно, это обусловлено большей долей сосудисто-стромального компонента в липоасpirате в сравнении с нативной резидентной жировой тканью.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТОВ

Савельев Е.И.

Центр эстетической медицины UMG, Новосибирск

Одним из основных направлений нашей клиники является работа с птозированной грудью, причиной формирования которой являются изменения кожи и железистой ткани, связанные с периодами беременности и кормления грудью, изменениями массы тела и гормонального состояния организма, с большим размером груди, а также с возрастной потерей эластичности кожного покрова и фиброзно-жировым перерождением ткани железы. Все это приводит к перерастяжению кожного чехла, замещению железистых клеток жировыми, эластичность которых значительно ниже, и растяжению связок молочных желез. Эти изменения приводят к ухудшению эстетического вида груди. В зависимости от степени птоза и его вида подбирается комплекс хирургических мероприятий по его устранению.

Целью нашей работы было улучшить результаты хирургической коррекции птоза молочных желез с использованием имплантов.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ лечения пациентов, которым провели хирургическую коррекцию птоза молочных желез с использованием имплантов. Выбор метода хирургической коррекции птоза молочных желез зависел от вида и степени птоза молочных желез, а также от формы самой железы и стабильности пятна железы по отношению к субмаммарной складке.

Протокол. Хирургическое лечение птоза молочных желез проводилось под эндотрахеальным наркозом. Для увеличения объема молочных желез и создания правильной формы мы использовали оболочечные эндопротезы. Эндопротезы подбирались индивидуально в зависимости от анатомических особенностей пациента. При подборе имплантов учитывались его высота, ширина, проекция и форма.

Результат и обсуждение. Мы проводили оценку нашей работы с использованием следующих критериев: макрофотографирование (улучшение исходной ситуации и приближение его к эстетическому результату), удовлетворенность пациентов, уменьшение степени птоза молочных желез. Также мы проводили анализ отдаленных результатов, выявляли неудовлетворительные результаты как среди наших пациентов, так и среди пациентов других клиник, разрабатывали механизмы улучшения методов хирургической коррекции птоза молочных желез

с использованием имплантов, а также определяли критерии выбора той или иной методики.

Заключение. Выбор метода хирургической коррекцииптоза молочных желез с использованием имплантов зависит не только от степени и видаптоза молочных желез, но и от формы молочных желез и стабильности ее по отношению к субмаммарной складке. Для улучшения результатов хирургической коррекцииптоза молочных желез важен комплексный подход и комбинация различных методик.

РЕИННЕРВАЦИЯ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИПСИЛАТЕРАЛЬНОЙ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА И КРОСС-ЛИЦЕВОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ С КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ЩЕЧНОЙ ВЕТВЬЮ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИКРОНОЖНОГО НЕРВА ГОЛЕНИ (поэтапное моделирование техники на трупном материале)

Саидова З. Т.-А. (1), Шток А.В. (2), Цыганов С.Е. (3), Добровольский Г.Ф. (4)

Институт пластической хирургии и косметологии; 2, 4. Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко; 3. Городская клиническая больница № 4, Москва

Цель исследования: внедрение в нейрохирургическую практику восстановительной хирургии лицевого нерва для повышения функциональных и эстетических результатов лечения пациентов с параличами мимической мускулатуры на раннем сроке его возникновения.

Материалы и методы. Исследование было проведено на 20 свежих нефиксированных трупах (9 мужчин и 11 женщин) без патологии черепно-челюстно-лицевой области, в возрасте от 20 до 71 года. В положении трупа на спине проводились доступы в черепно-челюстно-лицевой области, которые выполнялись в эстетически мало заметных зонах, максимально приближенные к используемым в клинической практике.

Результаты. Отработана наиболее эффективная методика хирургического лечения пациентов с дисфункцией мимической мускулатуры при повреждении лицевого нерва, заключающаяся в нанесении незначительного ущерба донорской зоне при мобилизации и заборе аутоотрансплантатов для восстановительной хирургии лицевого нерва.

Заключение. Применение описанной методики в клинической практике обеспечит то, что на пораженной стороне мимические движения будут осуществляться при сжатии зубов, так как лицевой нерв восстанавливается за счет жевательной ветви тройничного нерва с ипсилатеральной стороны. Преимуществом кросс-лицевой аутоотрансплантации с использованием аутоотрансплантата икроножного нерва является то, что моторные импульсы к денервированным мышцам (поднимающим верхнюю губу, угол рта и т.д.), иннервируемым щечной ветвью лицевого нерва, поступают из интактного лицевого нерва с контралатеральной (здоровой) стороны лица, в результате чего мимические движения лица будут синхронными.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСТРОВКОВОГО СЛИЗИСТО-МЫШЕЧНОГО ЛОСКУТА НА ЛИЦЕВЫХ СОСУДАХ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ

Саприна О.А.

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина, с.н.с. отделения опухолей головы и шеи, Москва

Цель: определить роль и место использования островкового слизисто-мышечного лоскута для реконструкции полости рта при злокачественных опухолях.

Материалы и методы. В НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина в период с июня 2020 по сентябрь 2021 у 11 пациентов был использован островковый туннелизированный лоскут для реконструкции полости рта. В 5 случаях при раке слизистой оболочки дна полости рта, в 2-х случаях при альвеолярной крае нижней челюсти и 4-х при раке языка. Во всех случаях был использован классический туннелированный вариант за исключением одного пациентка, которому был использован артериализированный туннелированный. Согласно классификации TNM опухоли соответствовали символу T2 у 6 пациентов, T3 – 5 и T4 у одного. Всем пациентам выполнялись различные варианты шейных лимфодиссекций. Части пациентам (6) была выполнена двусторонняя шейная лимфодиссекция, показаниями к которой явились центральная локализация опухоли или опухоль гомолатеральной локализации с распространением до или за среднюю линию. При клинически определяемых метастазах выполнялась модифицированная радикальная лимфодиссекция, при отсутствии регионарного поражения супраомохиоидальная. У 5 пациентов шейная лимфодиссекция выполнена с превентивной и у 6 лечебной целью. Всем пациентам после планового хирургического лечения проводилась адьювантная лучевая терапия.

Выводы. Ни в одном случае не было выявлено нарушение питания лоскута в виде краевого и тотального некрозов. Заживление в полости рта первичным натяжением у всех пациентов, все пациенты полностью реабилитированы в кратчайшие сроки (до 9 дней). У 3-х пациентов наблюдался парез мариальной ветви лицевого нерва, который связан с техникой выкраивания и локализации сосудистой ножки под нервом. За время наблюдения все пациенты без признаков прогрессирования, сохранение лицевых сосудов не ухудшает онкологические результаты. Данный пластический материал является идеальным для реконструкции полости рта при небольших дефектах.

РЕКОНСТРУКЦИЯ НОГТЕВОГО ЛОЖА ПРИ ТРАВМАХ ДИСТАЛЬНОЙ ФАЛАНГИ

Саутин М.Е.

Европейская клиника спортивной травматологии и ортопедии, Москва

Цель. Создать протокол реконструктивных вмешательств при травматических повреждениях ногтевой фаланги с вовлечением ногтевого ложа для достижения максимально-го эстетического результата лечения.

Задачи работы. Определить последовательность действий при реконструктивных вмешательствах на ногтевом ложе. Определить предпочтительный шовный материал при выполнении вмешательства на ногтевом ложе. Предложить материалы для замещения ногтевой пластины на время роста собственного ногтя.

Материалы и методы. В Европейской клинике спортивной травматологии и ортопедии за период с 2015 по 2020 год было прооперировано 87 пациентов с травмами ногтевой фаланги, нарушающих целостность ногтевого ложа. Среди пациентов 56 детей в возрасте от 3 до 17 лет. Травмам чаще подвержены мужчины, чем женщины (64% мужчины против 36% женщины). Хирургическое лечение в 94% случаев проводилось в срочном порядке.

Результаты. В рамках приемного отделения выполнялся осмотр пациента, разъяснялись дальнейшие шаги относительно возможных вариантов лечения. При выявлении признаков повреждения ногтевого ложа (подогревая гематома, флотация ногтевой пластины, нестабильность ногтевой пластины) была рекомендована ревизия с последующим восстановлением поврежденных структур ногтя. В результате многочисленных наблюдений мы считаем абсолютно необходимым тщательное восстановление анатомии ложа и ногтевого валика для создания условий для роста ногтевой пластины и снижения вероятности патологического рубцового процесса, который может повлиять на рост ногтевой пластины, привести к ее деформации. Любые патологические процессы области ногтевого ложа крайне болезненно воспринимаются пациентом. Это приводит не только к эстетическим последствиям, но и функциональной дисфункции пальца. Ноготь является не только важным внешним фактором, косметическим фактором для пациента, но и важным органом, улучшающим чувствительность благодаря противопоставлению ладонной поверхности пальца и созданию дополнительной опоры для мягких тканей. Результаты хирургического лечения все чаще оцениваются пациентами с точки зрения эстетики. В ходе работы подобран шовный материал, для применения при шве ногтевого ложа и ногтевого валика. Оптимальным шовным материалом для выполнения шва ногтевого ложа у детей и взрослых стал PDS 6–0 и PDS на 7–0 для детей до 5 лет. Выработано правило, согласно которому рекомендуется проведение ревизии ногтевого ложа при переломах ногтевой фаланги, при формировании подногтевой гематомы с флотирующей и нестабильной ногтевой пластиной. При комбинации перелома и подногтевой гематомы рекомендовано проведение остеосинтеза ногтевой фаланги и обязательной ревизии ногтевого ложа. Важным фактором является закрытие ногтевого ложа собственной или искусственной ногтевой пластиной. Это создает оптимальные условия для заживления ногтевого ложа. Данная тактика также снижает дискомфорт, который испытывает пациент во время перевязок, резко уменьшает адгезию повязок к ногтевому ложу.

Выводы. Хирургическое лечение повреждений ногтевого ложа следует проводить в срочном порядке, создавая таким исходно благоприятные условия для заживления. Повреждение ногтевого ложа – частая сопутствующая патология при травмах дистальной фаланги. Восстановление ногтевого ложа – важный фактор любого хирургического вмешательства направленный не только на функциональное, но и эстетическое восстановление пальца. Применен-

ные рассасывающегося материала PDS 6–0 и 7–0 приводит к оптимальным результатам и соответствует требованиям, предъявляемым для восстановления анатомии. Использование собственной рефиксированной или искусственной ногтевой пластины улучшает эстетические результаты лечения и уменьшает дискомфорт пациента, связанный с адгезией повязок к ногтевому ложу.

Результаты реконструктивных операций на ногтевом ложе являются одним из важнейших факторов оценки хирургического лечения дистальной фаланги.

АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ МАССИВНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛИПОСАКЦИИ ВЫСОКОЙ ТОЧНОСТИ

Свиридов С.В.

ООО «Селин Медикал Групп», Москва

Цели. Определить эффективность физиотерапевтического лечения в процессе реабилитации пациентов после массивной комбинированной липосакции высокой точности. Определить степень развития фиброзных изменений подкожно-жировой клетчатки в зонах операции как показатель эффективности физиотерапевтического лечения.

Задачи. Определить толщину и эластичность фиброзно-соединительной ткани в подкожно-жировой клетчатке в двух группах пациентов после комбинированной массивной липопластики в области талии. Определить целесообразность проведения физиотерапевтического лечения (ультрафонофореза, электростатического массажа) в области талии.

Материалы. В основе настоящего сообщения лежит сравнительный анализ результатов двух групп пациентов после выполнения массивной комбинированной ультразвуковой и вибрационной липосакции в области талии выполненных в клинике «Селин». В первую группу вошли 23 пациента, которым не проводилось физиотерапевтического лечения после операции. Во второй группе наблюдалось 34 пациента. В этой группе всем пациентам произведено физиотерапевтическое лечение, а именно 21 процедура ультрафонофореза и 6 процедур электростатического массажа. Сроки проведения процедур соответствовали 1–3 месяца после операции. Все пациенты в исследуемых группах имели примерно одни объемы аспирации и морфологические характеристики. Средний объемом аспирации в области талии и спины составил 1200 мл. Пациенты имели умеренно выраженной контурной деформацию тела в зоне жировых ловушек в типичных местах, без наличия дряблой кожи и четкого мышечного рельефа (ИМТ < 26). Возраст пациентов составлял от 28 до 45 лет. «Пинч-тест» в эпигастральной области 1,5–3,0 см. Средний вес женщин составлял 53 кг, мужчин 78 кг. Толщина подкожно жировой клетчатки области талии составляла от 3,5 до 6,6 см по данным ультразвукового исследования на аппарате Samsung. Исследуемым пациентам проводилась комбинированная массивная липосакция в области передней брюшной стенки, груди, талии, спины, ягодиц и области плечей.

Методы. Исследуемым пациентам проводилось ультразвуковое исследование подкожно-жировой слоя через 10–12 месяцев после операции. При проведении исследования

применялся ультразвуковой аппарат Samsung. В ходе ультразвукового исследования проводилась доплерометрия, эластометрия, измерение толщины подкожно-жировой клетчатки в области талии по среднеподмышечной линии на середине расстояния между гребнем подвздошной кости и нижним краем 12 ребра.

Результаты. Отдаленные результаты сроком 1 год изучены у 57 (100%) пациентов. В первой группе у 13 (50%) по данным ультразвукового исследования были описаны явления выраженного фиброза подкожно-жировой клетчатки, у 13 (50%) – явления фиброза оценены как умеренные. Во второй группе явлений фиброза не описано.

Выводы: 1) Комбинированная массивная липосакция высокой точности является усовершенствованной методикой липосакции и позволяет получить непревзойденные эстетические результаты, высокую удовлетворенность пациентов, стабильные результаты в отдаленном периоде при проведении комплексного физиотерапевтического лечения в раннем периоде после операции. 2) Проведение электростатического массажа в количестве 6 процедур и ультрафонофореза в количестве 21 процедуры является достаточным для предотвращения подкожного фиброза при проведении комбинированной (сочетание ультразвуковой и вибрационной) массивной липосакции. Данные физиотерапевтические процедуры можно рекомендовать как высокоэффективные методы реабилитации пациентов после комбинированной массивной липосакции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕНАЖЕРА RHINOSEPTOPRO ДЛЯ ОТРАБОТКИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В РИНОПЛАСТИКЕ

Слуцкая А.В.

ООО «Генезис-мед», Москва

Введение. В настоящее время актуальной является проблема развития технологий хирургического моделирования. Повсеместное увеличение количества обучающихся ординаторов неизбежно ведет к уменьшению их оперативной активности и диктует необходимость в проведении дополнительного обучения на хирургических моделях. С другой стороны, широкое внедрение процедуры аккредитации специалистов по профилю «Оториноларингология, Пластическая хирургия, Челюстно-лицевая хирургия» влечет за собой необходимость разработки искусственных симуляторов. Риносептопластика – одна из самых трудоемких операций в ринологии, обучение которых требует значительных временных и финансовых затрат. В настоящее время hands-on обучение возможно только на кадаверных головах, высокая стоимость которых ограничивает их доступность.

Цель. Разработать новый тренажер для отработки навыков риносептопластики.

Материалы и методы. При помощи данных компьютерной томографии реального пациента была получена 3D-модель структур наружного носа. Выполнена сегментация хрящей и костных структур. С использованием технологий 3D-печати по данной модели был изготовлен тренажер из искусственных материалов для отработки навыков ринопластики, состоящий из соединенных блоков (костные,

хрящевые структуры и слизистая). Данный тренажер имитирует анатомические структуры человека и на нем так же были отработаны основные оперативные этапы.

Результаты. Разработанный нами тренажер RhinoSeptoPro позволяет отрабатывать следующие манипуляции: выполнение трансколломелярного и подхрящевых разрезов, диссекция кожного кармана, выделение хрящей наружного носа, осуществление доступа к перегородке носа, диссекция мукоперихондральных лоскутов с обеих сторон, выполнение септопластики и забора хрящевого графта, редукция хрящевой горбинки, формирование расширяющих графтов из перегородочного хряща, установка расширяющих графтов, подшивание верхних латеральных хрящей и расширяющих графтов к перегородке носа, выполнение цефалической резекции, выполнение редукции нижних носовых раковин, отработка межкупольных и внутрикупольных швов, ушивание кожного разреза. На тренажере возможно выполнение методик открытой и закрытой ринопластики, а также сохраняющей ринопластики (Let Down и Push Down).

Выводы. Разработанный искусственный тренажер можно рекомендовать для отработки навыков проведения риносептопластики. Тренажер подходит для обучения студентов оперативной хирургии, ординаторов по специальностям челюстно-лицевая, пластическая хирургия и оториноларингология, а также практикующих врачей. Тренажер можно рекомендовать к внедрению в процедуру аккредитации

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ВЫСОТЫ ГОЛОСА

Слуцкая А.В., Магомедова А.М.

ООО «Клиника Генезис», Москва

Актуальность. Несоответствие голоса гендеру, возрасту, внешности, а также самоощущению человека не очевидная, но чрезвычайно важная проблема. Чрезмерно высокие голоса у взрослых мужчин и эдрофония у женщин (как у цисгендерных, так и у трансгендерных) могут вызывать снижение качества жизни и дестабилизацию психо-эмоционального фона вплоть до появления тревожно-депрессивных расстройств или суицидального поведения.

Цель. Найти максимально эффективную и безопасную хирургическую методику долгосрочной коррекции голосовой функции, сравнить акустические параметры голоса, полученного после проведенной операции, и исходного голоса. Изучить различные анатомические вариации строения гортани и их связь с качеством и параметрами голоса. Материал и методы исследования. В исследование включены пациенты, прооперированные с целью коррекции голосовой функции период с 2013 по 2021 год, которым проводилась запись речи на диктофон до операции и после операции. В качестве речевых шаблонов использовались стихотворения. Из 64 пациентов 38 – мужчины, которым проводились операции по понижению тональности звучания голоса, 26 – женщины, которым проводилось повышение тональности звучания голоса. В группе пациентов также находились трансгендеры на разных стадиях транс-перехода, в том числе, пациенты, находящиеся на заместительной гормональной терапии. В качестве методов предоперационной визуализации нами использова-

лись компьютерная томография (КТ) или эндоскопическое исследование гортани (видеоларингостробоскопия или фиброскопия). 23 пациентам выполнено КТ, 15 пациентам проводилась эндоскопия. Пациентам были выполнены следующие виды хирургических вмешательств: тиреопластика III типа, тиреопластика IV типа и комплексная феминизирующая ларингопластика Femlar. Послеоперационные результаты оценивали с помощью программного обеспечения Praat, позволяющего определить и систематизировать такие показатели, как высоту тона, интенсивность, частоту, а также визуализировать звуковые волны. Выводы: 1) Щито-перстневидная аппроксимация (тиреопластика IV типа по Isshiki – тензионная) не является достаточно эффективным способом повышения голоса в связи с нестабильностью производимого эффекта. 2) Хирургическое вмешательство, направленное на повышение голоса, воздействующее одновременно на натяжение, длину и массу голосовых связок, а также на изменение резонаторов, является более эффективным, чем операции, воздействующие только на один фактор из вышеперечисленных. 3) Маскулинизирующая тиреопластика III типа по Isshiki (релаксационная) является очень эффективной методикой, обеспечивает долговременный и стабильный результат, проводится под местной анестезией, позволяет минимизировать пребывание пациента в стационаре, и в целом менее травматична для пациента.

МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ЛИЦА, ВОЗНИКШИЙ ПОСЛЕ ФРОНТО- ТЕМПОРАЛЬНОГО ЛИФТИНГА

Соколова Е.В., Манашева Е.Б., Соколова Д.Г.

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

Цель: на примере клинического случая описать тактику ведения пациентов с миофасциальным болевым синдромом (МБС) лица, возникшим после фронтально-темпорального лифтинга (ФТЛ). МБС – неврологическая патология, относящаяся к типу хронического болевого синдрома (БС). МБС, возникает из гиперраздраженных участков – триггерных точек (ТТ), локализованных в напряженных мышечных волокнах, сухожилиях и фасциях.

Ниже приводим описание клинического случая пациентки с МБС лица, возникшего после ФТЛ. Пациентка Т., 54 года, в течение 7 лет наблюдалась у врача-косметолога по поводу лечения гиперкинетических морщин верхней трети лица. Регулярно, 3 раза в год, проводилась коррекция мимических морщин межбровья, лба, периорбитальной области 100-единичным ботулиническим токсином типа А (100 ЕД БТА) в количестве 62–65 ЕД. Аллергических реакций, хронических заболеваний, в том числе болевого синдрома в анамнезе отмечено не было. Ввиду возрастных изменений периорбитальной области проконсультирована пластическим хирургом, поставлен диагноз: птоз мягких тканей лица 3 степени, рекомендовано хирургическое лечение. Пациентке был выполнен ФТЛ. Ранний послеоперационный период протекал без особенностей и осложнений. Через 1,5 месяца после опе-

ративного вмешательства пациентка начала предъявлять жалобы врачу-косметологу на постоянную, монотонную боль жгучего, ломящего характера в надбровной, межбровной, лобной и височной областях слева. При осмотре и пальпации максимальная болезненность отмечалась в проекции супраорбитального и супратрахлеарного сосудисто-нервных пучков (СНП) слева, области височной адгезии с иррадиацией во фронтальную область. Для исключения хирургической патологии Т. была направлена на консультацию к пластическому хирургу, выполнявшему операцию, по результатам хирургической патологии не выявлено. За короткий интервал времени интенсивность болевых ощущений усилилась, стали беспокоить частые и интенсивные головные боли, не купируемые анальгетическими препаратами, усиливающиеся после психоэмоциональной нагрузки, стресса. При повторных осмотрах врачом-косметологом, вышеуказанные жалобы сохранялись, локализация зон максимальной болезненности оставалась без изменений, при пальпации болевые ощущения резко усиливались. С учетом жалоб, анамнеза и клинической картины, области максимальной болезненности были расценены как ТТ при МФБС. Пациентка была направлена на консультацию к неврологу, по результату которой поставлен диагноз МФБС лица, головные боли напряжения, рекомендовано лечение БТА, а также внутривенные инфузии раствора Берлитиона 600 мг/сутки 2 недели, с дальнейшим переходом на Тиоктадид 600 мг/сутки 2 месяца, Флебодия 1000 мг/сутки 2 месяца. При коррекции мимических морщин верхней трети лица, совместно с врачом-неврологом, 100 ЕД БТА, в дозе 45 ЕД проведены инъекции по стандартной схеме: мышцы межбровья, круговая мышца глаза, лобная мышца. Через 14 дней, после осмотра и оценки терапевтического эффекта проведена докоррекция 15 ЕД 100 ЕД БТА в ТТ (проекция супраорбитального и супратрахлеарного СНП, зона височной адгезии слева). После лечения Т. отметила уменьшение интенсивности и частоты болевых ощущений, однако через месяц после процедуры, на фоне стресса, был отмечен рецидив БС, в проекции ТТ. Дополнительно в них было введено 10 ЕД 100 ЕД БТА, достигнута ремиссия БС в течение 3 месяцев. При наблюдении Т. было отмечено, что БС возобновился на месяц раньше, по сравнению с восстановлением мимической активности мышц. Через 4 месяца после последней коррекции мимических морщин и лечения БС, выполнена повторная процедура по той же схеме, с докоррекцией 10 ЕД 100 ЕД БТА через 2 недели. После этой процедуры БС был купирован на 4 месяца. В настоящий момент системной терапии не получает, раз в 4 месяца ей проводится коррекция 100 ЕД БТА мимических морщин верхней трети лица и ТТ со стабильным результатом.

Выводы: 1. Пластические, челюстно-лицевые операции могут послужить предрасполагающими факторами для формирования МФБС лица. 2. При подозрении на МФБС обязательна своевременная консультация невролога для подтверждения диагноза и определения алгоритма и тактики лечения. 3. БТА является ведущим препаратом для лечения МФБС, значительно улучшающим качество жизни пациентов с данной патологией.

АНАЛИЗ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Сорвин В.А., Шипика Д.В., Заборовский В.В., Кабычкин И.А.,
Аллаяров Х.Т.

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Главными задачами ортогнатической хирургии являются достижение гармонии лица, коррекция скелетных деформаций челюстей и окклюзии зубных рядов. В ортогнатической хирургии обязательное место занимает предхирургическая подготовка, хирургическое планирование и постхирургическое ортодонтическое ведение пациента. На всех этапах лечения пациентов могут возникать различные ошибки и осложнения: во время предоперационного планирования, послеоперационного ортодонтического лечения или в течение операции и послеоперационном периоде. На сегодняшний день в связи с развитием ортогнатических операций увеличивается количество осложнений у пациентов с врожденными аномалиями челюстей, которые являются следствием различных ошибок на этапе хирургического лечения.

Цель исследования. Основной целью данного исследования является анализ и распространенность интраоперационных осложнений хирургического лечения у пациентов с II и III скелетными классами.

Материалы и методы. В период с 2020 по 2021 год проведено 52 ортогнатических операций в АО «ИПХиК». Среди 52 операций было выявлено 5 клинических случаев интраоперационных осложнений. Было сформировано две группы – пациенты с II скелетным классом (I группа) и пациенты с III скелетным классом (II группа). Все пациенты, поступающие в клинику, были консультированы челюстно-лицевыми хирургами совместно с врачами-ортодонтами. Всем пациентам проводилась ортодонтическая подготовка с динамическим наблюдением у челюстно-лицевого хирурга для оценки готовности к проведению хирургического этапа комбинированного лечения. Лечение планировали с использованием IPS. При планировании хирургического лечения использовали данные цефалометрического анализа мягких тканей лица по G.W. Arnett. После компьютерного анализа по полученным данным проводили «хирургию моделей» и изготовление хирургических шаблонов для перемещения челюстей. Во всех группах были выполнены остеотомия верхней и нижней челюстей, и гениопластика. Среди 52 пациентов было выявлено 5 пациентов с 9 интраоперационными осложнениями – 9,6%. У пациентов с интраоперационными осложнениями встречались повреждения нижнелуночного нерва; неудовлетворительное смещение и позиционирование мышечковых отростков; послеоперационные деформации челюстей; неконтролируемый перелом нижней челюсти.

Результаты исследований. Была определена распространенность интраоперационных осложнений хирургического лечения среди пациентов, проходивших лечение, – среди 52 проведенных операций выявлено 5 пациентов с наличием интраоперационных осложнений (9,6%). Осложнения встречались только на нижней челюсти. Из обеих групп были сформированы подгруппы: Группа I (2 пациента с II скелетным классом): – Повреждение нерва – 2, – Некорректное позиционирование мышечкового отростка – 2, – Неконтролируемый перелом нижней челюсти – 1, Группа

II (3 пациента с III скелетным классом): – Повреждение нерва – 2, – Неконтролируемый перелом нижней челюсти – 2. По результатам проведенного анализа были установлены причины осложнений: повреждение нижнелуночного нерва и неконтролируемые переломы челюстей были обусловлены анатомическими особенностями – близкое расположение нерва в проекции линии остеотомии и наличие тонкой ветви (менее 6 мм); некорректное позиционирование мышечкового отростка – при гипермобильности ВНЧС, что было характерно для пациентов группы 1. Статистически значимых различий по частоте других причин развития осложнений у пациентов обеих групп не выявлено.

Выводы. Основной причиной травмы нижнелуночного нерва и неконтролируемых переломов челюстей были анатомические особенности строения нижней челюсти в проекции линии межкортикальной остеотомии. Данные осложнения не зависели от типа скелетного класса и встречались с одинаковой частотой в обеих группах. Некорректное позиционирование мышечкового отростка встречалось у пациентов с II скелетным классом. Причиной данного осложнения была гипермобильность мышечкового отростка. На этапе хирургического лечения необходимо применение и использование современных методик и техники оперативного вмешательства (корректное выполнение разрезов, полное разъединение костных фрагментов, послойное ушивание тканей и нервов (при их повреждении), ригидная фиксация костных фрагментов, использование специальных инструментов, осуществление визуального и мануального интраоперационного контроля. Одним из критериев хорошего результата операции является наличие большого опыта у хирурга и операционной бригады.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРОВΟΣНАБЖАЕМОГО КОЖНО-ЖИРОВОГО ЛОСКУТА НА ПОВЕРХНОСТНОЙ НАДЧРЕВНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Столярж А.Б., Куленков А.И., Пильников А.А.,
Джабраилов А.Ш., Москаленко В.В., Арутюнян Д.М.
*3-й Центральный Военный клинический госпиталь им. А.А.
Вишневского, Москва*

Введение. Актуальность проблемы лечения обширных мягкотканых дефектов обусловлена неуклонным ростом числа высокоэнергетических травм. Лечение обширных мягкотканых дефектов традиционными методами хирургии (пластика местными тканями, пересадка некровоснабжаемого кожного трансплантата) не всегда приводит к хорошим результатам, значительно удлиняет сроки лечения, формируется грубый рубец, увеличивается количество повторных операций, в связи с чем данная патология остается одной из самых сложных проблем реконструктивной хирургии. Многочисленность пациентов с обширными дефектами мягких тканей и сложность их лечения заставляет хирургов постоянно искать новые пути решения данной проблемы.

Цель исследования. Применение одного из вариантов лечения обширных мягкотканых дефектов методами реконструктивной и пластической хирургии.

Материалы и методы. В центре реконструктивной и пластической хирургии 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого с целью замещения обширного дефекта мягких тканей передней поверхности бедра применена транспозиция кожно-жирового лоскута на поверхность надчревной артерии (SIEA). По данным литературы, SIEA лоскут в нашей стране впервые был использован для реконструкции молочной железы в 2016 году. Данный метод лечения выбран ввиду близкого расположения сосудистого бассейна к дефекту, достаточного диаметра сосуда, объема мягких тканей и угла ротации сосудистой ножки. Сроки с момента травмы до оперативного лечения составили два месяца. В план предоперационного обследования необходимо включать исследование сосудов для определения хода и диаметра артерии. Оперативное вмешательство мы выполняем по следующей схеме: хирургическая обработка реципиентной зоны с мобилизацией краев раны, выделение лоскута на сосудистой ножке, транспозиция лоскута в область дефекта, закрытие донорской области.

Результаты. В результате проведенного лечения раны зажили первичным натяжением. Учитывая вышеперечисленное, мы добились положительного результата в кратчайшие сроки, что свидетельствует о надежности метода.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что применение кровоснабжаемого аутоаутоперитантата на поверхностной нижней надчревной артерии в лечении обширных дефектов покровных тканей является весьма перспективным и эффективным способом, позволяющим улучшить результаты и сократить сроки лечения, а также снизить частоту осложнений. К сожалению, не у всех пациентов возможно использование SIEA лоскута по следующим причинам: питающие сосуды такого типа присутствуют не у всех (по данным литературы у 17% отсутствуют); поверхностные кровеносные сосуды обычно слишком малы, чтобы обеспечить хороший кровоток в лоскуте.

ПРИМЕНЕНИЕ КРОВΟΣНАБЖАЕМОГО ФРАГМЕНТА НАДКОСТНИЦЫ В ЛЕЧЕНИИ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ПОСЛЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Столярж А.Б., Куленков А.И., Пильников А.А., Джабраилов А.Ш., Москаленко В.В., Корытин В.С., Арутюнян Д.М.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого, Красногорск

Введение. Актуальность проблемы лечения ложных суставов обусловлена высоким процентом рецидивов в лечении данной патологии. Возрастающее количество локальных и региональных военных конфликтов, а также особенности современных ранящих снарядов приводит к увеличению количества повреждений конечностей (до 60–65%), в том числе огнестрельных переломов длинных трубчатых костей. По данным разных авторов, в 10–15% случаев лечение огнестрельных переломов длинных трубчатых костей осложняется формированием ложных суставов. Лечение данной патологии традиционными методами травматологии и ортопедии (компрессионно-дистракционный осте-

осинтез, резекция ложного сустава) не всегда приводит к хорошим результатам, значительно удлиняет сроки лечения, увеличивается количество повторных операций.

Цель исследования: разработка метода оперативного лечения огнестрельных переломов с целью уменьшения случаев рецидива методами реконструктивной и пластической хирургии.

Материалы и методы. В центре реконструктивной и пластической хирургии 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого с целью лечения ложных суставов верхней конечности применяется транспозиция кровоснабжаемого фрагмента надкостницы лучевой кости. Данный метод лечения применен у 29 пациентов с псевдоартрозами плечевой кости (9 случаев) и псевдоартрозами костей кисти (20 случаев). Сроки с момента травмы до оперативного лечения составляли в среднем от года до трех лет. Оперативное вмешательство при лечении ложных суставов мы выполняем по следующей схеме: освежение костных концов в месте перелома, адекватная репозиция и стабилизация отломков в правильном положении, костная аутопластика и транспозиция фрагмента надкостницы к месту перелома на сосудистой ножке.

Результаты. В результате проведенного лечения у всех 29 пациентов произошла консолидация переломов, причем продолжительность последней оказалась сопоставима со сроками сращения несложных закрытых переломов соответствующих трубчатых костей. Мы добились положительного результата у всех пациентов, что свидетельствует о надежности метода.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что применение кровоснабжаемого фрагмента надкостницы в лечении ложных суставов трубчатых костей является весьма перспективным и эффективным способом, позволяющим улучшить результаты и сократить сроки лечения, а также снизить частоту осложнений.

МЕТОДЫ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОСТНЫХ СТРУКТУР КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Столярж А.Б., Куленков А.И., Пильников А.А., Тетерин Д.К., Бузель И.Г., Горбунов Ю.И., Москаленко В.В.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого, Красногорск

Цели и задачи работы: улучшить результаты и сократить сроки лечения больных с дефектами костных структур конечностей на фоне хронического остеомиелита.

Материалы и методы: в исследование были включены 86 раненых и пострадавших с дефектами костных структур конечностей и хроническим остеомиелитом, методами лечения которых были микрохирургическая аутоаутоперитантация и компрессионно-дистракционный метод Илизарова в сочетании с пластическим замещением мягкотканного дефекта.

Описание работы. В нашей клинике проанализирован опыт лечения 86 раненых и пострадавших с дефектами костных структур конечностей на фоне хронического остеомиелита. Данные сложные дефекты возникли в результате воздействия комплекса повреждающих факторов при сов-

нентный лоскут позволил провести тампонаду дефекта мышечным компонентом, именно за счет активного кровоснабжения мышцы показал хорошие результаты в лечении инфицированных ран.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ ПOKPOBНЫХ ТКАНЕЙ У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ И ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ РАНЫ

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

3-й Центральный военный клинический госпиталь
им. 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. Кроме страданий и снижения качества жизни, развитие пролежней наносит существенный экономический ущерб: лечение 2,5 миллионов пациентов в год с развившимися пролежнями обходится системе здравоохранения США в 11 млрд долларов. 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, структурировать последовательность предоперационной подготовки раны.

Материал и методы. Тактика хирургического лечения пролежневых язв определяется размерами пролежня, его стадией, локализацией, наличием инфекционных осложнений и сопутствующих заболеваний, однако самым важной характеристикой при выборе метода был вид подлежащих тканей. Предоперационная подготовка раны в виде раневой вакуумтерапии, 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 2018 г. 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 была 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. Для устранения образовавшегося дефекта покровных тканей в области седалищного бугра выкраивался лоскут на основе большой ягодичной 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 парциальный некроз ягодичной мышцы с последующим образованием полости и хронической раны в донорской области и в 3 случаях (8%) на 3 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. Кроме этого, следует уделить большое влияние предоперационной подготовке раны непосредственно перед оперативным вмешательством.

СОЧЕТАНИЕ АБДОМИНОПЛАСТИКИ С ЦИРКУМФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ЛИПОСАКЦИЕЙ ТЕЛА: ОСОБЕННОСТИ ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ, ПЛАНИРОВАНИЯ, ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ

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

Госпиталь Мира (ООО «Мон Блан»), Москва

Введение. Растущая востребованность операций по коррекции контуров тела сопряжена с ростом планки ожиданий пациентов. Дермолипэктомия или классическая абдоминопластика не удовлетворяют этим ожиданиям, т.к. сопряжены главным образом с коррекцией птоза мягких тканей лишь во фронтальной плоскости тела. В то же время многие пациенты обращаются за одномоментной кор-

рекцией контуров боков, спины, ягодиц, а одной из главных эстетических задач вмешательства во многих случаях является формирование выраженной талии.

Идея. Сочетание абдоминопластики с липосакцией живота, спины, боков является эффективным способом коррекции контуров тела на 360 градусов.

Цель. Продемонстрировать личный подход авторов к планированию, хирургической методике и послеоперационному ведению пациентов, обратившихся за коррекцией контуров тела. Показать безопасность и эффективность методики сочетания абдоминопластики с циркумференциальной липосакцией тела.

Материалы и методы. Проведен анализ пациентов, прооперированных авторами в течение последних двух лет в связи с жалобами на неэстетичные контуры тела, деформацию передней брюшной стенки и невыраженную талию. Обсуждаются критерии отбора пациентов, варианты сочетания оперативных вмешательств для циркумференциальной коррекции тела, способ разметки перед операцией, нюансы хирургической техники, особенности послеоперационного периода и возможные осложнения.

Результаты. Сочетание абдоминопластики с циркумференциальной липосакцией тела позволяет достичь коррекции контуров тела на 360 градусов. Степень удовлетворенности пациентов при таком подходе значительно выше, чем при классической абдоминопластике.

Обсуждение. Методика липоабдоминопластики является хорошо известным методом коррекции контуров тела, однако до сих пор нет согласия относительно ее безопасности и универсальности. В настоящей работе авторы показывают, что при должном отборе пациентов и адекватном планировании операции, методика является безопасной и дает клинические результаты, превосходящие классическую абдоминопластику по степени удовлетворенности пациентов результатом.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЗАВОРОТА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗАДНЕГО РЕБРА ВЕКА

Твердова Д.В., Катаев М.Г., Сахнов С.Н.

НМИЦ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»,
Краснодар, Москва

Цель. Проанализировать результативность методики наложения швов по Уису при завороте с отсутствием заднего ребра века.

Материалы и методы: прооперировано 20 глаз с диагнозом: заворот века с отсутствием заднего ребра. Этиология: длительный аллергический блефароконъюнктивит, сопровождающийся отеком кожи верхних век – 6 век; блефароконъюнктивит, сопровождающийся дерматитом Дюринга – 2 века; после грубого иссечения халязиона – 5 век; рубцовое изменение после травмы – 2 века; анофтальм – 3 века; центральное истончение хряща неясной этиологии – 2 века. Проведена коррекция мальпозиции швами по Уису. Швы, разворачивающие ресничный край века и одновременно формирующие заднее ребро. Производили сквозной разрез вдоль века на 2,5 мм от роста ресниц со стороны конъюнктивы, формируя будущее интермаргинальное пространство. Далее рассекали хрящ,

мышцу и кожу на данном уровне. Производили шовную фиксацию по Уису с разворотом на 90 градусов отсеченной полоски века П-образными швами. Вкол иглы в зоне ресниц с проходом между кожно-мышечной и конъюнктивально-хрящевой пластинками отсеченной полоски века, затем П-образное прошивание края остаточной части тарзуса и возвратный ход иглы между пластинками полоски века с выходом на ресничный край. Швы ротировали отсеченную полоску тарзуса, а мягкие ткани поверхностно ушивались.

Результаты. Срок наблюдения 1 год. В 18 случаях получен хороший результат – полное отсутствие заворота, сформировано заднее ребро и межреберное пространство, отсутствует трихиаз. На фоне лечения отсутствие кератопатии. В случае анофтальма был эффект недокоррекции вследствие отсутствия нормальной опоры для века из-за ранее неправильно подобранного протеза. Правильный подбор протеза исправил ситуацию. При рубцовом посттравматическом завороте выявлена неполноценность тарзальной пластинки – ее уменьшенный размер по высоте, истонченность, деформация. В результате проведенной операции по выше описанной методике получен удовлетворительный результат: полученно узкое межреберное пространство 1,2 мм, позволяющее исключить контакт ресниц с глазным яблоком. Но ресницы развернулись только на 25–30 градусов.

Выводы. Использование ротирующих швов по Уису при заворотах с отсутствием заднего ребра века позволяет сформировать заднее ребро века и устранить трихиаз при минимальных временных и технических затратах. Предоперационный осмотр век на предмет качества и целостности тарзуса определяет возможность и прогноз данной операции. В исследуемой группе методика эффективна в 19 (95%) случаях, при рубцовых изменениях тарзуса века данные швы ротируют недостаточно.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КЛИНИК ПЛАСТИЧЕСКОЙ И ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ: ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Тихонова О.А., Мокеев О.А., Романов И.Н., Рябков М.Г.

Городская клиническая больница № 30, Приволжский
исследовательский медицинский университет, Нижний
Новгород

Введение. Использование технологий пластической эстетической хирургии в лечении пациентов общехирургических отделений приобретает все более широкий характер. Эта тенденция обусловлена объективными факторами: возрастающими требованиями пациентов к эстетической составляющей результата общехирургических операций; доступностью специфических инструментов и обучения; заинтересованностью стационаров в увеличении количества «дорогостоящих», оплачиваемых из средств ОМС, клинических случаев, к которым относятся реконструктивно-пластические операции. Несмотря на очевидные преимущества взаимодействия, нерегулируемыми остаются некоторые вопросы организационного, документального и оперативно-технического характера.

Цель: проанализировать результат совместной работы клиник пластической и общей хирургии на примере использования технологий липосакции, липофилинга для лечения пациентов с ранами мягких тканей, получающих лечение по полису ОМС в отделении хирургической инфекции.

Материал и методы. В течение 2015–2020 гг. в стационаре сотрудниками клиники пластической хирургии и хирургического отделения совместно прооперированы 84 пациента с трофическими язвами, пролежнями, длительно незаживающими посттравматическими дефектами мягких тканей. В хирургическом лечении 44 из них (группа исследования I) вместе с кожно-пластическими операциями применили тумесцентную липосакцию и трансплантацию жировой ткани в рану для стимуляции раневого процесса и восполнения дефицита мягких тканей в ране. В лечении 40 пациентов – только традиционную кожную пластику (группа исследования II). В качестве контрольной группы исследовали 36 пациентов, получавших консервативное лечение хронических ран. Проанализировали экономический и клинический эффект в каждой группе.

Результаты. В результате комбинированного применения кожной пластики, липосакции для мобилизации кожных лоскутов и липофилинга раны (группа I) доля хороших клинических результатов с заживлением более 80% площади хронической раны увеличилась до 86% в сравнении с результатами традиционной аутодермопластики (группа II), где она составила 65% ($p=0,040$). В контрольной группе с консервативным лечением хронических ран краевая эпителизация и контракция привели в итоге лечения к закрытию 80 и более % поверхности раны лишь у 6 пациентов из 36 (17%). Экономический эффект от применения пластических операций в лечении хронических ран обусловлена для стационара двумя обстоятельствами: существенно более высоким уровнем тарифа оплаты фондом ОМС клинического случая при выполнении сложного оперативного вмешательства (разница в оплате в контрольной группе и исследуемой группе I 21756 [14550; 23440] рублей на один клинический случай); сокращением сроков стационарного лечения за счет сокращения сроков достижения эффекта при использовании нескольких видов трансплантатов, в том числе – жировой ткани.

Обсуждение. Остается нерешенным организационный вопрос применения липофилинга для лечения ран: процедура забора, обработки и трансплантации жировой ткани в область раны не упоминается в перечне клинико-статистических групп. Использование этого вмешательства возможно в настоящее время лишь в комбинации с традиционными кожно-пластическими операциями. Продолжается поиск оптимальной для пациентов с инфицированными ранами техники трансплантации жировой ткани: инъекции по периметру раны, введение в ткани под рану, аппликация на раневую поверхность.

Вывод. Внедрение активной хирургической тактики, пластического закрытия инфицированных ран с использованием технологий эстетической хирургии – липосакции и липофилинга сопровождается существенным экономическим эффектом, сокращением сроков госпитализации пациентов с ранами и увеличением доли удовлетворительных клинических результатов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Турсуналиев А. А.

*Сухоложская районная больница, Свердловская область,
Сухой Лог*

Введение. За последние десятилетия технология и методы в области аутодермопластики достигнуты значительных успехов, и постоянно расширяется новыми методами хирургического лечения. В современных условиях общепризнанным, можно сказать золотым стандартом, что единственным эффективным методом в комплексе лечения пациентов с обширными кожными дефектами является проведение пластических операций, предусматривающих замещение утраченного покрова большими дерматомными трансплантатами – кожей аутологичного происхождения. Своевременное комплексное лечение, адекватное и эффективный выбор тактики хирургического лечения существенно уменьшит отрицательные моменты в прогнозе достижения ожидаемых результатов, увеличивая вероятность выздоровления пациента в соответствующие сроки с хорошими и удовлетворительными непосредственными и отдаленными послеоперационными результатами.

Цель. Описание клинического случая пациента. Настоящая работа интересна общим хирургам тем, что пациент весь период пребывания стационарного лечения проходил в хирургическом отделении районной больницы.

Материалы и методы. Обратилась больная Н, 34 года, травма от 12.09.2020 г., упала с квадроцикла, после полученной травмы обращалась в стационар РБ по месту жительства, находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении, планировалась ампутация правой верхней конечности. 14.09.2020 г. – обратилась в наше хирургическое отделение РБ, госпитализирована на стационарное лечение. На момент обращения во вторую больницу у больной на уровне правого предплечья была картина обширного ишемического некроза кожи. Были упущены все моменты сохранения кожного лоскута. Погрешности в тактике выбора хирургического лечения при первичном обращении. Проведенная поэтапная подготовка пациента к аутодермопластике, что стало достижением высоких результатов по проведенной операции и по восстановлению кожного покрова. Через 10 дней с момента травмы произведена некроэктомия. На 20-е сутки: после обработки кожи в области операционного поля, раствором повидон йода, электродерматомом толщиной среза 2,5 мкм взяты четыре кожных лоскута, размером 8 см на 6 см, 6 см на 4 см, 6 см на 5 см, 4 см на 2 см соответственно. Выполнена дерматоперфорация. Наложены гемостатические повязки на донорскую раневую поверхность. После подготовки раневой поверхности, перфорированные кожные лоскуты апплицированы, адаптированы и фиксированы к поверхности атравматической нитью, отдельными узловыми швами. Наложены асептические повязки.

Результаты. На фоне комплексного лечения раневой поверхности кожи, не были признаки гнойных осложнений, сохранялась функция кисти, чувствительность на уровне пальцев в полном объеме. Проведенный адекватный выбор тактики хирургического лечения. Перфорированные трансплантаты характеризуются гладкой поверхностью, простым изъятием и быстрым заживлением. Однако по цвету они бу-

дуг выглядеть несколько отлично по отношению к окружающим тканям после окончательного заживления. Выводы. Операция по пересадке кожи с закрытием дефекта собственным донорским материалом, что повышает шансы на благополучное заживление, минимизируя риск отторжения. Этой характеристикой операция отличается от других вмешательств по пересадке кожи. Перфорация представляет собой процесс нанесения разрезов по всему участку с заданным интервалом. Плюс использования перфорированной кожи заключается в ее дренажной функции в процессе заживления. Особенно важно это при тяжелых ранениях. Использование перфорированного материала может потребовать закрепление к эпителиальному краю раны при помощи швов.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ГРУДИ У ПАЦИЕНТКИ С ПАРАПРОТЕЗНОЙ ФЛЕГМОНОЙ И КОНТАКТНЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ РЕБЕР ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Ухин С.А., Мельников Д.В., Иванова А.Н., Арутюнян Н.Э., Прудникова Д.К.

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского, Клиническая больница в Отрадном ГК «АО МЕДСИ», Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Клиника «Ланцетъ», Москва

Актуальность. Аугментационная маммопластика является одной из самых востребованных из множества эстетических операций. Одним из осложнений аугментационной маммопластики с частотой развития от 2,0–2,5% до 5% является инфицирование импланта и развитие парапротезной инфекции. Наряду с эндопротезированием для коррекции врожденных или приобретенных деформаций и контуров молочных желез широко применяется липофилинг. Кроме неудовлетворительных эстетических результатов применения липофилинга, к которым относят отек, гематому, аутолиз и инкапсулирование пересаженного жира с последующим трансформацией в кальциноз, образование кист и гранулем, типичным для этой манипуляции является развитие инфекционных осложнений, таких как формирование абсцессов, развитие некротического фасциита, септицемии, сепсиса. Частота развития остеомиелита ребер после эндопротезирования молочных желез крайне мала: в литературе описано всего 9 случаев в 5 публикациях (2008–2020 г) при использовании эндопротезов различных производителей.

Цель. Продемонстрировать возможности персонализированного подхода в комплексной реабилитации пациентки с инфекционными осложнениями после комбинированной аугментационной маммопластики.

Материалы и методы. Выполнен анализ лечения и реабилитации пациентки с парапротезной флегмоной правой молочной железы, правой половины передней грудной стенки, контактным остеомиелитом 3, 4, 5 ребра справа

после ретромаммарного эндопротезирования молочных желез имплантами Silicone 300cc и одномоментным липофилингом правой молочной железы. Для устранения гнойно-септического очага, предотвращения генерализации инфекции и инфицирования импланта левой молочной железы пациентке была разработана индивидуальная программа комплексного хирургического лечения. Тактика лечения основывалась на принципах активного хирургической обработки гнойного очага, включая вскрытие и дренирование парапротезной флегмоны, удаление инфицированного импланта, выполнения остеонекрэквестрэктомии ребер. Местное лечение проводилось в сочетании с современными высокотехнологическими методами воздействия на рану, таких как ультразвуковая кавитация и метод локального отрицательного давления. Пациентке так же проводилась системная рациональная антибиотикотерапия, комплексная интенсивная терапия, коррекции психосоматического статуса. Индивидуально разработанная программа комплексного лечения позволила предотвратить генерализацию гнойно-септического процесса и инфицирование импланта левой молочной железы, а так же ограничиться минимальным хирургическим доступом с целью достижения максимального эстетического и косметического эффекта при пластике раны правой молочной железы местными тканями. Через 6 месяцев для дальнейшей социальной и эстетической реабилитации пациентке потребовалось выполнение 2-этапной реконструкции правой молочной железы. Ввиду выраженных рубцовых изменений тканей и дефицита кожи в проекции правой молочной железы первым этапом хирургического лечения выполнена установка экспандера Mentor 550 Low Height под правую молочную железу. Тканевое растяжение проводилось поэтапно в течение 5 месяцев, еще 3 месяца потребовалось для полной адаптации тканей в области правой молочной железы. Во время второго этапа реконструктивного лечения проведена замена экспандера на имплант правой молочной железы с восстановлением субмаммарной складки, а так же реэндопротезирование левой молочной железы для получения симметричного результата. Установлены импланты фирмы Mentor 313–350 cc. В настоящий момент пациентка полностью социально адаптирована и довольна полученным результатом. Результаты и выводы: междисциплинарный персонализированный подход позволил не только вылечить молодую пациентку от достаточно редкого инфекционного осложнения аугментационной маммопластики – парапротезной флегмоны и контактного остеомиелита ребер, но и успешно реабилитировать ее как в социальном, так и эстетическом плане.

ОРИГИНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ АПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Федосов С.И.

Многопрофильная клиника РАМИ, Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время проблема эстетической коррекции аплазии молочных желез остается очень актуальной. Чаще всего в процессе эстетической реконструкции указанного состояния используются силиконовые перма-

нентные импланты. Факт использования имплантов в качестве пластического материала для коррекции аплазии молочных желез определяет возможность развития специфических осложнений, свойственных для аугментационной маммопластики, которые по разным источникам могут достигать 18% в срок до 1 года после операции. Также результаты коррекции аплазии молочных желез с помощью имплантов во многих случаях остаются субоптимальными, т.к. наиболее сложной задачей с точки зрения получения хорошего эстетического результата является не воссоздание объема, а реконструкция правильного и гармоничного контура железы.

Цель работы: использовать метод «объем-слинг» в качестве метода коррекции аплазии молочных желез.

Материалы и методы. С сентября 2016 года по май 2021 года на базе отделения реконструктивно-пластической хирургии многопрофильной клиники РАМИ было выполнено 11 эстетических реконструкций аплазии молочных желез. Все пациенты проходили тщательный отбор, и у всех были определены четкие показания к выполнению данного оперативного пособия. Критериями отбора пациентов для выполнения отсроченной реконструкции методом «объем-слинг» являлись: 1. Аплазия или тубулярная деформация III степени молочных желез; 2. Неудовлетворительный результат коррекции аплазии молочных желез с помощью имплантов; 3. Достаточная донорская емкость жировой ткани; 4. Некурящие женщины; 5. Желание пациентки выполнить эстетическую коррекцию без применения имплантов. Всем пациентам на этапе «объем» производилась субглангулярная имплантация тканевого экспандера. После полного наполнения экспандера реализовывался промежуточный этап реконструкции, который представлял собой частичное замещение (на 40%) объема экспандера собственной жировой тканью. Забор и обработка жировой ткани производилась по методу S. Coleman. Трансплантация жировой ткани осуществлялась трехплоскостной техникой, в процессе которой основной «матрицей» для жировой ткани выступала капсула экспандера. Всем пациенткам на этапе «слинг» выполнялась реконструкция контуров молочной железы. Используя специально разработанную для данного метода реконструкции контурную иглу, накладывались два чрескожных круговых возвратных блокирующих шва нитью PDS 2 и Etibond 2.0. Точками фиксации чрескожного кругового возвратного блокирующего шва выступали надкостница грудины и латеральный край большой грудной мышцы. Далее в краниальном направлении производили тракцию мягких тканей нижнего склона реконструированной молочной железы, тем самым формировали субмаммарную борозду, наружный и внутренний контуры груди. Степень птоза и четкость топографических ориентиров реконструированной молочной железы регулировались силой затягивания кругового блокирующего шва, что позволяло получать симметричный результат сразу на операционном столе. После воссоздания топографических ориентиров молочной железы осуществлялось полное замещение объема экспандера аутогенной жировой тканью. Операция завершалась послойным ушиванием раны.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях использования метода реконструкции «объем-слинг» в качестве монометода коррекции аплазии молочных желез был достигнут стабильный во времени отличный эстетический результат.

Средний период эстетического реконструктивного пособия (от первичного обращения до окончательного результата) в случае использования метода «объем-слинг» составил 6 месяцев. В качестве специфических осложнений коррекции аплазии молочных желез методом «объем-слинг» следует отметить: 1. Клинически значимая киста – 1; 2. Клинически значимая жировая гранулема – 1.

Заключение. Высокая степень удовлетворенности пациентов эстетическими результатами коррекции аплазии молочных желез методом «объем-слинг» и продолжительное динамическое наблюдение за данными пациентами свидетельствуют о высокой эффективности указанного метода.

ЗНАЧЕНИЕ ДИНАМОМЕТРИЧЕСКОГО ИЗМЕРЕНИЯ СИЛЫ ЛЕВАТОРА ПРИ ПТОЗЕ ВЕРХНЕГО ВЕКА

Филатова И.А., Кондратьева Ю.П., Трефилова М.С.

Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Блефароптоз (БП) – патология, которая занимает одно из ведущих направлений в окологлазничной хирургии. Существует множество операций, непосредственно воздействующих на леватор, на апоневроз или «подвешивание». Чаще всего БП возникает вследствие нарушений функции, структуры и анатомических особенностей мышцы. Чрезмерная коррекция БП сопряжена с риском повреждения роговицы. Большинство авторов утверждают, что результаты хирургического лечения не всегда являются идеальными: может встречаться гипо- или гиперэффект. Тщательная предоперационная оценка мышцы, поднимающей верхнее веко, имеет важное значение для выбора тактики и методики хирургического лечения. Нами проведено исследование динамометрических особенностей леватора в предоперационном периоде по новой методике.

Цель работы: выбор метода оперативного лечения БП на основании динамометрических показателей.

Материал и методы. На базе ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» в отделе пластической хирургии и глазного протезирования в течение 2020г. обследовано и прооперировано 32 пациента с БП средней и тяжелой степени, при этом у 3 пациентов (18,75%) диагностирован птоз верхнего века обоих глаз. У 8 пациентов (25%) выявили приобретенный БП, врожденный у 24 пациентов (75%). Птоз верхнего века средней степени был выявлен у 26 пациентов в 81,25%, тяжелой степени у 6 пациентов – 18,75% случаев. Период наблюдения составил от 3 до 12 мес. Возраст пациентов от 5 до 55 лет. Всем пациентам проведено комплексное офтальмологическое обследование. Специальные методы для определения биометрических параметров подвижности верхнего века и величины птоза: 1. Степень птоза в мм определяли по положению верхнего века относительно верхнего лимба и зрачка в первичной позиции взора. 2. Ширина глазной щели. 3. Исследование функциональной способности леватора. Ее оценивали по амплитуде движений верхнего века при взгляде максимально вниз и максимально вверх при фиксированной брови (т.е. при выключении действия

лобной мышцы). Подвижность века менее 4 мм расценивали как слабую, в пределах 5–7 мм как удовлетворительную, 8–12 мм как хорошую, более 12 мм как нормальную функцию леватора. 4. Наличие и форма складки верхнего века. Наличие активной подвижности глазного яблока, особенно – кверху. 5. Динамометрическое исследование силы леватора верхнего века. Динамометрические исследования леватора показали, что при врожденном птозе верхнего века сила леватора способна поднять вес массой от 0,8 гр. до 1,1 гр, при этом на здоровом от 1,1 гр. до 1,7 гр. 8 пациентам (25%) была произведена резекция леватора, 6-м (18.75%) пациентам леваторопластика с формированием дубликатуры леватора, 18 пациентам (56.25%) подвешивание к брови. Операции выполнялись у детей под общей анестезией, у взрослых под местной анестезией. РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Согласно динамометрическим исследованиям выявлена разница в силе леватора при врожденной и при приобретенном БП, а также различие между показателями на глазах у пациентов при одностороннем птозе верхнего века. В послеоперационном периоде во всех случаях отмечен положительный эффект по устранению одностороннего и/или двустороннего БП. У всех пациентов в раннем послеоперационном периоде, наблюдаю лагофтальм в пределах 2–3 мм в течение 1 месяца. Складки верхних век симметричны и выражены. Критерием эффективности по коррекции птоза верхнего века – положение края верхнего века по отношению к зрачку. В 6 случаях (4,1%) после коррекция птоза верхнего века методом леваторопластики с формированием дубликатуры в послеоперационном периоде наблюдали лучшие результаты по восстановлению и функциям леватора, по сравнению с обычной резекцией. ЗАКЛЮЧЕНИЕ 1. Динамометрические показатели леватора при врожденном и приобретенном БП прогностически влияют на тактику хирургического лечения. При силе леватора способной поднять вес массой больше 1,1 гр выполняли резекцию, при весе массой меньше 1,1 гр – подвешивание к брови. 2. Динамометрическая оценка леватора позволяет детально оценить его функциональные особенности при БП различной степени и этиологии. Дифференцированный подход оперативного лечения птоза верхнего века при известной силе леватора позволяет получить хороший косметический и функциональный результат.

ПРИМЕНЕНИЯ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ВЕК С ПЕРЕСАДКОЙ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА

Филатова И.А., Павленко Ю.А., Шеметов С.А., Боровкова Н.В., Пономарев И.Н.

Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней им. Гельмгольца, НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

Актуальность. Рубцевание тканей как исход травмы – это процесс, который может в значительной мере влиять на функциональное и косметическое состояние век. Хирургические вмешательства рекомендуется проводить в раннем периоде после травмы, либо через 6–12 месяцев, что

связано с особенностями «формирования и созревания» рубцовой ткани. В противном случае операция приведет к усилению рубцевания и усугубит состояние тканей. Рубцовая деформация век, как части вспомогательного аппарата глаза, может привести к лагофтальму – не смыканию глазной щели, что негативно отразится на состоянии глазного яблока, вплоть до ухудшения или потери зрительных функций. Одно из наиболее применяемых хирургических вмешательств при рубцовых деформациях век – пересадка свободного кожного лоскута. Успешное приживление трансплантата зависит от множества факторов, особенно важен послеоперационный период. Богатая тромбоцитами плазма (БоТП) содержит факторы роста и цитокины, обладающие регенеративными и репаративными свойствами, способствующие улучшению локального кровотока и заживлению тканей. Поэтому применение БоТП является перспективным методом как этап хирургического лечения рубцовых деформаций век с пересадкой свободного кожного лоскута.

Цель. Оценить эффективность применения БоТП при хирургическом лечении рубцовых деформаций век с пересадкой свободного кожного лоскута.

Материал и методы. В клиническую группу вошли 10 пациентов (5 мужчин и 5 женщин); в возрасте от 35 до 84 лет, в среднем $52,7 \pm 16,1$. Причиной рубцовой деформации век у всех пациентов были механические травмы вспомогательного аппарата глаза (дорожно-транспортное происшествие, удар тупым предметом, укус животного, травматический разрыв мягких тканей вследствие падения). Срок после травмы у всех пациентов составлял более 12 месяцев. Всем пациентам было запланировано проведение реконструктивно-пластической операции на веках с пересадкой свободного кожного лоскута. Данная операция включала следующие этапы: разрез кожи по линии Лангера, иссечение рубцов и перераспределение местных тканей, подготовка ложа для пересадки свободного кожного лоскута, который брали с задней поверхности ушной раковины. Пересаженный лоскут фиксировали по периметру с дополнительным наложением тракционных швов, как меры предупреждения сокращения трансплантата. В завершении операции или в раннем послеоперационном периоде (4–5 сутки) всем пациентам проводили инъекционное введение лизата БоТП в ткани вокруг пересаженного лоскута. Для изготовления лизата БоТП у пациентов накануне операции забирали венозную кровь из расчета 10 мл крови = 1 мл лизата БоТП. Изготовление лизата БоТП проводили на базе ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДМЗ». Анализ результатов проводили путем оценки состояния пересаженного лоскута: цвет, плотность, наличие сокращения лоскута.

Результаты исследования. На контрольном осмотре через 7 дней после операции (день выписки из стационара) у всех пациентов отмечали незначительный отек век и светло-розовый цвет лоскута, что свидетельствовало о хорошем приживлении и отсутствии реакции отторжения трансплантата и хорошем кровоснабжении тканей, ввиду развития локальной сосудистой сети. Через 4 недели после реконструктивно-пластической операции на веках (ориентировочная дата снятия тракционных швов) у всех пациентов отмечали хорошее приживление пересаженного лоскута: цвет трансплантата был схож с окружающими тканями, структуру пальпаторно определяли как

эластичную, равномерную, отсутствовали признаки сокращения лоскута.

Выводы. 1. Инъекционное введение БоТП улучшает приживление свободного кожного трансплантата на веках, предупреждая сокращение лоскута в послеоперационном периоде. 2. Применение БоТП является эффективным и перспективным заключительным этапом хирургического лечения посттравматических рубцовых деформаций век.

ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ

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

Республиканская клиническая больница МЗ Республики Татарстан, Казань

Развитие ложных суставов ладьевидной кости происходит, по данным разных авторов, в 30–50% случаев ее повреждения, что требует постоянного совершенствования существующих методик и разработки новых способов лечения данной патологии. Для создания компрессии и стабильности между отломками при ложных суставах ладьевидной кости широкое применение нашли различные виды металлоостеосинтеза. Существующие методы аппаратного лечения ложного сустава ладьевидной кости (М.В. Григанов с соавт. 2008 г., А.А. Абакаров с соавт. 2010 г.) для пациентов довольно обременительны и не безопасны в плане спицевой инфекции. Нам хотелось поделиться опытом применения различных вариантов хирургического лечения ложного сустава ладьевидной кости.

Мы располагаем опытом лечения данного вида патологии 48 пациентов с применением различных вариантов оперативного вмешательства. Из указанных пациентов мужчин было 43, женщин 5. Основная возрастная группа от 15 до 30 лет включала 31 чел., старше 30 лет – 17 чел., т.е. большинство пациентов были трудоспособного возраста. Все пациенты были разделены на 5 групп в зависимости от характера проведенных оперативных вмешательств. Первая группа из 6 чел., им выполнялась операция аутокостная пластика трансплантатом из подвздошной или эпиметафиза лучевой кости, из-за стабильности отломков без погружной фиксации. Вторая группа из 8 чел., которым применена аналогичная аутокостная пластика с фиксацией отломков спицами. Третья группа, 5 пациентов с аутокостной пластикой и фиксацией отломков компрессирующим винтом Герберта. Четвертая группа, наиболее тяжелая категория, представлена 6 пациентами с ложным суставом ладьевидной кости сопровождавшимся выраженным деформирующим артрозом и стойким болевым синдромом. Этой группе больных выполнены паллиативные операции – удаление проксимального фрагмента ладьевидной кости и стилоидэктомия. Пятая группа – 23 пациента с васкуляризированной костной пластикой с фиксацией костных отломков винтом Герберта. Показаниями к фиксации винтом Герберта являются все виды переломов ладьевидной кости, несросшиеся переломы, ложные суставы ладьевидной кости без выраженных дегенеративно-дистрофических изменений, с нестабильностью отломков ладьевидной кости, то есть в таких случаях, где внутренний остеосинтез может

дать максимальный эффект, без опасности осложнений. Для васкуляризации в качестве костного трансплантата были использованы фрагменты дистального эпиметафиза второй пястной кости.

Вывод. Васкуляризованная костная пластика ускоряет процесс регенерации костной ткани, не требуя дополнительной внешней иммобилизации, позволяет сократить сроки пребывания в стационаре и осуществить раннюю разработку лучезапястного сустава.

БОЛЕЗНЬ ДЮПЮИТРЕНА – ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Фортуна Э.Ю., Бузу Д.Г., Верега Г.М.

Клиника пластической, эстетической хирургии и реконструктивной микрохирургии, отделение ортопедии и травматологии, Государственный медицинский и фармацевтический университет им. Николае Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова

Введение. Болезнь Дюпюитрена это фибропролиферативное заболевание, которое поражает ладонную и пальцевую фасции, занимая все более важное место среди патологий, вызывающих озабоченность пластических хирургов. Поскольку заболевание медленно прогрессирует и приводит к инвалидности, тактика лечения остается решающей.

Цель статьи. Освещение особенностей хирургического лечения болезни Дюпюитрена и дилемм, с которыми сталкивается хирург в зависимости от стадии заболевания, для того чтобы добиться хорошей функции, избегая рецидивов и осложнений.

Материал и методы. В Клинике пластической, эстетической хирургии и реконструктивной микрохирургии в 2010–2021 годах, 60 пациентам с болезнью Дюпюитрена были проведены операции – чрескожная фасциотомия, субтотальная фасциэктомия, субтотальная фасциэктомия с аутодермопластикой, и даже ампутация.

Результаты. Чрескожная фасциотомия – это малоинвазивный метод, который применяется для решения случаев, требующих быстрого выздоровления без обширного вмешательства. Его можно проводить на начальных стадиях заболевания (стадии I-II Тубиана) или использовать в качестве первого этапа операции, в случае более значительных контрактур (стадии III-IV Тубиана), которые могут привести к дефектам кожи. Субтотальная фасциэктомия по-прежнему остается наиболее распространенным методом хирургического лечения, которое может быть поэтапным с аутодермопластикой (при дефектах кожи) с хорошими функциональными результатами и низким количеством рецидивов.

Выводы. Чем значительнее контрактура болезни Дюпюитрена и чем больше продолжительность заболевания, тем слабее ответ на хирургическое лечение контрактуры и тем выше риск необратимой контрактуры сустава, независимо от выбора хирургического метода лечения.

РИНОСЕПТОПЛАСТИКА У ПОДРОСТКОВ

Фролов С.В., Грачев Н.С., Зябкин И.В., Полев Г.А.,
Магомедова А.М., Атаева Д.М.

*Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
ФМБА России, Москва*

Актуальность. Проведение риносептопластики до 18 лет традиционно является дискуссионной и стигматизированной темой. Дальнейший рост и развитие носовых структур, психологические и этические аспекты проведения хирургического вмешательства с пластическим компонентом у подростков играют основополагающую роль в возможности проведения подобных операций. Посттравматические и врожденные деформации наружного носа в сочетании с искривлением носовой перегородки приводят к выраженному затруднению носового дыхания и множеству сопутствующих осложнений. Несмотря на общеизвестную возможность проводить септопластику по достижению ребенком пяти лет, полноценное восстановление носового дыхания не всегда осуществимо при помощи исключительно септопластики. Структуры наружного носа – преимущественно носовые клапаны – оказывают значительное влияние на формирование адекватного воздушного потока. Коррекция выраженного искривления носовой перегородки в каудальном или верхнем отделах технически затруднительна при проведении классической септопластики.

Цель исследования. Провести анализ эффективности и безопасности проведения открытой функциональной риносептопластики у пациентов младше 18 лет. Выявить и обозначить особенности хирургической техники и потенциальные сложности, связанные с проведением данного хирургического вмешательства.

Материалы и методы. В исследование включены 14 пациентов от 15 до 17 лет, прооперированные в ФНКЦ детей и подростков ФМБА России. Из них 8 – женского пола, 6 – мужского. Средний возраст пациентов – 15,8 лет. Всем пациентам выполнялась открытая функциональная риносептопластика открытым доступом. Двоим пациентам, ранее перенесшим септопластику, выполнялась ревизионная риносептопластика с использованием реберного хрящевого аутоотрансплантата, с одномоментным закрытием перфорации носовой перегородки перемещенным лоскутом на питающей ножке. Для оценки качества носового дыхания до и после операции использовался опросник NOSE (nasal obstruction symptom evaluation).

Результаты. Осложнений за период наблюдения не обнаружено. Все пациенты отмечают субъективный регресс сопутствующих симптомов хронической назальной обструкции и улучшение носового дыхания, что подтверждается результатами шкалы-опросника NOSE.

Выводы. Проведение функциональной риносептопластики у подростков при наличии посттравматических или врожденных деформаций наружного носа, искривлении носовой перегородки и затруднении носового дыхания способствует значительному улучшению носового дыхания, и предотвращает развитие сопутствующих патологий верхних дыхательных путей и вторичных осложнений.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОСТЕОИНДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ СУБСТРАТАМИ ХОНДРОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ

Хатагов А.А., Габбасова И.В., Винтаев В.Д., Слетова В.А.,
Локтионова М.В., Жидовинов А.В., Хасани А.М., Слетов А.А.
*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь*

Цель и задачи: провести сравнительный анализ клинической эффективности субстратов хондропротекторного действия при устранении дефектов кости краниофациальной локализации.

Материалы и методы. На клинической базе ГБУЗ СК «СККБ» за 2018–2020 годы у 62 пациентов удалены новообразования костных структур лицевого скелета, отличающихся диаметром, морфологией и топографией макропрепаратов. Костную полость образовавшегося дефекта замещали субстратом хондропротекторного действия с целью оптимизации репаративного остеогенеза. По данным мультиспиральной компьютерной томографии (МС КТ) в предоперационном, раннем (2 месяц после проведенного вмешательства) и отдаленном (6 и 12 месяцы после проведенного вмешательства) периодах проводили мониторинг формирующегося костного регенерата. Ежедневные осмотры пациентов в раннем послеоперационном периоде и один раз в месяц после снятия швов в течение 12 месяцев позволили фиксировать динамику и оценить клиническую картину регенерации мягких тканей операционной раны.

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде критериями оценки являлись: отсутствие нагноения, воспалительных процессов в окружающих мягких тканях, скорость функционального восстановления периферических нервных стволов. По данным визуализации МС КТ в предоперационном периоде диаметр образующихся дефектов варьировал от 1 до 8 см, у 42 пациентов замещение дефекта с введением субстрата хондропротекторного действия осуществлялось поэтапно с удалением новообразования, 20 пациентам ввиду объема первичной хирургии, костная пластика проводилась с интервалом в 2–4 месяца. Образование полноценной трабекулярной структуры идентичной интактной костной ткани наблюдалось в отдаленном послеоперационном периоде на МС КТ на 6-ом месяце, со средней плотностью костной ткани по шкале Хаунсфилда в 645 ЕД у 36 пациентов с дефектами в диаметре до 4 см. У 26 пациентов, со сформированными дефектами диаметром от 5 до 8 см сопровождались полноценной репарацией на 12-ый месяц. Эффективность лечения достигнута у 100% больных. Временные рамки формирования полноценного костного регенерата в сравнении с классической методикой замещения костных дефектов сокращены в 1,5 раза.

Выводы. Введение в сформированный костный дефект субстратов, обладающих хондропротекторным действием, является методом направленной ускоренной репаративной регенерации. Идеальная биосовместимость и высокий остеиндуктивный эффект препаратов хондропротекторного действия значительно снижают не только риски по-

слеоперационных осложнений, но и в 1,5 раза сроки реабилитации. Использование субстратов позволяет в более ранние сроки приступить к проведению следующих реконструктивно-восстановительных манипуляций.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕТАБОЛИЗМА ПОСЛЕ ЛИПОСАКЦИИ

Храмцова Н.И., Плаксин С.А., Пономарев Д.Н., Соцков А.Ю.
Пермский государственный медицинский университет, Пермь

Цель и задачи. Объективизация результатов коррекции фигуры включает изучение динамики состава тела. Кроме того, представляют интерес определение факторов, способствующих улучшению показателей метаболизма, снижению метаболического возраста и поиск целевых показателей при различных методиках коррекции фигуры.

Целью исследования было проанализировать возможности применения таких показателей метаболизма, как физический рейтинг, основной обмен и метаболический возраст, при оценке результатов липосакции, а также их динамику после операции.

Материалы и методы. Измерены такие показатели состава тела, как физический рейтинг, базальный метаболизм, метаболический возраст и мышечная масса, у 26 относительно здоровых женщин, с помощью двухэлектродного анализатора состава тела Tanita BC-542.

Результаты. При анализе физического рейтинга, позволяющего оценить тип телосложения на основании состава тела, установлено, что более чем у половины пациенток при поступлении выявлен нормальный («идеальный») тип телосложения («5» тип) – 14 (54%), то есть у них определяются средние показатели мышечной массы и среднее содержание жира. У 10 (38%) диагностирован «2» тип телосложения, соответствующий полному типу, то есть повышенному содержанию жира при среднем значении мышечной массы, при этом средний индекс массы тела у этих пациенток был в норме и равнялся $26,3 \pm 1,9$ кг/м², что означает у них наличие скрытого ожирения. Учитывая нормальное значение индекса массы тела, у этих пациенток показанием к проведению липосакции была коррекция контуров тела, а не лечение ожирения. По 1 (4%) человеку приходится на такие типы телосложения как «недостаточная физическая тренированность» (среднее содержание жира при сниженной мышечной массе) и «стандартное мускулистое телосложение». Первой пациентке можно было рекомендовать повысить физическую активность, тогда контур тела улучшился бы за счет мышечного рельефа, второй пациентке – снизить физическую активность, так как повышенная мышечная масса у нее могла вызывать увеличение объемов тела и интерпретироваться ею как ожирение. Физический рейтинг (тип телосложения) сразу после липосакции у 3 (11%) пациенток улучшился, сохранившись на 7-е сутки. У 22 (85%) он не изменился. У одной (6%) женщины – стойко ухудшился, что, вероятно, связано с погрешностью измерений при первичном обследовании. Исходный уровень базального метаболизма у пациенток при поступлении в среднем равнялся 1340 ± 96 ккал. После липосакции он в среднем повысился до 1361 ± 119 ккал ($p=0,02$), через 7 дней – до 1394 ± 131 ккал ($p=0,04$). Мета-

болический возраст при поступлении у 14 (54%) пациенток оказался меньше фактического, у 1 (4%) клиентки соответствовал, у остальных 11 (42%) – больше фактического. Метаболический возраст был ниже фактического у пациенток с меньшей массой тела и при более высоких показателях базального метаболизма. Сразу после липосакции метаболический возраст стал соответствовать фактическому у 6 (23%) пациенток, у 13 (50%) он оказался меньше фактического, у остальных 7 (27%) – возрос. На 7-е сутки метаболический возраст у 16 (89%) уменьшился, а у остальных 2 (11%) – не изменился. Ни у кого из 18 отслеженных на 7-е сутки метаболический возраст, по сравнению с исходным, не увеличился. Содержание мышц после липосакции увеличилось с $41,7 \pm 2,9$ кг до $43,7 \pm 4,3$ кг ($p=0,003$). Положительная динамика показателей метаболизма коррелировала с объемом удаленной жировой ткани, исходной массой тела и балансом жидкостей после операции.

Выводы. Наиболее часто встречающиеся типы телосложения женщин, обратившихся для проведения липосакции, – «нормальный» и «полный» типы телосложения. После липосакции отмечено статистически значимое улучшение показателей метаболизма: снижение метаболического возраста у 89% пациенток в среднем на 3,1 год, повышение показателя базального метаболизма (основной обмен, BMR) у 61% человек, а также улучшение типа телосложения у 22% пациенток. Практически у всех пациенток после липосакции было установлено улучшение типа телосложения либо отсутствие изменений.

ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ДИСМОРФОФОБИИ В ПРАКТИКЕ ПЛАСТИЧЕСКОГО ХИРУРГА

Храмцова Н.И., Плаксин С.А., Соцков А.Ю., Пономарев Д.Н.
Пермский государственный медицинский университет, Пермь

Целью работы явился анализ возможности применения в русскоязычной аудитории зарубежных валидированных среди клиентов пластического хирурга и дерматолога методики для выявления дисморфофобии, BDDQ-DV и DCQ. Материалы и методы. Анкетирование проводилось в двух выборках, давших положительные ответы на вопрос о наличии у себя недостатка своей внешности: пациенты пластического хирурга ($31,2 \pm 6,8$ лет) и студенты старших курсов медицинского университета ($22,6 \pm 2,3$ лет).

Результаты. На вопрос о длительности времени размышлений над своим дефектом внешности ответили положительно 35 (54%) пациентов пластического хирурга и 16 (52%) студентов. Среди пациентов пластического хирурга свой дефект идентифицировали 60 (92%) человек, причем почти половина из них подробно пояснили вопрос о характере влияния обеспокоенности этим дефектом на их жизнь: «бесконечные мысли, не помогают другие варианты, нарушение в личной жизни», «в плане здоровья», «влияет на мою работу», «дает неуверенность», «интимную», «комплекс», «лишние отрицательные эмоции стресс», «на одежду которую я ношу, походы в баню», «неполноценность», «неуверенность», «замкнутость», «неудовлетворенность», «огорчение», «стеснение», «хотелось бы не думать об этом недостатке», «регулярно делаю Диспорт».

Интересно, что двое из них при ответе на уточняющий вопрос о дефекте описали не ту часть тела, по поводу которой они обратились: пациентка, обратившаяся для коррекции фигуры, заявила, что ее тревожат морщины под глазами, а пациентка, обратившаяся для коррекции формы живота, сообщила, что ее «не устраивают грудь, бедра, ягодичцы». Среди студентов обозначили наличие дефекта 29 (94%) человек, из них 6 человек назвали форму носа, 6 – «полноту фигуры», 5 – размеры и форму живота, 3 – недостатки волос и кожи, 3 – «все тело», 2 – форму и объем бедер. Большая часть из них в следующем вопросе пояснила, что этот недостаток не имеет или имеет незначительное влияния на их жизнь. На вопрос, вызывает ли дефект «огорчение, страдание, боль», ответили положительно 39 (60%) пациенток и 15 (48%) студентов. Не вызывает нарушений в социальной, профессиональной и других аспектах повседневной жизни «дефект» внешности у 29 (45%) пациенток и 15 (48%) студенток, у остальных он в той или иной мере субъективно отражается на их жизни. Дефект мешает в социальной сфере 8 (12%) клиентов пластического хирурга и 8 (26%) студентов, мешает в работе, учебе, социальной жизни – 16 (25%) и 4 (13%) соответственно. Есть вещи, которых респонденты избегают из-за своего дефекта, 40 (62%) клиентов пластического хирурга и 18 (58%) студентов. Были сильно обеспокоены в отношении какой-то части своего тела чаще, или гораздо чаще, чем большинство людей» 17 (26%) и 5 (16%). Считали неправильно сложенной свою фигуру или какую-то часть своего тела «не чаще, чем большинство людей» – 37 (57%) и 18 (58%), «чаще и гораздо чаще» – 15 (23%) и 10 (32%) соответственно. Считали свое тело неправильно функционирующим «чаще и гораздо чаще, чем большинство людей» 15 (23%) пациенток и 10 (32%) студенток. На вопрос, консультировались ли или собирались проконсультироваться по поводу своего «дефекта» у врача, клиенты пластического хирурга ответили «никогда» в 23 (35%) случаях, студенты – в 13 (42%) случаях. Не чаще, чем большинство людей, прибегали к консультации врача по этому поводу 21 (32%) клиент пластического хирурга и 14 (45%) студентов. Чаще и гораздо чаще, чем большинство людей, – 14 (22%) клиентов пластического хирурга и 4 (13%) студентов. Считают, что с их внешностью или физическим функционированием организма что-то не так, несмотря на то, что окружающие или доктор говорили, что все нормально, 58% клиентов пластического хирурга и такой же процент студентов. Проводят много времени, беспокоясь о дефекте своей внешности или неправильном функционировании тела, 40 (61%) клиентов пластического хирурга и 22 (71%) студентов. Скрывают недостатки своей внешности или неправильное функционирование тела, 47 (72%) клиентов пластического хирурга 22 (70%) студентов. Анализ внутренней согласованности продемонстрировал возможность применения анкет в научных исследованиях (альфа Кронбаха более 0,8).

Выводы. Таким образом, авторские русскоязычные версии опросников DCQ и BDDQ-DV могут быть рекомендованы в качестве дополнительного инструмента для выявления синдрома дисморфофобии среди лиц женского пола в возрасте от 20 до 40 лет, однако внедрение их в практическую деятельность требует более глубокой адаптации к русскоязычной аудитории.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕХНОЛОГИЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ, ПЕРЕНЕСШИМ МАСТЭКТОМИЮ

Чагунова О.Л., Романенков Н.С., Скурихин С.С., Кораблева Н.П., Некрасов А.А., Цехмистро Я.В.

Санкт-Петербургская клиническая больница РАН, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Актуальность. Заболеваемость жительниц России раком молочных желез (РМЖ) ежегодно увеличивается. При оказании медицинской помощи (МП) больным злокачественными новообразованиями (ЗНО) молочных желез (МЖ) хирургические технологии сохраняют приоритет. В настоящее время больным РМЖ все чаще выполняются органосберегающие онкопластические резекции. Однако удельный вес случаев осуществления мастэктомии (МЭ) в общей структуре операций, выполняемых пациенткам с ЗНО МЖ, пока остается на высоком уровне. Закономерно полагать, что потребности в проведении протезирования МЖ женщинам, подвергшимся МЭ по поводу рака, в перспективе будут увеличиваться. В этой связи анализ основных данных о результатах выполнения реконструктивных хирургических вмешательств на груди после МЭ по поводу ЗНО оказывается актуальной задачей современной пластической хирургии.

Цель. Проанализировать результаты осуществления реконструкции груди после мастэктомии.

Материалы и методы. Оценены данные о 66 клинических наблюдениях проведения реконструктивно-пластических операций на груди после МЭ по поводу РМЖ, осуществленных пациенткам Санкт-Петербургской клинической больницы РАН (СПб КБ РАН) в 2014 – 2018 гг. при оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи (ВтВМП). Во всех случаях ЗНО МЖ подтверждены гистологически с определением иммуногистохимического профиля опухоли. Возраст больных составил в среднем – 47,4 года (28 – 67 лет, стандартное отклонение (СО) – 7,96). Статистическая обработка данных осуществлена посредством компьютерной программы Statistica 12 для Windows.

Результаты. В группе исследования ЗНО у пациенток в 98,5% случаев верифицированы в одной из МЖ, а в 1,5% клинических наблюдений неопластический процесс констатирован билатерально. В 59 (89,4%) случаях ЗНО локализовались в верхненаружном квадранте МЖ. При морфологическом исследовании гистологические признаки инфильтрирующей протоковой карциномы выявлены в 20 раз чаще, чем дольковой – 62 (94%) и 3 (4,5%) клинических наблюдений, соответственно. При иммуногистохимическом исследовании опухоли, чувствительные к эстрогенам и прогестерону, выявлены соответственно в 3,5 и 1,9 раз чаще, чем резистентные. Her2neu-негативные формы РМЖ констатированы в 54 (81,8%) клинических наблюдений. Злокачественные опухоли МЖ T1, T2 верифицированы в 25 (37,9%) и 28 (42,4%) случаях соответственно. РМЖ 0-II стадии констатирован в 52 (78,8%) клинических наблюдениях, III стадии – в 13% случаев. В ¾ наблюдений больным потребовалось проведение комбинированного

лечения. Химиотерапия использована в 78,8% клинических наблюдений, медиана количества курсов введения противоопухолевых препаратов, потребовавшихся пациентам, – 6 (25-й перцентиль – 4, 75-й – 6). Протезирование МЖ во всех анализируемых клинических наблюдениях проведено с применением силиконовых имплантатов либо тканевых экспандеров. В большинстве (84,8%) случаев реконструктивные хирургические вмешательства на МЖ осуществлены одномоментно после МЭ. Объем имплантатов МЖ находился в пределах от 275 до 650 мл, в среднем составил 453,7 мл (СО 86,5). Пациентки, которым после МЭ выполнено протезирование МЖ, для достижения эстетически приемлемого результата вынуждены переносить в среднем 2 реконструктивные операции. Для достижения симметрии при осуществлении протезирующих хирургических вмешательств в 29 (43,9%) случаях больным выполнены операции на контралатеральной МЖ. В целом в СПб КБ РАН в 2014 – 2018 гг. частота проведения пациенткам одномоментного протезирования МЖ после МЭ составила 16,7%, что в то время сопоставимо с аналогичным параметром оказания медицинской помощи этому контингенту больных в медицинских организациях онкологической направленности.

Заключается. Проведенный анализ данных дает основания полагать, что протезирование МЖ – неотъемлемый компонент хирургической реабилитации женщин, перенесших МЭ по поводу РМЖ. С учетом прогнозируемого роста показателей заболеваемости жительниц Санкт-Петербурга ЗНО МЖ, потребности в протезировании МЖ в перспективе увеличатся. Не исключено, что при условии надлежащей организации лечебно-диагностического процесса, оказание ВТВП больным РМЖ окажется возможным шире проводить вне специализированных медицинских организаций онкологической направленности.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВАМИ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чкадуа Т.З., Висаитова З.Ю., Верещагина Н.В.

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

Цели и задачи исследования. По данным литературы 40–80 процентов всех опухолей околоушной слюнной железы приходится на плеоморфные аденомы. При неадекватном лечении 80 процентов опухолей рецидивируют в первые 5 лет после операции. Это связано, как со сложностями предоперационной диагностики, так и с анатомическими особенностями расположения ветвей лицевого нерва в толще околоушной слюнной железы.

Материал и методы. В ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» МЗ РФ за 2020–2021 годы прооперировано 157 пациентов с доброкачественными опухолями околоушной слюнной железы. 68 процентов пациентов обратились за медицинской помощью первично, а остальные 32 процента пациентов обратились с рецидивом опухоли околоушной слюнной железы. Среди пациентов у которых опухоль возникла повторно: у 72 процентов – первый рецидив образования, у 28 процентов – второй и более случаев возникновения

опухоли. Из анамнеза известно, что всем пациентам с рецидивами выполнялась энуклеация опухоли. В большинстве случаев пациентам не выполнялась магнитно – резонансная томография с целью оценки объема опухолевого поражения. В ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» МЗ РФ пациентам с рецидивом опухоли выполнено хирургическое лечение в объеме паротидэктомии с выделением и сохранением ветвей лицевого нерва. Пациентам, обратившимся за помощью первично, выполнена в 79 процентах случаев субтотальная резекция околоушной слюнной железы с выделением и сохранением ветвей лицевого нерва, в 21 проценте прооперированных пациентов – паротидэктомия. В качестве предоперационной подготовки выполнено магнитно – резонансная томография головы и шеи, ультразвуковая диагностика околоушной слюнной железы, цитологическое исследование опухоли с целью верификации и подтверждения диагноза.

Результаты. В результате хирургического лечения пациентов с опухолями околоушной слюнной железы вне зависимости от объема резекции у всех сохранена функция лицевого нерва. Пациентам, у которых выполнена паротидэктомия при рецидивах опухоли, потребовалось от 1–3–6 месяцев на восстановление мимической мускулатуры. Также, время операции у пациентов с рецидивом опухоли возрастало в 2–2,5 раза по сравнению с пациентами, у которых опухоли были первичными. Реабилитация всех пациентов в послеоперационном периоде проходила без особенностей. Сроки госпитализации занимали в среднем до 7 дней.

Выводы. Рецидивы опухолей околоушной железы связаны с неполноценной диагностикой на предоперационном этапе и не радикальной тактикой хирургического лечения, в результате чего происходит прорастание опухолевых узлов в кожно-жировой и SMAS-лоскут, а также в области ветвей лицевого нерва. Такая группа пациентов является наиболее сложной, с точки зрения выполнения технической части лечения, за счёт чего увеличивается и длительность самой операции в 2–2.5 раза. Возникновение этих трудностей, как правило, связано с обширным рубцеванием самой околоушной слюнной железы при выполнении энуклеации, а также с мультицентрическим рассеиванием опухолевых узлов по всей площади железы, в том числе и на ветвях лицевого нерва, что связано с морфологическими особенностями опухоли. На наш взгляд, при обнаружении образования в области околоушной слюнной железы необходима полноценная предоперационная диагностика с обязательной верификацией опухоли, а также радикальный подход в плане хирургического лечения, выбирая субтотальную резекцию или паротидэктомию в зависимости от объема поражения, и не прибегая к попытке энуклеации опухоли.

УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМИАТРОФИЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ СКЛЕРОДЕРМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ЛИПОФИЛИНГА

Чкадуа Т.З., Висаитова З.Ю., Ибрагимова Х.М.

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

Введение. Локализованная склеродермия остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины в связи со специфичностью, вариабельностью клинической картины и рефрактерностью к терапевтическому лечению. Лечение данной группы пациентов занимаются врачи-ревматологи, невропатологи, дерматологи, при этом не существует единого алгоритма хирургического лечения, позволяющего создать условия для полноценной реабилитации.

Цель исследования. Изучить эффективность лечения пациентов с гемиатрофиями челюстно-лицевой области вследствие склеродермии с использованием метода липофилинга.

Материал и методы. На базе ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» МЗ РФ с 2019 г. по 2021 г. было исследовано 10 пациентов с гемиатрофиями челюстно-лицевой области вследствие склеродермии. Возраст пациентов колебался от 15 до 40 лет. С целью оценки структуры и размеров всех слоев кожи, динамики изменений кожи и подлежащих тканей, проводили УЗ-сканирование кожи. Для изучения эластичности кожи и подлежащих тканей в области рубца пациентам было выполнено кутометрия. До, на этапах и после хирургического лечения проводилось 3D-фото с целью оценки эстетических результатов. В зависимости от формы заболевания и степени приживления липографтов, количество этапов липофилинга и объем вводимого аутожира у каждого пациента отличалось. В среднем проводилось 3–4 этапа и вводилось около 20–30 мл аутожира на каждом этапе. Липофилинг проводился при помощи канюли системы Coleman с диаметром отверстия 2,1 мм. Полученный липоаспират после промывания физиологическим раствором проходил через специальный переходник размером 2,4 мм путем механического перемещения ауто-трансплантата между двумя шприцами. Затем полученный липоаспират вводили канюлей субдермально.

Результаты. После проведенного лечения на УЗ-сканограммах выявлено значительное увеличение толщины гиподермы в 1,5–2 раза, по сравнению с исходными параметрами. Существенных изменений со стороны дермы не отмечено. По результатам исследования кутометрии отмечено повышение показателя эластичности кожи на 30% по сравнению с исходными значениями и приближение к данным результатов, полученных на симметричном контрольном участке здоровой стороны. По данным фотометрического исследования визуально отмечались значительные положительные эстетические результаты в виде улучшения симметризации контуров и пропорций лица. Поскольку показатели эластичности кожи коррелируют с уровнем и качественными характеристиками коллагена и эластина в коже, по результатам данного исследования можно сделать заключение о ремоделировании фиброзной ткани

в зонах рубцовых изменений после липофилинга. Кроме того, полноценное восполнение объема мягких тканей способствует улучшению эстетических показателей, что позволяет рассматривать данный метод, как наиболее рациональный, для реабилитации пациентов с гемиатрофиями вследствие склеродермии.

Заключение. Исходя из данных проведенных исследований и данных клинических наблюдений, можно сделать вывод об эффективности и безопасности применения липофилинга у пациентов с гемиатрофиями вследствие склеродермии, способствующие их полноценной реабилитации.

НАШ ОПЫТ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Шакиров Б.М., Исмати О.Ф., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан

Растущий уровень травматизма, который отмечается как в нашей стране, так и в мире, обуславливает актуальность разработки оптимальных подходов к лечению травм и дефектов покровных тканей нижних конечностей, в частности. Повреждение верхних и нижних конечностей превратилось к настоящему времени в специфическую проблему, в которой и поныне имеется ряд нерешенных вопросов. В лечении травматических повреждений конечностей достигнуты определенные успехи, однако процент продолжительной нетрудоспособности и инвалидности остается еще высоким. Лечение больных с различными видами ран, причем как непосредственно после повреждения кожных покровов, так и через различные интервалы времени, является актуальной проблемой хирургии на фоне все возрастающего числа бытового травматизма, природных и техногенных катастроф, локальных вооруженных конфликтов. При этом освещению проблемы реконструкции при травмах нижних конечностей в научной литературе отведено критически мало работ. Одним из основных принципов в лечении верхних и нижних конечностей является максимально раннее и полноценное устранение дефектов кожи и мягких тканей. В хирургическом отделении Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи оперированы 43 больных (24 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 11 до 54 лет по поводу травмы конечностей. Причинами явились резаная рана (у 17 больных), ушиблено-рваная (у 12 больных), ожоговая травма (у 7 больных), травма электропилой (у 5 больных) и другие (у 2 больных). Площадь травматических дефектов составляла от 3 до 10 см². Бытовая травма имела место у 11 пациентов, производственная – у 32. При поступлении состояние пострадавших с травмой дистальных отделов конечностей было относительно удовлетворительным, средней тяжести и гораздо реже – тяжелым. Для определения возможности проведения восстановительной операции оценивали вид травмы, уровень, обширность и глубину зону повреждения тканей. При этом имелись механические загрязнения разрозненных тканей и разнообразные повреждения кожных покровов, мышц, костей с нарушением целостности сухожилий,

нервов, кровеносных сосудов, что нередко сопровождалось расстройством регионального кровообращения различной степени. Больные тяжелыми травмами (отрывами, обширной травмой мягких тканей в сочетании с повреждением сосудов или изолированным нарушением целостности магистральных сосудов) преимущественно поступали в вечернее время суток в состоянии шока (разной степени). Для определения возможности восстановительной операции оценивали вид травмы, уровень, обширность и глубину зоны повреждения тканей. Общим для всех открытых изолированных и обширных повреждений мягких тканей конечностей являлось проведение по возможности наиболее ранней тщательной ПХО. Одновременно с ПХО осуществляли выделение, освежение острым лезвием бритвы и маркировку разорванных сосудов, нервов, сухожилий. Особое внимание обращали на сохранение целостности даже незначительных кожно-фасциальных и кожно-фасциальных мостиков, которые имеют важное значение для оттока венозной крови, лимфы и притока крови. Артерии и вены пальцев, кисти, предплечья, плеча, стопы, голени сшивали под оптическим увеличением по типу в конец, а при наличии дефекта выполняли сегментарную аутовенозную пластику. Целостность мышц восстанавливали узловыми или П-образными швами. При закрытии обширных дефектов использовали возможности пластики местными тканями, пластику кожи лоскутом на временной питающей ножке и методику свободной кожной пластики. После наложения рыхлой асептической повязки конечности придавали возвышенное положение с целью облегчения оттока венозной крови и лимфы. Пульс на периферических артериях конечности после восстановительной операции впервые дни послеоперационного периода не всегда отчетливо определялся из-за развития отека мягких тканей. Больные после тяжелых восстановительных операций на сегментах конечностей первые несколько дней раннего послеоперационного периода находились под наблюдением. Постоянно проводили контроль за КЩС, свертывающей системой электролитами крови, степенью повреждения. Проводилась комплексная терапия. Для предупреждения деструктивных процессов, ускорения восстановительных процессов и регенерации мышц и нервных проводников конечности после восстановительной операции использовали ЛФК, массаж и медикаментозную терапию (прозерин, витамины и другие).

ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКСТОСНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ИЛИЗАРОВУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ И ДЕФЕКТАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КИСТИ

Шихалева Н.Г.

Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. акад. Г.А. Илизарова, Курган

В структуре повреждений опорно-двигательной системы травмы кисти составляют около 1/3 и часто приводят к инвалидности пострадавших (в 21–28% от всех первично освидетельствованных в экспертных комиссиях) (Волкова А.М., 1991; Дейкало В.П., 1991; Мелихов К.С., 2010). Значительную группу из этого количества пострадавших

составляют пациенты с ложными суставами и дефектами трубчатых костей кисти. Поскольку данная патология имеет многогранную картину, которая может включать повреждения не только костной ткани, но и покровных тканей кисти, сухожильного аппарата, сосудисто-нервных образований, требуется индивидуальный высокотехнологичный подход в лечении к каждому больному. В русскоязычной литературе встречающиеся публикации на эту тему немногочисленны (Голубев В.Г., 1986; Родоманова Л.А., 2010; Губочкин Н.Г. с соавт., 2014).

Цель: провести анализ результатов лечения больных с ложными суставами и дефектами трубчатых костей кисти с применением чрескостного остеосинтеза по Илизарову. Материалы и методы. За 10 лет работы отделения хирургии кисти в НМИЦ ТО имени акад. Г.А. Илизарова пролечено 51 пациент с ложными суставами и посттравматическими дефектами трубчатых костей кисти. Из них мужчин было 40, женщин – 11. Большинство больных имели в анамнезе высокоэнергетическую травму. Количество поврежденных костей кисти – 77, на одного пациента в среднем приходилось 1,5 кости кисти с дефектом. Чаще повреждения локализовались на пястных костях (45), реже на уровне пальцев – 32 фаланги. Дефекты на уровне пястных костей распределялись относительно равномерно: I – 8, II – 10, III – 11, IV – 8, V – 8. На уровне фаланг пальцев преобладали повреждения на втором и четвертом пальцах: I палец – 1, II палец – 12, III – 4, IV – 10, V – 5. После полученных огнестрельных ранений у шести пациентов были выраженные дефекты покровных тканей, выражающиеся в наличии обширных грубых рубцов. Все посттравматические дефекты и ложные суставы мы разделили на три группы: 1 – дефект-псевдоартроз – 33, 2 – внутрисуставной дефект – 10, 3 – дефект-диастаз – 34. В процессе лечения были использованы методики, часть из которых выполнена с применением мини-аппарата Илизарова: – корригирующая остеотомия + компрессионный остеосинтез – 33; – остеотомия + дистракционный остеосинтез – 19; – биллокальный остеосинтез (компрессия на уровне псевдоартроза, остеотомия для удлинения) – 3; – невазуляризованная аутокостная пластика – 7; – артродез суставов кисти – 6; – микрохирургическая трансплантация или транспозиция комплексов тканей – 5; – эндопротезирование суставов кисти – 4. У шести пациентов лечение проходило в несколько этапов. Обязательным было прохождение курса физиолечения, ЛФК в послеоперационном периоде.

Результаты. Оценку результатов лечения пациентов с повреждениями верхней конечности осуществляли по опроснику DASH. Положительные результаты лечения отмечены у 49 пациентов. Осложнения. Мы отнесли в ряд осложнений отсутствие консолидации (1 случай), замедленное сращение (4 пациента). Таких осложнений, как остеомиелит, лизис костных трансплантатов мы не отмечали.

Вывод. Таким образом, индивидуальный подход в лечении пациентов с ложными суставами и дефектами трубчатых костей кисти с применением чрескостного остеосинтеза по Илизарову дает положительные результаты в большинстве случаев.

БОТУЛОТОКСИН, НОСОГУБНЫЕ СКЛАДКИ И ВАЗОМОТОРНЫЙ РИНИТ

Щёлокова Е.Б., Егоров В.И., Алимова Ш.Б.

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

В последние годы отмечен значительный рост распространенности заболеваний носа и околоносовых пазух. Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости носа (риниты) сопровождаются затруднением носового дыхания и выделениями из носа. Наряду с аллергическим, инфекционным, гипертрофическим, катаральным и атрофическим ринитами среди хронических форм ринита большое место занимает вазомоторный ринит (ВР) (по классификации Г.З. Пискунова и С.З. Пискунова). Заложность носа и затруднение носового дыхания при ВР обусловлены лабильностью и повышенным кровенаполнением сосудов носовых раковин. Основными симптомами ВР являются затруднение носового дыхания, заложенность носа, прозрачные выделения из носа, ощущение стекания слизи по задней стенке глотки, головная боль, снижение обоняния. В связи с отсутствием точного этиопатогенеза большинство существующих методов лечения ВР являются лишь симптоматическими. Эффективность многих из них до конца не изучена, так как сведения о ней основаны только на персональном опыте клиницистов. И все же существуют препараты для лечения ВР с доказанной эффективностью. Проведенные нами исследования доказали эффективность ботулотоксина в лечении вазомоторного ринита. В исследовании приняли участие 22 больных (17 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 17 до 65 лет. Больные получали инъекции ботулотоксина в носовую мышцу. До начала действия ботулотоксина больные отмечали субъективную выраженность основных симптомов ВР (затруднение носового дыхания, заложенность носа, количество выделений из носа, снижение обоняния, головные боли) и выраженные мимические морщины около носа. При передней риноскопии визуально оценивался отек слизистой оболочки, секрет в полости носа, увеличение в объеме нижних носовых раковин. Всем больным до включения в исследование проводили рентгенографию ОПН в носоподбородочной проекции и кожные аллергопробы. Критериями исключения являлись: выраженное искривление перегородки носа, клинические и рентгенологические признаки синусита, опухоли околоносовых пазух или полости носа, беременность, кормление грудью, а также положительный кожный тест хотя бы с одним аллергеном. На фоне лечения ботулотоксином уже через 3–4 дня отмечались статистически значимое улучшение носового дыхания, уменьшение заложенности носа, количества выделений из носа и головных болей, разглаживание мимических морщин. Пятнадцать из 22 пациентов смогли отказаться от использования деконгестантов. Позитивная динамика выраженности симптомов сопровождалась положительными изменениями эндоскопической картины: уменьшением размеров нижних носовых раковин и количества секрета в полости носа. В результате проведенного нами лечения больных ВР ботулотоксином отмечалось статистически достоверное улучшение носового дыхания (как субъективное, так и объективное – по данным ПАРМ и АР), уменьшение заложенности носа, выделений из носа, головных болей, а так-

же снижение потребности в использовании деконгестантов в случае медикаментозного ринита. Таким образом, по нашему мнению, ботулотоксин является эффективным средством для лечения вазомоторного ринита, реальной альтернативой операциям на носовых раковинах. Одновременно с улучшением носового дыхания были отмечены положительные изменения выражения лица.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА – ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Этибарян А.В., Искорнев А.А., Васильев М.Н.

The Platintel, 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, определение угла подъема брови (УПБ), точный механизм образования жировых грыж век, немаловажную роль здесь играют точка прикрепления лобного брюшка 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 дерматологическим верхнего века, определении 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.

Субфасциальная аутодермопластика дезэпителизованным лоскутом на ножке у больных с хронической лимфедемой конечностей

Юдин В.А., Савкин И.Д.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Цель исследования – снижение давления в мягких тканях конечности больных хронической лимфедемой. В клиническом исследовании представлено 15 больных женщин в возрасте от 25 до 64 лет, с диагнозом хронической лимфедемы нижних конечностей, в стадии постоянного мягкого отека. Всем больным проведено хирургическое лечение по формированию одиночных адипозо-субфасциальных аутодренажей, по разработанной методике (рацпредложение №4 от 23.12.2013). Технология операции заключалась в формировании дезэпителизованного кожно-жирового лоскута на ножке, по внутренней поверхности голени, в средней ее трети. Сформированный лоскут дистальным концом перемещался в перфорационное отверстие фасции (*fascia cutis*), с фиксацией узловым швом, монофиламентной не рассасывающейся нити типа пролен 3/0. Рана над лоскутом закрывалась кожным швом. В последующем, производился мониторинг изменения объема конечности (волюмометрически), а также степень деградации межтканевого отека, применением пробы Макклюра-Олдриджа. В результате применения данной методики отмечено устойчивое снижение объема, в среднем на 10% оперированной конечности и удлинение времени рассасывания «волдырной» пробы (проба Макклюра-Олдриджа) в среднем до 23 секунд. Сроки устойчивого снижения объема конечности и улучшение качества жизни пациентов прослежены в течение 5 лет. Отмечено, что в течение года сохраняется уменьшение объема конечности, при этом больные отмечают улучшение комфортности, менее выраженная тяжесть в конечности. Далее, объем конечности приближался к исходному объему, но явной прогрессии отека не наблюдалось, во всех случаях оперированных больных. Применение аутодермального шунта положительно влияет на состояние больных хронической лимфедемой и может быть рекомендовано, как альтернативное лечение, при прогрессирующей лимфедеме конечностей.

РАЗДЕЛ II. КОСМЕТОЛОГИЯ

ДЕТЕКЦИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПА ФИЛЛЕРА МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

Безуглый А.П., Белков П.А., Безуглый Н.А.

Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА РФ, Клиника АНТА-Мед, Москва

Инъекции филлеров являются одними из самых популярных процедур в медицинской косметологии. Наряду со всеми преимуществами дермальных филлеров, всегда существует вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений. Важно принимать во внимание появление большой группы пациентов с неясным анамнезом, часто они не могут предоставить информацию о названии введенного филлера и типе препарата, медицинская документация при этом отсутствует. Предварительное обследование пациента с целью выявления и определения типа ранее введенного филлера, степени его резорбции и состояния окружающих тканей, становится необходимостью. Данная диагностическая информация нужна для принятия решения о возможности и тактике проведения повторной инъекции.

Цель исследования. Изучение высокочастотных ультразвуковых признаков филлеров на основе гиалуроновой кислоты, полиметилметакрилата, полиакриламидного геля, кальция гидроксипатита и силикона.

Материалы и методы. Проводили ВЧ УЗ исследование кожи и мягких тканей у 78 пациентов, которым ранее были введены различные филлеры. Для высокочастотного ультразвукового сканирования применяли датчики с частотой 22 и 75 МГц и разрешением 72 и 21 мкм, шириной скана 12.8 мм, максимальной глубиной сканирования 16 и 4 мм соответственно. Акустическую плотность оценивали по шкале от 0 до 255 единиц.

Результаты. Описаны высокочастотные ультразвуковые признаки филлеров на основе гиалуроновой кислоты, полиметилметакрилата, полиакриламидного геля, кальция гидроксипатита и силикона. Предложен алгоритм дифференциации типа филлера при высокочастотном ультразвуковом исследовании кожи.

Заключение. Высокочастотное ультразвуковое исследование позволяет определять наличие и расположение филлера в коже и мягких тканях, а также с высокой вероятностью дифференцировать тип ранее введенного филлера. Предварительное исследование кожи пациентов перед инъекциями филлеров значительно повышает безопасность и эффективность данных процедур.

ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ЛЖЕ-КОСМЕТОЛОГИИ

Бортейчук А.В.

Клиника эстетической медицины «Эстетик Альянс», Санкт-Петербург

Цель работы. Противодействие лже-косметологии. Уменьшение доли рынка незаконной косметологии в РФ и увеличение доли легальной косметологии.

Задачи. Проведение просветительской деятельности среди пациентов и врачей. Привлечение внимания к проблеме нелегальной косметологии с тем, чтобы активизировать поиск решений. Тезисы: Анализ текущей ситуации на рынке косметологии. Предпосылки к развитию нелегальных косметологических услуг: – высокий спрос на косметологические услуги на фоне снижения покупательской способности населения – низкие штрафы за нелегальную медицинскую деятельность, особенно для частных лиц – благодаря развитию социальных сетей появилась возможность активно привлекать клиентов, и в то же время легко избежать ответственности. – изменение критериев выбора специалиста для поколения Y и Z – пациенты теперь обращают внимание не на регалии, а на популярность в социальной сети. – возможности закупки препаратов людьми без образования и лицензии. Анализ деятельности нелегальных косметологов и методов их функционирования. 1) Обзор схем закупок препаратов нелегальными косметологами. 2) Бурный рост рынка нелегальной косметологии случился благодаря тому, что лже-врачи объединились в крупную секту и начали вести активную пропаганду незаконной деятельности. В секте. Обещают сверх-высокий и быстрый заработок. Учат всем косметологическим техникам, сложность которых намеренно упрощают, а медицинское образование – дискредитируют. (Объемы рынка нелегального обучения) Придумывают сверхмаржинальные «новые техники» (например, вкалывать обычный физраствор за 60 рублей под видом липолитика по цене от 5000 рублей). Делятся секретами обмана пациентов, рассказывают, как уходить от вопросов про необходимые для работы документы; учат, как обрабатывать в фотшоппе работы до и после; разрабатывают правила ведения нелегальной деятельности; создают «общак» для юридической помощи и откупа «косметолога» от правоохранительных органов и т.д. Существует группа для разбора осложнений у клиентов лже-косметологов. Помогают продвижению друг друга в соцсетях, создавая чаты активности. На сегодняшний день наиболее крупная секта Брауде насчитывает 9000 участников. По словам Брауде, они имеют 10 млн пациентов и 30% доли рынка косметологии в РФ. Точной информации о количестве нелегальных косметологов нет, по понятным причинам, однако по оценкам инсайдеров рынка – их 50 000–80 000 человек, оборот 30–50 миллиардов рублей в год. По оценкам аналитического центра Vademecum – оборот нелегальных косметических услуг колеблется от 100 до 200 млн долларов в год. Консолидированные действия добросовестных врачей-косметологов могут оказать сопротивление стремительно растущей лже-косметологии. Предложения: Внесение изменений на законодательном уровне, пересмотр штрафов за нелегальную медицинскую деятельность, использование контрафакта, работу без должной квалификации. Повышение информированности пациентов, чтобы они могли сделать осознанный выбор. Решение вопроса с нелегальной косметологией:

позволит обеспечить безопасность граждан от осложнений процедур, проведенными людьми без образования, некачественными препаратами увеличит долю рынка легальной медицинской косметологии и поможет бизнесу выстоять в сложных условиях пандемии, в бюджет государства поступят налоги, которые ранее не платили представители теневого бизнеса косметологических услуг. Поможет восстановить престиж профессии врача-косметолога, который сейчас дескредитирован в связи с большим количеством осложнений и эстетически неудовлетворительными результатами, распространяемыми вирусно в Интернете. В результате чего появляется другое направление шарлатанов – тренера по фейсфитнесу, агрессивному «скульптурирующему» массажу лица, которые предлагают свои методики как альтернативу «опасной» медицинской косметологии и пластической хирургии. В качестве источников мною использованы данные Россздравнадзора, открытые данные о компаниях на сервисе СПАРК, база импорта Федеральной таможенной службы, данные аналитического центра Vademecum, а также сведения, полученные непосредственно от организатора самой крупной банды нелегалов.

ТРЕДЛИФТИНГ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ: ОПЫТ РАБОТЫ НИТЯМИ ИЗ 100% ПОЛИМОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ

Васильева Е.В.

Институт красоты Belle Allure, Москва

Цель: определение эффективности лифтинга и омоложения нитями из полимолочной кислоты для коррекции инволюционных изменений височной области в практике врача-косметолога.

Объекты исследования: пациенты центра – 18 в возрасте 33–43 лет, женщины. Оценка проводилась на основе визуального осмотра, пальпации, фотодокументирования до, сразу после процедуры, через 3 месяца, 18 месяцев и степени удовлетворенности пациентов полученным результатом. Имплантированы по 4 нити с каждой стороны пациентам с целью лифтинга височной области. Последовательность процедуры: разметка, обработка 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, инфильтрационная анестезия 2% лидокаином 2–4 мл, введение по разметке подкожно нитей через один прокол с каждой стороны иглой 70 мм 20G, перемещение (лифтинг) ткани по нити «на место» с первоначальной фиксацией микронасечками нитей, обрезание и погружение концов нитей в кожу. Результаты. Клинический визуальный эффект как очень хороший с позиций косметолога и пациента отмечался у 16 (89%), хороший у 2 (11%). Ярко выраженный клинический эффект достигался к концу 3 месяца за счет стимуляции собственного неокollaгеногенеза полимолочной кислотой: повышение тургора, плотности, эластичности и улучшение цвета кожи, исчезновение морщин. Выводы: результаты демонстрируют превосходный уровень безопасности, клинической эффективности, высокую степень удовлетворенности пациентов и гарантирует оптимальный эстетический результат, расширяя практические возможности косметолога и позволяют избежать возможных осложнений.

**РЕКОМБИНАНТНЫЕ ФАКТОРЫ РОСТА КАК
ИНСТРУМЕНТ БЕЗОПАСНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ
И ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ**

Воробьева Е.С., Афанасов И.М., Стенько А.Г.

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, ООО «ДжиЭф Групп», Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Процедуры, позволяющие работать со сложными рубцовыми изменениями кожи, гиперпигментацией, потерей упругости и эластичности, в большинстве случаев связаны с травматизацией кожи: абляционное лазерное воздействие, микроигольчатый RF-лифтинг, макронидлинг и микронидлинг. В случае если коррекция требуется на большом участке поверхности кожи – например, при наличии постожоговых рубцов, обширной рубцовой деформации после полостной операции – более высоким становится риск присоединения инфекции, активирующей воспалительный процесс, риск возникновения трещин и механического повреждения, вызывающего вторичное рубцевание. Длительность и сложность процесса реабилитации в такой ситуации становится определяющим критерием эффективности подхода, а также одним из ключевых параметров при выборе методики воздействия. В качестве вспомогательных компонентов в протоколах травматичных процедур принято использовать косметические и лекарственные составы, способствующие облегчению периода реабилитации, ускоряющие сроки регенерации. С точки зрения клеточной биологии кожи наиболее естественный подход к совершенствованию процесса регенерации это применение составов с факторами роста человека. Данные сигнальные молекулы представляют собой естественные регуляторы специфических функций клеток. Популярным способом получить состав с факторами роста являются процедуры с обогащенной тромбоцитами плазмой (PRP). PRP-подход достаточно прост в реализации, но имеет ряд особенностей, ограничивающих эффективность для широкого спектра пациентов. Это и прямая зависимость процедуры от состояния здоровья пациента, неконтролируемость концентрации молекул в составе, нестабильность эффекта от процедуры к процедуре, наличие в получаемой смеси провоспалительных цитокинов. При работе с деформациями кожи молодых соматически здоровых пациентов эффективность методики может быть достаточной. Для решения эстетических задач большего количества пациентов, в том числе возрастных лиц и людей, страдающих хроническими дефицитными состояниями, предлагается использовать более контролируемый и безопасный способ воздействия. Факторы роста (ФР) и цитокины человека, произведенные с помощью биотехнологического подхода, называют рекомбинантными. При данном способе производства в лаборатории синтезируются полноценные белки, количество и качество которых строго контролируется и подвергается проверке на каждом этапе производственного цикла. Собирая коктейли из разных рекомбинантных белков, возможно нормализовать сигнальное взаимодействие клеток кожи, активировать своевременное деление клеток каждого типа. Такие составы обеспечивают безопасное управляемое воздействие на травмированную кожу и решать сложные эстетические задачи. Для под-

тверждения проникновения белковых молекул в при топическом нанесении на травмированную кожу было проведено экспериментальное исследование. На участок кожи испытуемого было оказано воздействие фракционным абляционным лазером. Сразу после воздействия участок кожи был обработан составом с флуоресцентно мечеными белковыми молекулами. После обработки осуществлялось взятие биоптического материала. В результате гистологического анализа было выявлено присутствие факторов роста по всей поверхности микроучастка кожи (канала), выпаренного лазерным лучом. В ряде клинических случаев после воздействия абляционного лазера на кожу пациентов разного возраста были использованы стерильные коктейли из рекомбинантных факторов роста и цитокинов человека. При этом у каждого из пациентов отмечались следующие особенности заживления: -отсутствие жесткого и сухого струпа, ведущего к механическим повреждениям и риску вторичного рубцевания, вместо этого с первых суток после лазерной абляции наблюдалось мягкое отшелушивание образующихся корочек, -более быстрый срок заживления в сравнении с предыдущим опытом данных пациентов (в среднем на 4–5 дней), -отсутствие болевых ощущений. В периоде через 4–8 недель наблюдалось восстановление функционирования тканей, значительное улучшение состояния кожи – выравнивание рельефа, нормализация эластичности и пигментации. Пациенты, кожа которых подвергалась лазерной обработке не впервые, отмечали существенное облегчение периода реабилитации. Для наглядного подтверждения эффективности подхода проводили фотодокументирование.

Таким образом, применение коктейлей из рекомбинантных факторов роста и цитокинов для регенерации кожи – эффективный подход к регенерации, который облегчает период реабилитации и приводит к здоровому функционированию тканей.

**СТРИИ: ПРИНЦИПАЛЬНЫЕ МОМЕНТЫ
ПАТОГЕНЕЗА КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОГО
ЛЕЧЕНИЯ В ЛИЧНОЙ ПРАКТИКЕ**

Евсюкова З.А., Праздников Э.Н.

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

Стрии в настоящее время относят к недифференцированным дисплазиям соединительной ткани, встречающимся у определенных категорий лиц чаще, чем в общей популяции. В патогенезе кожных стрий высока роль ее белков: коллагена, эластина и ассоциированных с ними протеинов. Процесс формирования стрий происходит в 3-й стадии: острая (розовые стрии) характеризуется приподнятым линейным изменением кожи с эритематозной окраской; подострая характеризуется уплощением и пурпурной окраской стрий; хроническая определяется гипопигментированным истончением и западением стрий (белые стрии). Фибробласты из стрий вначале приобретают фенотип миофибробластов с повышенной экспрессией свойственного гладким миоцитам актина и повышением сократительной способности в культуре, а затем возвращаются к типичному фенотипу. Патоморфологически в стриях отмечаются

изменения в структуре межклеточного вещества соединительной ткани дермы. При обзоре статей по современным методам лечения стрий, опубликованным на цитируемых мировых интернет-ресурсах возникла картина отсутствия систематического единого подхода к лечению данной патологии. Тем не менее необходимо осветить наиболее распространенные методы, их преимущества и недостатки. CO₂-лазер. Этот лазер стимулирует активность фибробластов, вызывает ремоделирование дермы и, таким образом, широко используется для лазерной шлифовки белых стрий. Побочные эффекты: стойкая эритема, болезненность зоны лечения до 5 дней, гиперпигментация. Er: YAG – эффективен для темной кожи (IV-VI фототипов), по сравнению с CO₂-лазерной шлифовкой, с минимальным профилем побочных эффектов. В среднем требуется 6–8 сеансов с 4-недельными интервалами для достижения устойчивого улучшения размеров, текстуры и пигментации стрий. Микронидлинг: маленькие иглы используются для создания микроканалов, идущих к сосочковому слою дермы. Индуцированное травмой воспаление стимулирует регенерацию кожных ран за счет увеличения синтеза коллагена и эластина. В среднем требуется три сеанса интервалами 1 месяц.

Микродермабразия. В данной процедуре используются кристаллы оксида алюминия, которые вызывают механическое повреждение кожи, что приводит к воспалительному каскаду. Может вызвать поствоспалительные пигментные изменения в качестве побочного эффекта. Личный опыт: исходя из представлений патоморфологии застарелых белых стрий, с которыми обращаются к нам в клинику на прием женщины, имеющие в анамнезе 1 или более беременностей, мною разработан протокол по коррекции данных патологических образований, включающий аппаратный микронидлинг с применением метода влажного ведения раны (с помощью покрытия раны повязкой). В данном протоколе крайне важно соблюдать влажную среду раны в первые 48–72 часа после нидлинга. Пациентам со скудной экссудацией (обычно наблюдается при первой процедуре, что обусловлено сниженной трофикой рубцовой ткани) на раневую поверхность наносятся рекомбинантные пептиды, представляющие лабораторно полученные факторы роста. В качестве усиливающей процедуры после 2–3 процедур микронидлинга некоторым пациентам производится аутоотрансплантация мезенхимальных стволовых клеток, полученных из жировой ткани пациента.

Результаты: уже после первой процедуры микронидлинга с применением метода влажного заживления раны отмечается сокращение ширины и глубины стрий, кожа в обработанных областях уплотняется, становится более эластичной, а на повторную процедуру нидлинга реагирует обильным выделением крови, субъективно пациент испытывает большую болезненность, по сравнению с первой процедурой. После 3 процедур большинство пациентов отмечают значительные положительные изменения и останавливаются на лечении, считая результат отличным.

Выводы: разобравшись в патогенезе стриеобразования, совершенно очевидными фактами становятся несколько принципиальных моментов: течение самого процесса является ничем иным, как прототип раневого процесса со всеми его фазами; правильное определение фазы раневого процесса в контексте образования стрий у конкретного пациента позволит выбрать наиболее эффективный метод

лечения; профилактический осмотр пациентов из групп риска по стриеобразованию с подробным сбором анамнеза и дополнительными методами исследований позволит назначить профилактические мероприятия с целью минимизации рисков образования стрий.

ЗНАЧЕНИЕ КОЛЛАГЕНОПАТИЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ ИНВОЛЮТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

Демина О.М., Потекаев Н.Н., Карпова Е.И., Косталевская А.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

В настоящее время известно, что коллагены – суперсемейство белков, являющихся основным структурным компонентом внеклеточного матрикса, включая 29 генетически гетерогенных коллагенов, которые кодируются более 40 генами. Показано, что группа фибриллярных коллагенов играют структурную роль, обеспечивая молекулярную архитектуру, форму и механические свойства тканей, а также прочность и сопротивление структуры кожи. Фиброз – это реактивный процесс, модулируемый локальной пролиферацией клеток, ответственных за фиброз, и дисрегуляцией метаболизма, которые регулируют биосинтез и деградацию компонентов соединительной ткани. Также на процесс фиброза оказывают влияние цитокины и факторы роста, секретируемые тромбоцитами, мезенхимальными и эпителиальными клетками. Наследственные коллагенопатии или дифференцированные соединительно-тканые дисплазии (ДСТ) развиваются в результате генетического дефекта синтеза, созревания или распада коллагена. Недифференцированные ДСТ это генетически гетерогенная группа заболеваний, которые развиваются в результате изменений в геноме под влиянием на плод внутриутробно различных факторов. В большинстве случаев генетический дефект при НДСТ остается неустановленным. Основной характеристикой этих дисплазий является широкий спектр клинических проявлений без определенной четкой клинической картины, что зачастую не диагностируется врачом-косметологом и может явиться причиной развития осложнений эстетических процедур, включая фототехнологии.

Цель: проанализировать основные клинические проявления НДСТ при старении с определением ведущих механизмов рисков осложнений фототехнологий.

Задачи: 1. Определить основные клинические проявления НДСТ при старении 2. Оценить роль НДСТ в развитии рисков осложнений фототехнологий. 3. Разработать алгоритм раннего прогнозирования и профилактики осложнений фототехнологий.

Результаты. Проведенный анализ внешних клинических проявлений НДСТ у 28 пациентов (все женщины, возраст от 34 лет до 65 лет, медиана 48,6) показал, что у всех выявлена гипермобильность суставов, у 10 (35,7%) отмечалось астеническое телосложение, у 6 (21,4%) – атрофические рубцы, у 22 (78,6%) – плоскостопие, у 6 (21,4%) – грыжи белой линии живота. Анализ внутренних симптомов

НДСТ установил наличие нефроптоза у 3 (10,7%), миопии и астигматизма – у 15 (53,6%), дискинезию и перегиб желчного пузыря – у 23 (82,1%). Установлено, что у данных пациентов риск развития осложнений фототехнологий (неаблятивного фотомоложения IPL 515–1200 нм) составил в среднем $OR=2,1$ ($p<0,05$). При этом наличие по одному внешнему и внутреннему симптому определяло риск развития осложнений $OR=1,9$, наличие 1 внутреннего и 2-х внешних признаков – $OR=2,0$; наличие 2 внутренних и 2-х внешних симптомов – $OR=2,5$. В связи с полученными данными разработана шкала оценки рисков осложнений фототехнологии при НДСТ. Профилактический комплекс включал адекватную клиническую оценку, оценку рисков генных изменений синтеза коллагена и разработку индивидуальных протоколов применения фототехнологий. Выводы. Диагностика и выявление рисков развития осложнений фототехнологий при НДСТ обеспечивает профилактику их развития, прогнозируемый результат эстетической коррекции и повышает стабильность и пролонгированность результата.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДКРЧ В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ У ЖЕНЩИН

Казакова С.Н., Тетерина Т.А., Аполихина И.А.

Отделение эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ

Актуальность: основными причинами стрессового недержания мочи, обусловленными изменениями коллагеновых и эластиновых волокон, считаются вагинальные роды, естественный процесс старения, врожденная дисплазия соединительной ткани и хирургические вмешательства. Это приводит к потере эластичности и несостоятельности мышц тазового дна. В результате женщины могут испытывать снижение чувствительности и стрессовое недержание мочи – состояние непроизвольной потери мочи, связанное с деятельностью, вызывающей повышение внутрибрюшного давления (например, чихание, кашель и подъем тяжести). Как синдром вагинальной релаксации, так и недержание мочи существенно снижают все аспекты качества жизни пациенток. Безусловно, непосредственная стимуляция образования проколлагеновых волокон является перспективным методом лечения СНМ. В настоящее время все большую популярность в лечении СНМ имеют неинвазивные методы, в частности радиочастотные технологии, оказывающие непосредственное влияние на коллагеновые волокна вульвы и влагалища. К одним из таких методов относится процедура воздействия динамической квадрупольной радиочастотой (ДКРЧ), успешно используемая в косметологии и физиотерапии. Принцип метода основан на опосредованном нагревании слизистой влагалища и поверхностных слоев кожи и стимуляции фибробластов, что способствует синтезу компонентов межклеточного матрикса дермы.

Цель: оценка эффективности и безопасности неинвазивной квадрупольной радиочастоты при лечении стрессо-

вого недержания мочи легкой степени, за счет его опосредованного нагревательного эффекта, стимулирующего коллагеновые и эластиновые волокна.

Материалы и методы: в проспективное открытое клиническое исследование в 2020 году включено 30 пациенток с СНМ легкой степени. Средний возраст пациенток составил $40 \pm 4,2$ года. После комплексного обследования всем пациенткам было проведено 4 сеанса ДКРЧ. Время воздействия составило 15 минут, температура $38-42^\circ\text{C}$, частота 1–1,3 МГц, влагалищная насадка и 10 минут наружная насадка на область вульвы. Интервал между процедурами составил 14–16 дней.

Оценка эффективности проводимого лечения проводилась на основании данных гинекологического осмотра – кашлевая проба и пробы Вальсальвы, оценка степени опущения по системе POP-Q, урофлоуметрия. Также всем пациенткам было проведено анкетирование до и через 3 месяца после проведенного курса лечения на основании валидированных опросников – ICIQ-SF, SF-36, FSFI, визуальной аналоговой шкалы общей удовлетворенностью лечением (ВАШ).

Полученные результаты: при анализе результатов исследования было выявлено статистически значимое снижение симптомов СНМ через 3 месяца – 82,6% пациенток отметили эффективность в лечении СНМ легкой степени – отсутствие непроизвольной потери мочи при СНМ легкой степени. В 63% – улучшение эстетического вида вульвы и промежности по ВАШ от 6,5 до 8,3; 70% – отметили улучшение качества сексуальной жизни (увлажненность во влагалище, отсутствие попадания воздуха во влагалище при половом акте, повышение частоты и яркости оргазмов).

По данным анкетирования увеличение индекса женской сексуальной функции (FSFI) по следующим показателям: увлажненность на 23%, лубрикация на 30%, удовлетворенность на 39%, влечение на 13%, повышение оргазма на 25%.

Заключение: все 4 процедуры ДКРЧ хорошо переносились пациентками, во время и после лечения не зарегистрировано побочных эффектов и нежелательных явлений. Наблюдалось быстрое купирование симптомов СНМ легкой степени и снижение эпизодов потери мочи, сексуального дискомфорта. Также, по данным фотофиксации отмечался выраженный эффект в виде лифтинга тканей промежностей. Достигнутые клинические результаты сохранились у пациенток в течение 6 месяцев после начала лечения. Проводится дальнейшее динамическое наблюдение данной группы пациенток.

ЧЕТКИЙ ОВАЛ ЛИЦА ЗА ОДНУ ПРОЦЕДУРУ!

Клиника эстетической медицины «НИКАМЕД», Курск

Актуальность метода. В славянской популяции превалирует деформационно-отечный тип старения, характеризующийся потерей четкости контура нижней челюсти, птозом мягких тканей лица и пролабированием их между связками. Этот тип старения нередко проявляется даже в достаточно молодом возрасте. По собственным наблюдениям, примерно 70% пациентов предъявляют запрос

о коррекции овала лица. За счет комбинации методик нитевого лифтинга, ботулинотерапии и контурной пластики мы можем значительно отсрочить необходимость или вовсе избежать оперативного вмешательства для коррекции нижней и средней трети лица! Нарушение линии овала лица связано: 1. с гравитационным птозом мягких тканей, развивающимся на фоне снижения эластичности кожи и связочных структур, 2. с гипертонусом мышц-депрессоров нижней трети лица в результате хроностарения, 3. с развитием дегенеративных процессов в мягких тканях и костных структурах лица. Патогномическим воздействием на внешние признаки возраста является сочетанное применение методик нитевого лифтинга, контурной пластики и ботулотоксинотерапии, что дает хорошо выраженный и достаточно стойкий суммарный эффект. Синергичное действие в предлагаемой методике достигается за счет ослабления депрессорной функции подкожной мышцы шеи (платизмы), перемещения и фиксации мягких тканей к связочным структурам с помощью различных модификаций нитей, восполнения утраченного объема в области подбородка и углов нижней челюсти. При отборе пациентов следует опираться на несколько показателей, определяющих эффективность коррекции: отсутствие значительной дряблости кожи, нормальная толщина подкожной жировой клетчатки, умеренные проявления гравитационного птоза мягких тканей. Также наличие тяжелой платизмы (как показатель ее гипертонуса), является хорошим прогностическим признаком эффективной коррекции овала лица с помощью ботулинотерапии. В случае более выраженной толщины подкожно-жировой клетчатки в нижней трети лица применяются липолитики или липосакция. Материалы и методы. В предлагаемой методике мы используем нити следующих модификаций (по классификации Д.А. Груздева): 1. Модификация «С» – спицы-неполные атравматичные проводники, к которым фиксирована монофиламентная ПДО нить со сходящимися насечками, расположенными по всей поверхности нити, за исключением центральной части (в этом месте происходит фиксация нитей к глубжележащим тканям). 2. Модификация «I»-канюля L-типа-проводник для монофиламентной нити ПДО со сходящимися насечками, равномерно расположенными по всему периметру нити. Нити имплантируются модификации «С» из области сосцевидного отростка. Одно плечо проводится по верхнему краю нижней челюсти и выкалывается в возвышающейся точке губоподбородочного валика. Второе плечо по субментальной области нижней челюсти, на всю длину проводника и выкол в центральной части субментальной области. Нити модификации «I» имплантируем с периаурикулярной области к «брыле» и от переднего края грудиноключичнососцевидной мышцы к центральной линии субментальной области. Филлер на основе гиалуроновой кислоты 2 мл Нейропротейн 20–25 единиц Филлер вводится в виде болусов в подбородочную область и предбрыльное западение, и в области угла нижней челюсти Точки инъекций, дозы и техника введения нейропротейна: Инъекции проводят в проекции подкожной мышцы шеи – по 2–4 точки с каждой стороны, расстоянии 5 мм впереди от жевательной мышцы Точки введения располагают между передним краем жевательной мышцы (5 мм впереди от нее) и латеральным краем мышцы опускающей угол рта, на 5–10 мм выше и ниже края

нижней челюсти. В каждую точку инъецируют по 2–3 ЕД Инкоботулотоксина на глубину 3–4 мм.

Интеграция в практику. В своей практике методику сочетанного использования нейропротейна, филлеров и нитевого лифтинга для улучшения контура овала лица я использую в 80% случаев. При избыточной подкожно-жировой клетчатке добавляю липосакцию или липоредукцию.

Выводы. Используя методику сочетания тредлифтинга, контурной пластики и ботулинотерапии, мы можем восстановить четкий контур овала лица и устранить основные внешние признаки старения нижней трети лица.

ЭТИОЛОГИЯ БРЫЛЕЙ, КОРРЕКЦИЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

Качкинбаев И.К.

Кафедра Челюстно-лицевой хирургии, Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева

Как правило, в ответ на вопрос хирурга «чего вы ожидаете и желаете исправить?» пациенты показывают легкое перемещение тканей щек, которое приводит к перемещению брылей назад и их визуальному устранению.

Брыли в ряду первых проявлений возрастных изменений лица. Коррекция нижней трети лица является самой часто запрашиваемой операцией в практике пластического хирурга, занимающегося пластикой лица. Зачастую врачи в своем анализе не углубляются в причины возникновения брылей. Оговаривается лишь их наличие, оценивается выраженность и план операции (все возможные принятые варианты коррекции нижней зоны лица).

В своей презентации представляю этиологию появления брылей.

Рассмотрим взаимоотношения двух мышц: *m.platysma* и *m.risorius*. *M.platysma* с одной стороны плотно фиксирована к ключице и грудице, с другой от ушной раковины (к пред-ушной фасции, имеющей жесткую фиксацию, далее к *m. risorius* и ниже к мышцам угла рта и переднему краю подбородочной кости). Все просто: поверхностная мышца шеи, которая признана атавизмом, обтягивает шею и нижнюю челюсть и формирует контур нижней трети лица. Рассматривая анатомию, отлично представленную Мендельсоном, и изучая анатомию нижнего пространства, надо принять, что нижнее пространство является производным брылей.

Часто описывают причины появления брылей, такие как гравитация, воздействие ультрафиолета на кожу и т.д. Но брыли встречаются не только у людей с «тяжелым» лицом, наполненным жировыми компартментами.

Так почему же основной признак возрастных изменений локализован именно в зоне брылей, а не в пред-ушной и зоне угла нижней челюсти? Проанализировав более 255 (250 операций проведено под местной анестезией) прооперированных мной пациентов, я назвал *m. risorius* «предателем». Потому что именно в проекции ниже линии залегания мышцы проецируется верхняя граница подвижного пространства и ширина брыли соответствует длине *m. risorius*. Мышца смеха не имеет костной фиксации в отличие от других мышц лица. С одной стороны она фиксируется

к мышцам угла рта, с другой – к переднему краю пред-ушной фасции. Потолок нижнего свода фиксируется к *m. risorius*, как тяжелое белье на прохудившейся бельевой веревке. Подтверждение тому – отсутствие какого-либо провисания *m. platysma* в области фиксации к пред-ушной фасции или в зоне фиксации к переднему углу нижней челюсти. До определенного возраста расслабление и провисание *m. risorius* компенсированное.

В момент небольшого напряжения (улыбки) брыли ли-зируются. Декомпенсированной улыбка считается, когда даже при достаточно сильном напряжении *m. risorius* брыли остаются видимыми. В своей практике для доку-ментирования предоперационного состояния лица и по-слеоперационной оценки результата я использую индекс подвижности щеки. Индекс измеряется в сантиметрах от двух неподвижных точек на лице по прямой линии, прове-денной перпендикулярно линии, проходящей от передне-го края наружного слухового прохода до переднего края нижней челюсти по схеме.

Так же в докладе представлено отношение к *m. platysma* как к противоборствующей силе долгосрочного результа-та коррекции нижней трети лица.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ВВЕДЕНИИ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ГИПЕРГИДРОЗА

Касьянов А.А., Первых С.Л.

«Клиника доктора Рогажинскас» г. Новосибирск, Клиника доказательной медицины «ДокМед», Москва, Новосибирск

Введение. Тема коррекции локализованного гипергидроза аксиллярной области приобретает все большую актуаль-ность в сфере эстетической медицины. Одним из наиболее эффективных, безопасных и простых в исполнении явля-ется метод инъекционного введения ботулотоксина типа А внутрикожно. Вследствие инъекции происходит блока-да постганглионарных нервных окончаний, отвечающих за секрецию потовых желез.

Цель: определить морфологические и ультраструктурные изменения потовых желез на фоне внутрикожных инъек-ций ботулотоксина типа А.

Материалы и методы. В качестве исследовательского мате-риала использован результат панч-биопсии области подмышечных впадин 25 пациентов. Для проведения процедуры предварительно использовалась аппликационная анесте-зия (крем 2,5% лидокаина и 2,5% прилокаина). После это-го инъекционно вводился Аботулотоксин внутрикожно. Забор материала для исследования производился в под-мышечной области до и спустя 1 месяц после инъекции ботулотоксина типа А. Забор биоптата проводился с помо-щью стандартной иглы для биопсии мягких тканей общего назначения. Весь полученный в результате панч-биопсии материал подвергали стандартным этапам обработки и под-готовки с последующим окрашиванием рутинными краси-телями (гематоксилином Майера и эозином). Полученные окрашенные препараты изучали после сканирования стекол с помощью сканера Leica Argo AT2 и рандомным выбором срезов и 4-х случайных полей зрения.

Результаты. Выявлены статистически значимые изменения размеров концевых отделов данных потовых желез, отсут-ствие изменения выводных протоков в виде двуслойного кубического эпителия и увеличение числа миоэпителиаль-ных клеток по периферии концевого отдела желез.

Заключение. Остается пока неясным, являются ли морфо-логические изменения потовых желез прямым следствием действия ботулотоксина типа А, как и в случае с зафиксиро-ванным недавно влиянием на меланоцитарное клеточ-ное звено, либо вторичными, по отношению к его дейст-вию. Однако то, что ботулотоксин типа А – не только как блокатор нервных окончаний, но и воздействует на кле-точную морфологию и топографию, однозначно и требует дальнейшего изучения.

СТРАТЕГИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ РУБЦОВЫХ СОСТОЯНИЙ КОЖИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Лапаева Н.С.

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

Актуальность. Ежегодно в мире более 25 млн. человек приобретают рубцы после травм и оперативных вмеша-тельств. Из них 4 млн – после перенесенных ожогов. Со-ответственно, возникает потребность в лечении кожных дефектов. В данном контексте международное медицин-ское сообщество вынуждено искать эффективные мето-ды терапии и коррекции гипертрофических и келоидных рубцов, рубцовых деформаций и контрактур. В литературе описаны различные методы ведения рубцов, тем не менее, их общая результативность и доказательная база остают-ся неудовлетворительными. Причина тому – отсутствие единой стратегии комплексной междисциплинарной кор-рекции рубцовых состояний кожи. Ни один из доступных в настоящее время методов лечения рубцов в виде моно-терапии не позволяет во всех случаях добиться редукции рубцов или улучшения функционального состояния и/или косметической ситуации. В большинстве случаев требует-ся сочетание различных методов лечения. Это обстоятель-ство актуализирует потребность в разработке комплекс-ной стратегии лечения и коррекции патологии, стоящей на стыке дисциплин.

Цель и задачи. В данной работе предложен алгоритм тера-пии в соответствии со стадией патологического процесса и эффективного взаимодействия специалистов. На приме-ре конкретных клинических случаев рассмотрены взаимо-действия косметолога и пластического хирурга, космето-лога и травматолога, косметолога, пластического хирурга и травматолога.

Материалы и методы. В качестве теоретической базы ра-боты были использованы Федеральные клинические ре-комендации, практические рекомендации 21-го Конгресса European Tissue Repair Society, Обновленное практическое руководство по лечению рубцов Британской ассоциации пластических, реконструктивных и эстетических хирургов. Практической базой послужил собственный опыт работы в отделении восстановительного лечения ООО «Центр косметологии и пластической хирургии» им. Нудельма-

на С.В. В качестве критериев оценки динамики и эффективности терапии использовалась Ванкуверская шкала VVS. Представлены три клинических случая с фотографиями: 1. Пациентка З. с диагнозом: Рубцы келоидные лица, грудной клетки. Рубцы гипертрофические правой верхней конечности субтотально (давность 3 месяца). Рубцовая контрактура правого локтевого сустава. 2. Пациентка Б. с диагнозом: Т95. Последствия термических и химических ожогов. L90.0 91.0 Рубцы гипертрофические, келоидные послеожоговые. Контрактуры пальцев обеих кистей рубцовые. 3. Пациентка Л. с диагнозом: L90.0 Рубцовые состояния кожи. Рубцы посттравматические гипертрофические, деформирующие верхнюю губу и правую щеку. Проводимое лечение было разделено на 4 этапа в соответствии со стадией патологического процесса. Использовались инъекции стероидов и ферментов, топические стероиды наружно, методы физиотерапии, хирургическая коррекция (пластика свободным лоскутом, пластика местными тканями, остеосинтез фаланг пальцев, устранение контрактуры пальцев аппаратом внешней фиксации), CO₂ фракционный фототермолиз. Активно применялись консервативные профилактические мероприятия – иммобилизационная и компрессионная терапия, назначение препаратов с противорубцовым действием.

Полученные результаты. 1. Клинически значимое разрешение и перестройка рубцовой ткани на эстетически значимых участках кожи – на лице, шее и грудной клетке (область декольте). 2. Восстановление подвижности верхних конечностей (полное и/или частичное). 3. Психологическая адаптация пациентов и полное возвращение трудоспособности. 4. Отсутствие рецидивов на протяжении более 5 лет.

Выводы. В результате проведенного анализа предложена эффективная стратегия коррекции рубцовых состояний кожи: 1. Совместного междисциплинарного взаимодействия специалистов. 2. Актуальность методов современной косметологии в лечении рубцовых состояний кожи. 3. Последовательного использования методов лечения рубцов и рубцовых деформаций и контрактур в соответствии со стадией патологического процесса. 4. Активное использование методов профилактики (лечение давлением, увлажнение) патологического развития рубцевания.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ В ОДНОЙ ПРОЦЕДУРЕ Q-SWITCH ND:YAG ЛАЗЕРА 1064 НМ И ИНФРАКРАСНОГО ТЕРМОЛИФТИНГА 1300 НМ В КУРСЕ ПРОЦЕДУР

Мананкина Д.П.

Национальная компания красоты, Москва

В докладе представлен сочтенный метод применения двух аппаратных видов воздействия: лазер Q-switch Nd:YAG 1064нм и инфракрасного термолифтинга на пациентах с усталым морфотипом и с признаками нарушения четкости контуров овала лица.

Идея: применение сочтенного протокола аппаратных технологий с целью увеличения скорости достижения результата и общей удовлетворенности пациентов.

Цель: работа в одной процедуре с такими показаниями,

как: -снижение тонуса, тургора кожи, -нечеткость контуров овала лица, -неровность рельефа кожи. Выбраны 2 модели с признаками нарушения четкости овала лица, заломы в области носогубных складок, общим сниженным тонусом кожи и с признаками неровного рельефа и тона кожи лица. В одну процедуру используются две манипулы: Лазерная-Q-switch ND:YAG 1064 нм Манипула инфракрасного термолифтинга (1300 нм) Проведен курс по данному сочетанному протоколу, состоящий из 4 процедур с интервалом 1 раз в 2 недели.

Результаты: -равномерный тон кожи, -выравнивание рельефа, сужение пор, -улучшение тонуса, тургора кожи, -более четкий овал лица.

ПОДРОСТКОВАЯ КОСМЕТОЛОГИЯ, КАК ИНСТРУМЕНТ В РЕШЕНИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ В ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД

Паскевич П.В., Сорокина К.Н., Дьяченко Е.В., Уфимцева М.А.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Введение. Современные подростки (14–17 лет) относятся к поколению Z по теории поколений американских ученых W. Strauss и N. Howe. Следуя результатам исследования Commscope Inc. (Американской компании-провайдера глобальной сетевой инфраструктуры) подростки из поколения Z в среднем проверяют свой телефон не менее пяти раз в час. Всемирная Организация Здравоохранения считает, что у школьников чаще наблюдается депрессия и тревожность. В 13–14 лет молодые люди начинают интересоваться проблемами, связанными с красотой и эстетикой, а также процедурами, существующими в данной сфере. В наши дни косметология включает большой спектр лечебно-диагностических и аппаратных процедур, но они повсеместно не применяются, так как информация у родителей и врачей, работающих в детской практике, о возможности и эффективности их применения в подростковом возрасте отсутствует.

Идея и цель исследования – определить потребность косметологических и эстетических процедур среди подросткового населения города Екатеринбурга.

Материалы и методы исследования. Проведено анонимное дистанционное анкетирование среди подростков в возрасте от 14 до 17 лет с помощью онлайн-платформы GoogleForms, которое включало 13 вопросов для оценки потребности косметологических и эстетических процедур за период со 2 по 28 февраля 2021 г. Опрошено 84 респондента в возрасте от 14–17 лет, среди них 63 девушки (75%) и 21 юноша (25%). Анализ собранных данных производился как вычисление процентного соотношения ответов респондентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Междисциплинарной исследовательской группой (косметологи, дерматовенерологи, психологи-психометристы) была разработана анкета для подростков. Она содержала 13 вопросов. При оценке ответа на первый вопрос использовалась шкала от 1 до 7, «Насколько тебе интересны вопросы о своей внешности?», где 1 – неинтересны, а 7 –

очень интересны и важны: максимальный бал выбрали 28 опрошенных молодых людей, и только 2 человека минимальный. В ходе исследования было установлено, что 71% молодых людей, оценивая свою внешность, акцентируют внимание на состоянии волос, 66% подростков на состоянии кожи, 44% волнует состояние ресниц и бровей, 28% обращают внимание на форму носа, овал лица, а 22% подростков изъявили желание изменить форму своего тела посредством пластической операции. Проанализировав результаты опроса определено, что 31% подростков уже посещали косметолога, обращались к парикмахеру 75% опрошенных, а 58% – к мастеру по маникюру/педикюру, услуги визажиста использовали 30%, тату сделали 7%, 4% посещали солярий. 2% опрошенных получили консультацию пластического хирурга. Основное количество респондентов впервые посетило специалистов индустрии красоты в возрасте 14 лет (43%). На момент опроса 60 (70%) человек систематически посещают парикмахера, 45 респондентов (54%) мастера по маникюру и педикюру, косметологу уход за своей кожей доверяют 33 (40%) опрошенных тинейджеров. При анализе ответа на вопрос: «Если ты имеешь какие-то проблемы со своей внешностью, то с кем ты чаще всего это обсуждаешь?» – с друзьями ответили 60% молодых людей, с одноклассниками – 10%, 48% – с родителями, с братьями и сестрами – 29%, 7% – с другими членами семьи. Стоит отметить, что 10% респондентов пытаются справиться с проблемами, связанными с их внешностью самостоятельно, не с кем их не обсуждая. В подростковом возрасте чаще всего встречаются такие дерматологическими заболеваниями, как акне, гипергидроз, новообразования кожи и гиперпигментация. Согласно опросу, воспалительные элементы беспокоят 61% молодых людей, комедоны и жирный блеск 35%, у 27% опрошенных чувствительный и сухой типы кожи, у 17% встречается постакне, 13% вызывает беспокойство наличие большого количества невусов, а 5% вирусных новообразований кожи, самостоятельно наносят себе увечья 2%. Лишь 7% молодых людей отметили, что их ничего не беспокоит. В ходе анкетирования установлено, что 50% подростков самостоятельно пытаются решить проблему. В результате исследования выявлено, что среди подростков существует высокая потребность в услугах косметолога. Необходима разработка регламентированных документов и алгоритмов оказания косметологического пособия для обеспечения детского населения специализированной, высокотехнологичной, косметологической помощью, с учетом возрастных ограничений и психологических особенностей.

СНИЖЕНИЕ РИСКОВ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОСМЕТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Потекаев Н.Н., Борзых О.Б.

*Красноярский государственный медицинский университет
им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Воронеж*

Дисплазия соединительной ткани – это нарушение функционирования соединительной ткани (в том числе кожи),

проявляющиеся чаще всего нарушением обмена и/или строения коллагеновых волокон. Наследственные дисплазии находятся в центре внимания терапевтов, хирургов, ортопедов и других специалистов уже давно, мультифакториальные нарушения функционирования соединительной ткани находятся в стадии активного изучения. В косметологии мы говорим о механических свойствах дермы, которые обеспечиваются преимущественно коллагеновыми, эластиновыми волокнами и гиалуроновой кислотой. Нарушение механических свойств кожи может происходить как часть инволюционных изменений дермы, но может быть и следствием нарушением функционирования соединительной ткани. В таких ситуациях косметологам стоит быть особенно внимательными, так как пациенты обращаются с целью коррекции признаков преждевременного старения лица, но обычные эстетические методики могут иметь необычный результат, в частности слишком агрессивные методики могут вести к риску рубцевания. Диагностика дисплазии в настоящее время основывается в основном на данных осмотра и анамнеза. При выявлении внешних факторов дисплазии соединительной ткани косметологам стоит отнести пациента к группе повышенного риска, с дополнительным назначением мероприятий, способствующих полноценному функционированию соединительной ткани.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО СФОКУСИРОВАННОГО УЛЬТРАЗВУКА С ЦЕЛЬЮ ЛИФТИНГА ЛИЦА

Поплавская Н.Б., Карелин Д.В.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, ООО «Шайнэст», Минск

Несмотря на достаточно непродолжительную историю применения высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука (HIFU) с целью лифтинга лица в Республике Беларусь, методика уже зарекомендовала себя как эффективная, контролируемая, минимально инвазивная и безопасная.

Целью и задачами исследования являлись оптимизация результатов лечения, разработка и внедрение комбинированных протоколов ведения пациентов.

Материалы и методы. В исследование включено 20 пациентов в возрасте от 35 до 48 лет. Противопоказаний к процедуре выявлено не было, учитывалась давность проведения предшествующих процедур (нити, филлеры и т.д.), заполнялось информированное согласие. Для включения в группу наблюдения оценивались признаки выраженности возрастных изменений кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышц и костных структур с учетом шкалы старения MERZ. Проводились функциональные пробы для определения показателей корнеометрии. Состояние скуловой области соответствовало среднему уплощению скуловой возвышенности. В состоянии покоя носогубные складки соответствовали средней степени выраженности, контур нижней челюсти от слабой до средней степени выраженности провисания. Выраженность морщин «марионеток» в статике соответствовала средней степени. Наличие и выраженность «кисетных» морщин не учитывались.

Выделено две группы по 10 пациенток в каждой. Пациенткам обеих групп выполнялась процедура ультразвукового лифтинга лица и области шейно-подбородочного угла с частотой 4 и 7 МГц и глубиной воздействия 4,5 и 3,0 мм однократно с учетом стандартного протокола выполнения манипуляции и общим числом линий от 580 до 620. До и после процедуры измерялись показатели корнеометрии, выполнялись фотографии в трех проекциях, оценивались болевые ощущения во время и после процедуры в баллах. Значения показателей корнеометрии учитывались также через месяц после процедуры. Удовлетворенность результатами процедуры оценивалась по шкале GAIS. Пациенткам второй группы после процедуры и через 4 недели подкожно вводили гиалуроновую кислоту, представляющую собой гибридный комплекс с комбинацией низкой (80–100 кДа) и высокой (1100–1400 кДа) молекулярной массы и концентрацией 64 мг в 2 мл. Такая комбинация получена благодаря запатентованной гибридной технологии NANYCO. Выбор обусловлен концентрацией гиалуроновой кислоты, особенностями введения препарата, и, вследствие этого, более длительным увлажняющим и доказанным моделирующим эффектом, отсутствием периода реабилитации. На каждой половине лица проводилась разметка пяти утвержденных инструкцией точек, в каждую из которых вводилось по 0,2 мл гиалуроновой кислоты иглой 29 G 4 мм. Повторные инъекции проводились с интервалом в 4 недели, всего 2 процедуры. Оценка результатов лечения проводилась с учетом вышеперечисленных критериев и параметров сразу после процедуры, через месяц и через 60 дней.

Результаты и выводы. В ходе выполнения исследования и наблюдения выявлен более выраженный клинический эффект «лифтинга» у пациенток второй группы. В результате проведения процедуры с применением HIFU снижались показатели корнеометрии, учитывая тепловой эффект. После проведения инъекции гиалуроновой кислоты пациенткам второй группы, значения показателя достоверно увеличивались и сохранялись на высоком уровне в ходе всего наблюдения. Объективно определялись изменения в области скуловой возвышенности, выраженность и глубина носогубных складок и «марионеток». Удовлетворенность результатом лечения у пациенток второй группы была выше. В более ранние сроки уменьшались болевые ощущения после процедуры, в среднем, на 3–5-й день. В то время как у пациенток первой группы этот симптом сохранялся, в среднем, до недели. Действие HIFU основано на эффектах, возникающих в тканях, расположенных в фокусе воздействия: термическая абляция и акустическая кавитация. Проходя через ткани часть энергии ультразвуковой волны переходит в тепло и быстро рассеивается, и, если скорость нагревания превышает скорость рассеивания, то происходит быстрое локальное повышение температуры выше 56°C, что ограничивает реализацию охлаждающего эффекта. Формируется цитотоксический эффект, вызывая необратимые изменения в клетках через механизм коагуляционного некроза. Комбинация методик дает более выраженный и продолжительный клинический эффект, а также более высокую оценку результатов лечения самими пациентами, что сегодня позволяет решить одну из главных задач, учитывая ценовой диапазон процедуры.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОЛЛАГЕНОПАТИЙ: ЗА ИЛИ ПРОТИВ

Потекаев Н.Н., Борзых О.Б., Шнайдер Н.А., Карпова Е.И., Петрова М.М., Демина О.М.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск

В настоящее время продолжают набирать популярность различные генетические исследования, это может быть диагностика предрасположенности к различным заболеваниям, диагностика риска нарушения обмена веществ, витаминов и многие другие. Среди этих генетических тестов существуют предложения, относящиеся к косметологии и дерматологии. С другой стороны, особый интерес представляет проблема дисплазии соединительной ткани, не моногенного происхождения. За рубежом более часто используется термин коллаgenoпатии. «Золотого стандарта» диагностики ненаследственных коллаgenoпатий пока нет, поэтому нашей и генетическое тестирование имеет перспективы использования.

Целью нашего исследования было проанализировать доступные коммерческие генетические системы на предмет возможности диагностики коллаgenoпатий кожи и сравнить эти данные с имеющимися литературными данными.

Результаты и обсуждения. В настоящее время в литературе российских и зарубежных авторов выделяют ряд генов-кандидатов, полиморфизм которых, в совокупности с другими факторами может приводить к нарушениям функций соединительной ткани (дермы). К ним относятся гены, ответственные за строение коллагена кожи I, III, V типов: Col1A1, Col1A2, Col3A1, Col5A1, Col5A1. Также коллаgenoпатии могут быть вследствие генетического дефекта ферментов, участвующих в посттрансляционных изменениях молекулы коллагена, в частности проколлаген-лизин,2-оксиглутарат 5-диоксигенеза 1 (PLOD 1), участвующая в укреплении молекулы коллагена, металлопептидаза с тромбоспондиновым мотивом 2 (ADAMTS 2), участвующая в отщеплении концевых пропептидов молекулы проколлагена, а также Тенасцин-Х (TNXB), участвующий в стабилизации белковой молекулы коллагена. При этом для каждого гена-кандидата выделено множество вариаций мутации, которые отмечаются порядковым номером (Rs). Второй факт, который следует помнить, коллаgenoпатии (не относящиеся к моногенным заболеваниям) относятся к мультифакториальным заболеваниям и для развития патологии необходимо сочетание факторов: генетический фактор, факторы внешней и внутренней среды. Поэтому носительство мутации в гене-кандидате говорить лишь о повышенном риске патологии, о развитии заболевания говорит клиническая картина коллаgenoпатий. В настоящее время несколько компаний предлагают генетические панели, включающие гены, ответственные за синтез коллагена. Если суммировать информацию от разных коммерческих компаний, то наиболее часто в генетическую панель включают ген, ответственный за синтез коллагена I типа (Col1A1) – точнее его наиболее распространенный вариант мутации Rs1800012, реже в генетические панели включают ген, ответственный за синтез коллагена III типа (Col3A1) Rs1800255, а также гены, ответственные за строение матричных металлопротеиназ MMP1 и MMP3, а также их ингибитора TIMP1. В литературных данных различными исследованиями, в том числе на мышах с нокадаун генов, ответственных за синтез матричных металлопротеаз не найдено достоверных

данных, подтверждающих участие мутации какого-либо гена матричных металлопротеаз в развитии патологии кожи. Это объясняется взаимозаменяемостью разных ферментов, роль мутаций отмечена лишь при заболеваниях легких и онкологических заболеваниях.

Заключение. Таким образом, существующие генетические тест-системы могут быть полезны для выявления пациентов с повышенным риском коллагенопатий, но при получении результатов необходимо тщательно анализировать результаты и сопоставлять с клинической картиной. При выявлении мутаций генов-кандидатов, без клинической картины – следует вести пациента как пациента с риском коллагенопатий, при наличии клинической картины, но без выявления мутаций – приоритетно ведение пациента согласно симптомам заболевания.

ИНФЕКЦИЯ COVID-19 И НАРУШЕНИЕ РОСТА ВОЛОС: МИФ ИЛИ НОВАЯ РЕАЛЬНОСТЬ

Сафонова Л.А.

МИНО ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии, Москва

В последние полтора года мир живет в новых условиях пандемии, связанной с распространением коронавирусной инфекции SARS-CoV19. Коронавирусная инфекция – острое вирусное заболевание с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, вызываемое РНК-геномным вирусом рода Betacoronavirus семейства Coronaviridae. Одним из последних перенесенной инфекции SARS-CoV19 является выраженное выпадение волос. Почему страдают именно волосы?

Волосыные фолликулы – это целая отдельная фабрика по производству волос, у которой скорость работы и потребность в энергии, кислороде и питательных (витаминах, аминокислотах и минералах) элементах чрезвычайно высока. Способность к восстановлению, то есть регенеративный потенциал этой фабрики полностью зависит от удовлетворения потребностей в строительном материале и достаточном насыщении кислородом. После перенесенной ковидной инфекции у части людей еще достаточно долго сохраняются симптомы гипоксии, нарушения микроциркуляции, микроэлементные и витаминные дефициты. Кроме того, длительная лихорадка, комплекс лекарственных препаратов, применяемых для лечения болезни, нарушение питания, потеря веса во время заболевания (а многие пациенты отказываются от пищи из-за выраженной интоксикации) и стресс также приводят к нарушению роста волос. Поэтому примерно у 1/3, а по некоторым данным у половины, переболевших независимо от тяжести перенесенной инфекции через 2–10 недель, в среднем через 1,5 месяца после выздоровления появляются различные симптомы нарушения роста волос: в первую очередь их выраженное выпадение, а также может быть повышенная чувствительность и зуд кожи головы. Страдают в данном случае и женщины и мужчины, и даже дети. Имеется в виду в первую очередь острое телогеновое выпадение волос, когда ежедневно выпадает 150–200 и более волос в сутки, приводя человека в паническое состояние.

Под нашим наблюдением в течение 1 года находилось 25 пациентов, перенесших инфекцию SARS-CoV19, из них муж-

чин 3, остальные женщины в возрасте от 23 до 60 лет. У всех отмечалось телогеновое выпадение волос разной степени выраженности, у 40 % пациентов данное состояние развилось на фоне имеющейся андрогенетической алопеции. Основными жалобами явились выраженное выпадение волос – 100% случаев, повышенная чувствительность и болезненность кожи в/ч головы в 32% случаев, шелушение и зуд кожи в/ч головы в 18% случаев. А также все пациенты отмечали повышенный уровень стресса. Всем пациентам была проведена трихоскопическая диагностика в/ч головы, части из них была сделана фототрихограмма. На трихоскопии отмечалось большое количество пустующих устьев волосяных фолликулов, желтые точки, перифолликулярная пигментация, единичные остроконечные отрастающие волосы, у части пациентов. имеющих сочетание телогеновой и андрогенетической алопеции отмечались vellusные волосы и неоднородность диаметров волосяных стержней. Всем пациентам проводилось исследование общего анализа крови, б/х показателей крови на уровень общего белка, витамина Д3, витаминов группы В (В12, В1, В2, В3, В6), сывороточное железо, ферритина, цинка, меди, магния. Из сопутствующей патологии у 15% отмечалась гипертоническая болезнь (контроль врача-кардиолога), у 30% железодефицитная анемия, у 35% – дефицит витамина Д3, у 28% пациентов отмечалось уменьшение уровня общего белка, дисбаланс уровня витаминов группы В, снижение уровня магния и цинка. С каждым пациентом проводилась разъяснительная беседа о том, что восстановление утраченного объема шевелюры займет достаточно продолжительное время. В большинстве случаев уменьшение выраженного выпадения начнется не раньше, чем через 2–4 месяца от начала лечения, а полностью объем восстановится через 6–9 месяцев. В лечении использовались комплексные меры: коррекция микроэлементных, витаминных, аминокислотных нарушений (комбинированные таблетированные препараты: Перфектил трихолоджик, Пантовигар, Ревалид, Эвалар Эксперт волос или другие), наружные стимуляторы роста (ампулы Dercos Aminexil Intensive 5 Vichy, Селенцин лосьон пептидный, лосьон Декопилл, лосьон Перфлеор 5 и другие), а также использовали курсами регенеративные процедуры (мезотерапию, плацентарную терапию, плазмотерапию – курс плазмы обогащенной клетками тромбоцитами PRP -терапии), кроме этого курсами применяли различные методы физиотерапевтического лечения (лазеротерапию, магнитотерапию, LED свет). У всех пациентов была отмечена положительная динамика, отмечалось уменьшение количества выпадающих волос и активный рост новых молодых волос.

ПОСТКОВИДНАЯ ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН – ПОДХОД ДЕРМАТОЛОГА

Чернуха Л.В.

Врач дерматовенеролог, косметолог, трихолог, специалист по лазерным технологиям отделения эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.В.И.Кулакова» Минздрава России

Цель: оценить эффективность комплексных методов коррекции выпадения волос на фоне постковидного синдро-

ма, а также уровня удовлетворенности пациентов результатом лечения.

Материалы и методы: с июля по октябрь 2021 год под наблюдением находилось 15 женщин в возрасте от 25 – 50 лет, с выпадением волос на фоне постковидного синдрома. Длительность терапии каждого пациента: один курс 4 инъекции с интервалом 10 дней пептидным препаратом Hair X Peptide 1,3 мл в сочетании с топическим применением линейки против выпадения волос Alerana в домашних условиях.

Результаты: после проведенного курсового лечения отмечена положительная динамика в виде уменьшения выпадения волос, снижения количества волос в стадии телогена, уменьшения количества пустых волосяных фолликулов.

Выводы: наш практический опыт применения сочетанных методик инъекционных и топических препаратов в борьбе с выпадением волос на фоне постковидного синдрома показал высокий уровень комплаентности пациентов и достижение хороших клинических результатов. По мере продолжения пандемии требуются дальнейшие исследования для понимания долгосрочной распространенности и прогноза алопеций, связанных с инфекцией COVID-19.

Отмечались vellus-волосы и неоднородность диаметров волосяных стержней. Всем пациентам проводилось исследование общего анализа крови, б/х показателей крови на уровень общего белка, витамина Д3, витаминов группы В (В12, В1, В2, В3, В6), сывороточное железо, ферритин, цинка, меди, магния. Из сопутствующей патологии у 15% отмечалась гипертоническая болезнь (контроль врача-кардиолога), у 30% железодефицитная анемия, у 35% – дефицит витамина Д3, у 28% пациентов отмечалось уменьшение уровня общего белка, дисбаланс уровня витаминов группы В, снижение уровня магния и цинка. С каждым пациентом проводилась разъяснительная беседа о том, что восстановление утраченного объема шевелюры займет достаточно продолжительное время. В большинстве случаев уменьшение выраженного выпадения начнется не раньше чем через 2–4 месяца от начала лечения, а полностью объем восстановится через 6–9 месяцев. В лечении использовались комплексные меры: коррекция микроэлементных, витаминных, аминокислотных нарушений (комбинированные таблетированные препараты: Перфектил трихолоджик, Пантовигар, Ревалид, Эвалар Эксперт волос или другие), наружные стимуляторы роста (ампулы Dercos Aminexil Intensive 5 Vichy, Селенцин лосьон пептидный, лосьон Декопилл, лосьон Перфлеор 5 и другие), а также использовали курсами регенеративные процедуры (мезотерапию, плацентарную терапию, плазмотерапию – курс плазмы обогащенной клетками тромбоцитами PRP-терапию), кроме этого курсами применяли различные методы физиотерапевтического лечения (лазеротерапию, магнитотерапию, LED свет). У всех пациентов была отмечена положительная динамика, отмечалось уменьшение количества выпадающих волос и активный рост новых молодых волос.

БОТУЛОТОКСИН, НОСОГУБНЫЕ СКЛАДКИ И ВАЗОМОТОРНЫЙ РИНИТ

Щёлокова Е.Б., Егоров В.И., Алимова Ш.Б.

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

В последние годы отмечен значительный рост распространенности заболеваний носа и околоносовых пазух. Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости носа (риниты) сопровождаются затруднением носового дыхания и выделениями из носа. Наряду с аллергическим, инфекционным, гипертрофическим, катаральным и атрофическим ринитами среди хронических форм ринита большое место занимает вазомоторный ринит (ВР) (по классификации Г.З. Пискунова и С.З. Пискунова). Заложенность носа и затруднение носового дыхания при ВР обусловлены лабильностью и повышенным кровенаполнением сосудов носовых раковин. Основными симптомами ВР являются затруднение носового дыхания, заложенность носа, прозрачные выделения из носа, ощущение стекания слизи по задней стенке глотки, головная боль, снижение обоняния. В связи с отсутствием точного этиопатогенеза большинство существующих методов лечения ВР являются лишь симптоматическими. Эффективность многих из них до конца не изучена, так как сведения о ней основаны только на персональном опыте клиницистов. И все же существуют препараты для лечения ВР с доказанной эффективностью. Проведенные нами исследования доказали эффективность ботулотоксина в лечении вазомоторного ринита. В исследовании приняли участие 22 больных (17 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 17 до 65 лет. Больные получали инъекции ботулотоксина в носовую мышцу. До начала действия ботулотоксина больные отмечали субъективную выраженность основных симптомов ВР (затруднение носового дыхания, заложенность носа, количество выделений из носа, снижение обоняния, головные боли) и выраженные мимические морщины около носа. При передней риноскопии визуально оценивался отек слизистой оболочки, секрет в полости носа, увеличение в объеме нижних носовых раковин. Всем больным до включения в исследование проводили рентгенографию ОПН в носоподбородочной проекции и кожные аллергопробы. Критериями исключения являлись: выраженное искривление перегородки носа, клинические и рентгенологические признаки синусита, опухоли околоносовых пазух или полости носа, беременность, кормление грудью, а также положительный кожный тест хотя бы с одним аллергеном. На фоне лечения ботулотоксином уже через 3–4 дня отмечались статистически значимое улучшение носового дыхания, уменьшение заложенности носа, количества выделений из носа и головных болей, разглаживание мимических морщин. Пятнадцать из 22 пациентов смогли отказаться от использования деконгестантов. Позитивная динамика выраженности симптомов сопровождалась положительными изменениями эндоскопической картины: уменьшением размеров нижних носовых раковин и количества секрета в полости носа. В результате проведенного нами лечения больных ВР ботулотоксином отмечалось статистически достоверное улучшение носового дыхания (как субъективное, так и объективное – по данным ПАРМ и АР), уменьшение заложенности носа, выделений из носа, головных болей, а также снижение потребности в использовании деконге-

стантов в случае медикаментозного ринита. Таким образом, по нашему мнению, ботулотоксин является эффективным средством для лечения вазомоторного ринита, реальной альтернативой операциям на носовых раковинах. Одновременно с улучшением носового дыхания были отмечены положительные изменения выражения лица.

ШКАЛА ОЦЕНКИ НАРУЖНОГО УХОДА (SECS) – НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ

Эллинский Д.О., Эллинская К.А.

ГК «СМ-Клиника», АНО ДПО «ЦМКО», кафедра дерматологии,
Москва

Цель. Оценить эффективность «Шкалы оценки наружного ухода» (SECS) как инструмента эффективности оптимизации лечения акне в условиях амбулаторного приема.

Материалы и методы. Произведено клиническое и лабораторное наблюдение 100 пациенток с акне. Оценивалась тяжесть течения по шкале GEA, удовлетворенность наружным уходом по шкале SECS. Пациенткам производилась коррекция наружного косметического ухода, на фоне продолжения применения ранее назначенных лекарственных препаратов. В наружном уходе использовали схему – очищение с использованием мицеллярной воды, дневной крем с фотозащитой, вечерний лечебный крем и увлажняющие кремы по необходимости. Оценка по шкалам производилась до начала исследования и через месяц после.

Результаты. В исследовании приняли участие 100 женщин в возрасте от 22 до 45 лет (средний возраст 33,4). 20 участниц имели установленный диагноз «Акне комедональное легкой степени тяжести», 10 «Акне конглобатное, тяжелой степени тяжести, постакне», 70 «Акне папуло-пустулезное, средней степени тяжести». Длительность течения заболевания: до 3 лет – у 15 участниц, от 3 до 7 лет – 20 участниц, более 7 лет – 65 участниц. Прием системных ретиноидов: принимали 30 участниц, не принимали 70 участниц. Прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК): принимали 50 участниц, не принимали 50 участниц. Все 100 участниц имели назначенные ранее схемы лечения, состоящие из таблетированных препаратов (ретиноиды или КОКи, наружные средства – препараты бензоилпероксида или азелаиновой кислоты, косметический уход). Выявлено значительное снижение индекса тяжести GEA (в 3 раза) с 4,5 до начала исследования до 1,5 после месяца коррекции наружного ухода. Снижение индекса тяжести течения акне сопровождалось уменьшением значения по шкале удовлетворенности наружным уходом (шкала SECS) с 3,6 до участия в исследовании до 1,55 после месяца коррекции наружного ухода. Удовлетворенность наружным уходом увеличилась с 5% до 90% после исследования.

Выводы: наружный уход играет важную роль в комплексном лечении акне у женщин, даже на фоне системной терапии или применении лекарственных средств. Шкала оценки удовлетворенности наружным уходом SECS отражает картину адекватности подбора наружного ухода для пациенток с акне и может быть использована для динамического наблюдения и решения вопроса о необходимости коррекции использования наружных косметических средств.

РАЗДЕЛ III. КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ПОВЕРХНОСТНЫЕ ЖИРОВЫЕ КОМПАРТМЕНТЫ ЛИЦА: АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

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

Госпиталь Мира (ООО «Мон Блан»), Москва

Введение. За последнее десятилетие в соответствии с имеющимися литературными данными появилось множество противоречивых сведений о глубоких и поверхностных жировых компартаментах лица. Один из основных механизмов старения лица – волюметрический, при этом потеря объема происходит с разной скоростью в поверхностных и глубоких отделах, что приводит к так называемому «псевдоптозу». Понимание анатомии поверхностных и глубоких жировых компарментов имеет важное значение для планирования омолаживающих операций. Наряду с вышесказанным, отсутствует единый общепризнанный анатомический метод для определения границ жировых компарментов лица.

Цель. Разработать воспроизводимый анатомический метод определения границ поверхностных жировых компарментов лица.

Задачи. • Оценить существующие анатомические методы на основе имеющейся литературы. • Определить границы распространения наполнителя в подкожно-жировой клетчатке лица в зависимости от его объема. • Отработать гипотезу деления жировых компарментов посредством перфорантных артерий. • Применить анатомический метод на нефиксированном биологическом материале.

Материал и методы. Исследование проведено на 30 свежемороженых цефалических образцах – донорах европейской национальности со средним возрастом $78,3 \pm 14,2$ лет. У образцов общие сонные артерии были препарированы и канюлированы с двух сторон с помощью специально адаптированных пластиковых трубок. После этого проводилась внутрисосудистая инъекция цветного латекса. Латексу давали застыть при комнатной температуре в течение 24 часов, после чего вводили краситель в определенные жировые компарменты для облегчения определения границ. В поверхностные (подкожные) жировые компарменты лица (поверхностный носогубный, поверхностный медиальный щечный, поверхностный латеральный щечный, срединный щечный, поверхностный верхний и поверхностный нижний височный) инъекции проводились с помощью шприца типа LUER lock 10мл и иглы 0,8 x 40. Процедура инъекции была основана на транскутанном введении красителя (метиленового синего) в подкожную жировую клетчатку. Количество имплантируемого материала визуальным образом контролировалось во время процедуры инъекции для достижения максимального заполнения соответствующего участка.

Результаты. Предварительно полученные результаты свидетельствуют о том, что поверхностные (подкожные)

жировые компартменты при введении красителя характеризуются вариабельностью. В соответствии с данными литературы, деление на компартменты подкожной жировой клетчатки осуществляется соединительнотканью фиброзными тяжами, образованными пучками коллагеновых волокон с примесью эластических волокон, которые берут начало в сетчатом слое кожи и идут к поверхностной фасции. В местах, подверженных давлению, преобладают толстые фиброзные тяжи, пронизывающие подкожную клетчатку перпендикулярно поверхности тела и образующие удерживатели кожи (*retinacula cutis*). Выявленные на лице удерживатели кожи были выражены в различной степени по количеству и плотности.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ТОННЕЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ МОЧКИ УХА

Бывальцев П.Д.

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
Университетская клиническая больница № 1, Москва, Ижевск*

Субкультурное увлечение молодых людей формировать тоннели в мочках ушей в конечном итоге приводит к образованию дефектов в зависимости от диаметра отверстия и способа растяжения тканей. Реконструкция расширенных мочек уха после тоннелирования на сегодняшний день все чаще является поводом для обращения данной категории молодых людей с целью восстановления естественного внешнего вида и формы уха по эстетическим, профессиональным или социальным причинам. В проанализированной литературе касаются пластических операций по реконструкции мочек ушей, больше всего внимания уделено проблеме восстановления после частичных или полных разрывов мочек серьгами или врожденной деформации в виде раздвоения мочки. В иностранной литературе очень мало статей посвящено методам реконструкции тоннельных дефектов. Скорее всего, это связано с тем, что мода на тоннели появилась в США относительно недавно в середине 1990-х годов и поэтому работ на эту тему не так много. К сожалению, в русскоязычной медицинской литературе по пластической хирургии пока подобного рода статей не выходило.

Поэтому цель данной статьи изложить стратифицированный подход к реконструкции тоннельных дефектов мочек ушей с описанием новых авторских методик, которые восстанавливают прежний естественный эстетически привлекательный внешний вид, форму и объем мочки уха с созданием наименее заметного рубца.

В данной статье приводится описание новых методов реконструктивных операций по восстановлению мочек ушей после тоннелирования проведенных у 3 пациентов, обратившихся ко мне за помощью. Период наблюдения у данных пациентов после операций составляет от 6 месяцев до 1,5 лет. Осложнение наблюдалось только в одном случае в виде расхождения послеоперационного рубца. Каждый из пациентов доволен конечным результатом.

АУТОАУГМЕНТАЦИОННАЯ МАСТОПЕКСИЯ

Гайвазова А.А., Голубков Н.А., Дунаев В.Д., Мазур А.Е.

ООО «Преображенская клиника», Екатеринбург

Аугментационная мастопексия одна из востребованных операций настоящего времени. В пластической хирургии известны три способа увеличения молочных желез: 1. Увеличение груди имплантатами; 2. Увеличение груди жировой тканью или филлерами; 3. Увеличение груди собственными тканями молочных желез. Каждый способ имеет свои показания, положительные и отрицательные стороны. Идея использования собственных тканей молочной железы не нова, но наше предложение имеет дополнительные преимущества в виде максимально полного использования собственной ткани груди для аугментации, в сочетании с надежной фиксацией сформированной груди.

Целью исследовательской работы явилась разработка методики мастопексии, позволяющей добиться улучшения формы с увеличением проекции желез за счет использования опущенных тканей, потерявших способность давать объем груди и позволяющей обеспечивать долговременную фиксацию перемещенных тканей молочных желез.

Материалы и методы. В Преображенской клинике, г. Екатеринбург, в Центре косметологии и пластической хирургии им. Нудельмана в период с сентября 2016 г. по октябрь 2021 г. проведено 46 операций по предложенной методике. Операция предусматривала проведение «якорных» разрезов и поэтому применялась только при высокой степени птоза и достаточного объема железистой и/или жировой ткани. Достигнут эстетический эффект увеличения молочных желез за счет перераспределения опущенных тканей в центральную зону для усиления проекции, при этом надежная фиксация груди обеспечивается сформированным тканевым блоком, препятствующим последующему птозу. Рецидивов опущения молочных желез за весь период наблюдения не отмечено. Таким образом, за счет сочетания полноценного лифтинга груди с увеличением проекции и долговременной фиксации тканей молочных желез хирургическая технология позволяет отнести аутоаугментационную мастопексию к надежной операции с высокой степенью удовлетворенности хирурга и пациента. Длительное наблюдение, легкое воспроизведение, эффективность результата и безопасность хирургической процедуры позволяет рекомендовать методику для практической деятельности пластического хирурга.

ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ЛОСКУТОМ НА ПАЛЬЦЕВОЙ АРТЕРИИ

Даутов Т.Р., Муллин Р.И., Богов А.А.

Республиканская клиническая больница, Казань

Введение: реконструкция мягкотканых дефектов пальцев кисти продолжает оставаться сложной задачей. Потеря мягких тканей может быть вызвана различными причинами, а размер и расположение дефектов иногда могут препятствовать использованию более простых методов восстановления, таких как пересадка кожи, использование локальных, ротационных или транспозиционных лоскутов.

Хирургическое вмешательство должно быть направлено на: использование анатомически схожей с реципиентной зоной ткани; сохранение эстетически благоприятного внешнего вида; обеспечение чувствительности в важных анатомических областях и минимизацию деформации донорского участка. В соответствии с этими принципами, лоскут на пальцевой артерии может быть альтернативой для реконструкции небольших и умеренных дефектов пальцев кисти.

Целью исследования является определение показаний к использованию лоскута на пальцевой артерии и его вариантов при сочетанных повреждениях пальцев кисти.

Материалы и методы: в период с 2016 по 2021 год в отделе травматологии №2 ГАУЗ РКБ МЗ РТ было прооперировано 68 человек с дефектом мягких тканей пальцев кисти, 58 мужчин и 10 женщин. 24 была выполнена кожная пластика лоскутом на пальцевой артерии. Длительность одного оперативного вмешательства в среднем составила 1,5 часа. Лоскуты на пальцевой артерии в зависимости от анатомической особенности были разделены на несколько групп: 1) лоскуты на антеградном или ретроградном кровотоке; 2) гомодигитальные или гетеродигитальные лоскуты; 3) лоскуты с включением пальцевого нерва или тыльной ветви пальцевого нерва. В зависимости от локализации дефекта мягких тканей были сформированы показания к использованию того или иного варианта лоскута: 1) ладонная поверхность дистального отдела пальца, торец культи пальца – лоскут с боковой поверхности пальца на ретроградном кровотоке пальцевой артерии с реиннервацией; 2) тыльная поверхность дистального отдела пальца – лоскут с тыльно-боковой поверхности пальца на ретроградном кровотоке пальцевой артерии; 3) При дефекте с сопутствующими повреждениями на уровне средней фаланги – лоскут с боковой поверхности пальца на ретроградном кровотоке пальцевой артерии с удлиненной сосудистой ножкой; 4) При циркулярных дефектах пальца – двойной лоскут на ретроградном кровотоке пальцевой артерии на единой удлиненной питающей ножке с реиннервацией, причем один лоскут с боковой поверхности пальца, второй – с тыльно-боковой поверхности соседнего пальца, лоскут на ретроградном кровотоке пальцевой артерии с реиннервацией для закрытия ладонной поверхности пальца и cross-пластика для закрытия тыльной поверхности.

Результаты. Лоскут на основе пальцевой артерии обладает следующими преимуществами: 1. Постоянное и надежное кровоснабжение тканей через пальцевую артерию с венозным дренажем через сопутствующие комитантные вены и околосоудистые вены. 2. Пальцевая артерия и сеть ее перфорантов разветвляющихся на ладонной и тыльной поверхности пальца в проксимальной и средней фаланге позволяющая «поднять» лоскуты различного размера, состоящие из кожи ладонной поверхности пальца, тыльной поверхности пальца или обоих вместе. 3. Использование лоскута на пальцевой артерии позволяет закрыть дефект мягких тканей на различных участках донорского пальца, соседнем пальце или на каком-либо удаленном участке кисти. 4. Сопутствующий пальцевой артерии нерв легко поднимается вместе с артерией и позволяет восстановить чувствительность. 5. Дистальный конец пальцевой артерии может быть использован для реваскуляризации другого пальца

Выводы: лоскут на пальцевой артерии и его варианты позволяют закрыть различные по величине дефекты мягких тканей от кончика пальцев до проксимальной фаланги, его последующая эволюция, включающая нейрорафию для восстановления чувствительности, стала ценным дополнением к арсеналу лоскутов любого микрохирурга. Модификации, основанные на перфорантах соответствующей пальцевой артерии и нерва, открыли еще большие возможности в реконструкции пальца кисти.

ОТКРЫТЫЙ ЛИФТИНГ ШЕИ

Дунаев В.Д., Голубков Н.А., Гайвазова А.А., Мазур А.Е.

ООО «Преображенская клиника», Екатеринбург

Введение. Красивые, подтянутые контуры нижних отделов лица и шеи являются приоритетными в случае оценки эстетического состояния лица, шеи и в значительной степени определяют молодость и юность. Поэтому на сегодняшний день проблема удаления избытков кожи в области шеи является по-прежнему актуальной при омолаживающей пластике лица. Причин недостаточного эстетического результата в области шеи несколько: 1. Значительный объем кожи. 2. Дряблость кожи. 3. Отсутствие тонуса с натяжением кожи при лифтинге, вследствие отдаленного действия приложенных сил хирургической тяги на мягкие ткани. 4. Небольшая плотность тканей SMAS и легкая растяжимость их, не позволяющая сохранять длительный эффект удержания тканей в тонусе после операции.

Основной идеей нашего исследования стало предположение, что в случае не достижения оптимального эстетического результата в области шеи, по вышеперечисленным причинам, необходимо просто иссечь избытки кожи. Очевидность этого утверждения была логична, но реализация требовала разработки хирургической технологии, позволяющей это сделать с соблюдением канонов эстетической хирургии – а именно получение объективного эстетического результата, с минимальными недостатками, в виде незаметных или малозаметных рубцов в зоне операции. Это и стало целью нашего исследования.

Материалы и методы. Впервые методика применена в 2012 году, и только после получения хороших отдаленных результатов, с подтвержденной безопасностью, она была включена в собственную практику. В Центре косметологии и пластической хирургии им. Нудельмана и в Преображенской клинике, Екатеринбург по данной методике с 2014 года по настоящее время проведено 17 операций. Методика операции предполагает прямое иссечение избытков кожи на шее в подподбородочной и подчелюстных областях, а также в области «ствола» шеи. Открытый лифтинг шеи проводился изолированно у 14 пациентов, в трех случаях он совмещался с эндоскопическим и комбинированным лифтингом лица, и платизмопластикой. У пациентов достигнут хороший эстетический результат. У всех пациентов после операции отсутствовали избытки кожи, тонус мягких тканей шеи и нижних отделов лица был в идеальном состоянии, эффект натяжения тканей был достигнут даже в надключичных и в нижних отделах шеи. Контур и силуэты шейно-подбородочного угла, и «ствола» шеи были с высоким эстетическим результатом. Проведен-

ная оценка по истечению от 8 лет показала сохранение полученного результата за весь период наблюдения. Обсуждение. Предложенный способ открытого лифтинга лица и шеи имеет подтвержденный результат с высоким эстетическим эффектом, особенно в случаях значительных возрастных изменений тканей в области шеи. Способ может быть рекомендован для практической деятельности пластических хирургов.

ДВУСТОРОННИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

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

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

Введение. На сегодняшний день проблема выбора методов лечения и реабилитации детей и подростков с двусторонними анкилозирующими заболеваниями ВНЧС является одной из самых сложных в современной челюстно-лицевой хирургии. В отличие от других групп и нозологий заболеваний височно-нижнечелюстного сустава в рамках реабилитации детей имеются несколько наиболее сложных этапов и задач. Ввиду формирования нижней симметричной микрогнатии нижней челюсти, остается острым решение вопроса устранения ночного апноэ и обструкции верхних дыхательных путей. Кроме этого, с возрастом ребенка ввиду деформации нижней челюсти развиваются вторичные деформации челюстно-лицевой области в виде вторичных деформаций лицевого скелета черепа -а именно сужение верхней челюсти, деформация скуловых костей, клиновидной кости, глазниц и тд.

Дети, – идея; – цель; – материалы и методы; – результаты; – обсуждение. В настоящее время актуальной проблемой остается вопрос реабилитации детей с врожденной и приобретенной патологией височно-нижнечелюстного сустава. Анкилозирующие и вторично-деформирующие патологии височно-нижнечелюстного сустава сегодня являются одной из самых сложных в плане реабилитации и хирургического лечения в челюстно-лицевой хирургии. По частоте данной группы заболеваний, после проведенной статистики на кафедре детской челюстно-лицевой хирургии, было выявлено, что частота встречаемости группы заболеваний в детской хирургии отмечается от четырех до шести процентов случаев и от двадцати семи до двадцати пяти процентов в челюстно-лицевой хирургии.

Цель исследования. Провести комплексный анализ результатов ранее проведенного лечения детям и подросткам с данной группой заболеваний, на основе полученных данных и внедрения усовершенствованного протокола рассмотреть порядок и правила комплексной реабилитации детей, который способствует уменьшению количества ступеней в ранее используемом протоколе реабилитации, ускорит время реабилитации и улучшит качество жизни

детей и подростков с данной группой заболеваний. Разработать новое программное обеспечение в компьютерной программе планировщике предхирургического и хирургического протокола лечения детей и подростков.

Предполагаемая практическая значимость. Результаты данной работы позволят усовершенствовать и сократить сроки хирургической реабилитации детей с костной патологией височно-нижнечелюстного сустава, кроме этого, ускорят сроки ортодонтической реабилитации данной группы пациентов. На основании проанализированных методов лечения и сравнения этих методов нами будет оптимизирован процесс выбора оптимального метода лечения, что позволит стабилизировать эстетические и функциональные результаты, снизить количество рецидивов и увеличить качество и эффективность лечения и реабилитации пациентов, а также улучшить качество жизни за счет улучшения психо-эмоционального статуса. Лечение первично костных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков сегодня являются сложнейшей в плане лечения и реабилитации патологией в челюстно-лицевой хирургии, ортодонтии и педиатрических дисциплинах. Алгоритм хирургического лечения является сложным и многоступенчатым. На первом этапе, после постановки диагноза, оценивается степень нарушения функции, открывания рта, выраженная деформация, и влияние на дыхательную функцию, апноэ – уровень сатурации кислорода в крови. Если открывание рта составляет до 1,5–2 см, апноэ не наблюдается, и деформация незначительная, косметический центр по зубам смещен на 0.5–1 коронку зуба и при этом жевательная активность сохранена, то в этом случае хирургическое лечение можно отложить до начала сменного прикуса (прорезывание первых постоянных моляров нижней челюсти, но при этом анатомо-физиологическое нарушение стабильны и не усугубляются). При более выраженном ограничении открывания рта, а также анкилозе, которое сопровождается ночным апноэ и храпом, проводится хирургическое лечение.

Цель срочного хирургического лечения – восстановление функции ВНЧС, открывания и закрывания рта, устранение нарушений дыхания, и создание оптимальных условий для жевания и профилактики возникновения вторичных деформаций костей лицевого скелета.

МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ КЕРАТИНИЗИРОВАННОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ В ОБЛАСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ПРОТЯЖЕННЫХ ДЕФЕКТАХ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ

Кулаков О.Б., Хачатрян Т.С.

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

Цель. Совершенствование методики пластики мягких тканей полости рта свободным тонким кожным лоскутом с внутренней поверхности плеча при замещении дефектов зубных рядов с использованием дентальных имплантатов. **Задачи работы:** 1. Оценить качество, этапы реэпитализации и степень ретракции расщепленного кожного лоскута

с внутренней поверхности плеча в полости рта. 2. Предложить комплексный алгоритм хирургического лечения пациентов с дефицитом мягких тканей полости рта с использованием расщепленного кожного лоскута с внутренней поверхности плеча.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился 21 пациент в возрасте от 26 до 68 лет (15 женщин, 6 мужчин) с различными дефектами и/или атрофиями челюстных костей. Из них у 7 пациентов послеоперационные дефекты челюстей, у 14 – вертикальная и горизонтальная атрофия альвеолярных костей. Всем пациентам проводили комплексное обследование в объеме: опрос, осмотр, пальпация, определяли глубину преддверия, ширину прикрепленной десны. Выполняли рентгенологическое обследование: ортопантомографию, компьютерную томографию. У 9 пациентов дефекты в области альвеолярной кости были замещены аутооттрансплантатами из гребня подвздошной кости, у 12 пациентов – аутооттрансплантатами из ветви нижней челюсти. Всем пациентам через 4–6 мес. были установлены дентальные имплантаты. Всего в области верхней и нижней челюсти было установлено 69 имплантатов. Формирование мягких тканей выполнялось через 16–20 недель после дентальной имплантации. На этапе установки формирователей десны повторно определяли глубину преддверия полости рта. Глубина преддверия у данной группы пациентов составляла от 1 до 3 мм. Формирования прикрепленной кератинизированной десны выполнялась на этапе установки формирователей десны при помощи тонкого кожного лоскута с внутренней поверхности плеча. Толщина трансплантата при заборе составляла 0,6–0,9 мм. При проведении оперативного вмешательства иссекались края неизмененной подвижной слизистой оболочки и рубцово-измененной ткани, формировалось реципиентное ложе для будущего трансплантата. Далее, учитывая размер воспринимающего ложа, проводился забор расщепленного кожного трансплантата с внутренней поверхности плеча. Под инфильтрационной анестезией Sol. Articaini hydrochloride 4% -1,7 x 3, разведенный в 20 мл Sol. NaCl 0,09 % выполнялись 2 дугообразных сходящихся разреза в пределах дермы на уровне наибольшего прогиба мягких тканей в области внутренней поверхности плеча. Далее при помощи скальпеля в пределах сетчатого слоя дермы проводился забор трансплантата. После забора кожного трансплантата накладывались многорядные П-образные швы в пределах подкожно-жировой клетчатки и дерму Vicril 5/0, и узловы швы на кожу Premilene 5/0. Данная методика забора всегда сопровождалась первичным заживлением раны, а значит и сокращением сроков реабилитации. Кожный трансплантат множественно перфорировался и фиксировался направляющими швами по краям дефекта к и в центре при помощи Premilene 6/0, 5/0. На протяжении 10-ти суток проводилось послеоперационное динамическое наблюдение. Воспалительных явлений в области донорских участков и области пересадки кожных трансплантатов не было выявлено. На 8-е сутки снимались все швы. Расхождения швов не наблюдалось. Трансплантаты были интактны, фиксированы, в том числе по краям дефекта. Затруднения открывания рта не наблюдалось. Полученные результаты. В послеоперационном периоде отмечалась полная интеграция пересаженной расщепленной кожи, морфологическая структура которой становилась схожей с кератинизированной слизистой полости рта.

Выводы: Кожа с внутренней поверхности плеча является надежной экстраоральной донорской зоной для замещения протяженных дефектов кератинизированной десны и мягких тканей полости рта.

ЛОСКУТНЫЕ МЕТОДИКИ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ГОЛОВЫ

Кусеинов А.Р., Данилин А.Р., Попов С.С., Кепуладзе М.А., Бесчастнова М.А., Полатов Т.Д., Ермощенко М.В.

Городская клиническая онкологическая больница №1, Москва

Введение. Опухоли кожи в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у мужчин составляют 10,6%, женщин – 15,2% (Каприн А.Д. и др., 2020). Базальноклеточный рак кожи (БКРК) представляет до 80% всех случаев немеланомных опухолей, наиболее частой локализацией являются кожные покровы головы. В связи с этим актуальным является вопрос реконструкции дефектов мягких тканей головы с целью достижения приемлемого эстетического и функционального результата.

Материалы и методы. С мая по июнь 2021 гг. в ГБУЗ «ГКОБ №1 ДЗМ» выполнено 22 реконструктивные пластические операции у 21 больного БКРК (средний возраст 70,5 лет ± 10,7). Все пациенты имели I стадию рT1N0M0. В 6 случаях использован билобарный лоскут, ротационный лоскут – 4, пластика островковым лоскутом – 2, веретенообразное иссечение – 2, ромбовидный лоскут – 1, лоскут по типу «музыкальной ноты» – 1, глabellaрный лоскут – 1, пластика билатеральным лоскутом – 1, АТ-пластика – 2, комбинированный щечно-лицевой и сдвигаемый лоскут – 1 случай, М-пластика – 1 случай. По локализации новообразования определялись в области носа – 4, в щечной области – 5, околоушно-жевательной области – 2, височной области – 2, носогубной складки – 3, области козелка уха – 1, лба – 3, подбородочной области – 2.

Результаты. Инфекционные осложнения, расхождение краев раны, кровотечения не отмечались. Отличные косметические и функциональные результаты отмечены в 17 (77,3%) случаях, хорошие – 2 (9,1%), неудовлетворительные – 3 (13,6%), краевой некроз отмечался в 9% случаев.

Выводы. Лоскутные методики являются неотъемлемой частью лечения базальноклеточного рака кожи головы. Основным критерием успеха в достижении отличных и хороших эстетических и функциональных результатов является предоперационное планирование в зависимости от локализации новообразования, его размера и отношения площади дефекта к площади эстетической единицы лица.

Возможности оценки толщины кожи методами оптической когерентной томографии и высокочастотным УЗИ Петрова К.С., Сергеева И.Г., Карпенко А.А., Подчасов В.Н. Приволжский исследовательский медицинский университет, Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Нижний Новгород, Новосибирск

На сегодняшний день существует несколько методик определения толщины кожи. К таким методам относится высокочастотное УЗИ, способное определять структуру

и толщину ткани на уровне дермы, и оптическая когерентная томография ОКТ, предоставляющая более детальную информацию о состоянии кожи на уровне рогового слоя, клеточных слоев эпидермиса и зоны дермо-эпидермального соединения. Объединение этих двух методик исследования позволит получить полную картину структуры и толщины кожи в интересующем участке. Такой способ предварительной диагностики кожи перед произведением инвазивной косметической процедуры или в процессе ее выполнения позволит реализовать вмешательство с максимальной точностью и произвести не только целевое воздействие, ведущее к получению оптимального результата, но и избежать возможных осложнений или определить их развитие в максимально короткие сроки.

Цель. Определить возможность совместного использования высокочастотного УЗИ и ОКТ в оценке состояния здоровой кожи лица.

Материалы и методы. Обследовано 77 человек (19 мужчин, 58 женщин) в возрасте от 18 до 70 лет. В работе использован визуализатор-томограф оптико-когерентный компьютеризированный «ОКТ-1300 ВОР», Multi Skin Test Center MC 1000, программы: HF_OCTf_512Cuda, HF_OCTf_Viewer, Complex Skin Investigation (CSI). Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате DUB SkinScanner TPM датчиком частотой 75 МГц, обеспечивающим визуализацию структуры кожи на глубине до 3 мм, с аксиальным разрешением 21 мкм. Проводилось сравнительное ОКТ и УЗИ-исследование здоровой кожи лица в симметричных точках на лбу, щеках, подбородке. Производилось измерение толщины рогового слоя эпидермиса, клеточных слоев эпидермиса и толщины дермы.

Результаты. Толщина дермы, рогового слоя и клеточных слоев эпидермиса в каждой из точек различна в пределах возрастано-половой группы (мужчины-женщины, лица различного возраста), а также в симметричных областях. Так, по данным ОКТ-исследования толщина рогового слоя на лбу у женщин определялась в интервале от 65 мкм (0,065 мм) до 90 мкм (0,090 мм), в среднем 76,8 мкм (0,0768 мм), а клеточных слоев эпидермиса от 144 мкм (0,144 мм) до 240 мкм (0,24 мм). Толщина рогового слоя левой и правой щеки в среднем отличается на 4%, составляя 64,8 мкм и 67,2 мкм соответственно. Максимальная разница в толщине эпидермиса левой и правой щеки одного и того же пациента составляет 36% (66 и 90 мкм соответственно). Толщина клеточных слоев эпидермиса в среднем составляет 178,8 и 171,6 мкм на левой и правой щеке. По данным ОКТ толщина рогового слоя на подбородке составляет 96 мкм (0,096 мм), отличаясь от таковой у мужчин – 132 мкм (0,132 мм). Разница составляет 37,5%. Толщина клеточных слоев эпидермиса у мужчин и женщин имеют схожие значения, составляя 139,2 мкм у женщин и 129 мкм у мужчин. Толщина дермы по данным УЗИ кожи в среднем составила: лоб – 1365 мкм (1,365 мм), правая щека – 1558 мкм (1,558 мм), левая щека – 1473 мкм (1,473 мм), подбородок – 1727 мкм (1,727 мм).

Выводы. Возможность совместного использования методов Высокочастотного УЗИ и ОКТ позволяют наиболее полно оценить строение кожи, толщины рогового слоя, клеточных слоев эпидермиса, дермы для более точного проведения косметологических процедур, снижения неблагоприятных последствий манипуляций и повышения их эффективности.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СОНОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ РЕБЕРНОГО ХРЯЩА EX VIVO: СВЯЗЬ МЕЖДУ ЭХО-ПАТТЕРНОМ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРОЙ

Поддубный А.А., Юрковский А.М., Зиновкин Д.А.,
Иванов С.А., Хоров О.Г.

*Гомельский государственный медицинский университет,
Гродненский государственный медицинский университет,
Гомель, Республика Беларусь*

Введение. Реберный хрящ (РХ) – стандартный материал для реконструкции каркаса наружного носа (НН).

Цель исследования – определение возможностей сонографического метода при исследовании донорского реберного хряща.

Материалы и методы. Выполнена сонография ex vivo и гистологическое исследование 25 образцов хряща из 8–9 ребер трупных доноров. На первом этапе выполнена сонография образцов хряща на ультразвуковой диагностической системе с использованием линейных (рабочие частоты 5–18 мегагерц (МГц)) и конвексных (рабочие частоты 2–5 МГц) датчиков. На втором этапе двумя специалистами, выполняющими реконструктивные операции с трансплантацией аллохряща в структуры НН, проведено независимое визуальное макроскопическое исследование образцов. На третьем этапе были приготовлены гистологические препараты хрящевой ткани. Проанализирована связь между оценками эхо-паттерна и гистологическими оценками клеточного состава и стромального матрикса хряща. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета программ Statistica 8.0. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы (p) принимали равным 0,05.

Результаты и обсуждение. При сонографии ex vivo во всех исследованных РХ удалось определить эхо-паттерн хрящевой ткани. Гиперэхогенные включения были выявлены в 32% образцов, анэхогенные – 16%. Наличие выраженных дистрофических изменений, то есть включений повышенной эхогенности не менее 0,1 см и/или анэхогенных участков не менее 0,1 см, было обнаружено в 20%. Среди них находились те биопрепараты, из которых в последующем не удалось изготовить полноценный графт. Сонографический метод позволил выявить фокальные изменения в хрящевой ткани, которые не были заметны при макроскопическом исследовании, в 20% биопрепаратах. При гистологическом исследовании у 92% образцов выявлено отсутствие клеток или диффузное уменьшение числа клеток по сравнению с нормой. Клетки располагались на расстоянии 0,3–0,4 см от поверхности хрящевого фрагмента. Это свидетельствует о том, что в процессе приготовления РХ не удается добиться полной элиминации хондроцитов из РХ. Дистрофические изменения стромы при микроскопии обнаружены в большинстве из 5 неперекрывающихся полей зрения у 96% хрящей. При корреляционном анализе оценок клеточного состава и структуры стромального матрикса установлено, что имеется статистически значимая связь между данными параметрами – $R=0,503$, $p=0,010$. Такие изменения, как появление щелей в хряще, кальциноз, оксификация либо полная дезорганизация хряща, обна-

ружены в большинстве полей при исследовании 80% биопрепаратов. Установлена значимая статистическая связь между оценками эхо-паттерна и стромы реберного хряща ($R=0,614$, $p=0,001$) и отсутствие значимой статистической связи между оценками эхо-паттерна и клеточного состава реберного хряща ($R=0,311$, $p=0,130$). Не выявлено статистически значимого различия в сонографических оценках и оценке по гистологической шкале между образцами хряща, которые имели макроскопические изменения и не имели макроскопических изменений. Сонография ребер может быть выполнена как самому пациенту перед ауто-трансплантацией, так и потенциальному донору на этапе кондиционирования. Возможно также исследование биопрепарата *ex vivo* в исследовательских и других целях. Другое направление для клинического применения – сонографическая оценка состояния хрящевого импланта в тканях наружного носа после реконструкции.

Выводы. Такие изменения, как наличие оссификатов и кальцификатов, участков дезорганизации и расслоения стромы, определяют сомнительную пригодность фрагмента реберного хряща для изготовления графта. Нарушения структуры хряща, влияющие на пригодность к трансплантации, не могут быть надежно выявлены при макроскопическом исследовании. Сонографические изменения в реберном хряще обусловлены дистрофическими изменениями стромы, имеется статистически значимая связь между оценками эхо-паттерна и гистологической структуры.

ЛИПОСАКЦИЯ – ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЛЕЧЕНИЕ МУЖЧИН?

Саввин О.И., Нестеров С.Н., Гагарина С.В.

Seline Clinic, Москва

Введение. Ни для кого не секрет, что липоаспирация может быть использована не только для решения эстетических вопросов, но и в качестве комплексного лечения и профилактики заболеваний эндокринной[1] и сердечно-сосудистой системы[2]. Дефицит андрогенов, который сопровождает все большее количество мужчин по всему миру[3, 4], может не только снижать качество жизни, но и приводить к развитию болезней сердечно-сосудистой системы и сахарному диабету [5]. Предварительные исследования дают основания полагать, что липоаспирация также может клинически значимо изменять стероидный гормональный фон у мужчин через ферментативную реакцию с действием фермента ароматаза, которая в значимых количествах экспрессируется в жировой ткани, и ответственна за превращение тестостерона в эстрадиол-17. Избыточная активность ароматазы приводит к снижению уровня андрогенов и к увеличению уровня эстрогенов, что, в свою очередь, вызывает порочный круг, чем больше ароматазы, тем сильнее идет накопление жира и тем сильнее ухудшается общее состояние пациента.

Идея: липоаспирацию можно и нужно рассматривать как фактор изменения гормонального фона стероидных гормонов у мужчин. Комплексное использование методов хирургии и эндокринологии (использование антиэстрогенов[6] и ингибиторов ароматазы[7] (новые стандарты лечения гипогонадизма) может отсрочить необходимость исполь-

зования гормон-заместительной терапии при сохранении качества жизни у мужчин с развивающимся возрастным гипогонадизмом, а также способствовать профилактике сахарного диабета и ишемической болезни сердца.

Цель: поддержание образа пластической хирургии не только как части эстетической медицины, но и как часть лечебной медицины, привлечение внимания к вопросам совместной работы эндокринологов и пластических хирургов, расширение когорты испытуемых за счет привлечения новых хирургов с их пациентами, с последующим более глубоким анализом данных.

Материалы и методы. Испытуемые для этого исследования были взяты из группы взрослых мужчин, планировавших процедуру липоаспирации и пожелавшие сдать анализы до операции, а также через 2 месяца после операции (тестостерон общий, лютеинизирующий гормон, фолликулстимулирующий гормон, эстрадиол, глобулин-связывающий половые гормоны), фиксировался рост, вес до и через 2 месяца после операции, объем липоасpirата. Общая когорта испытуемых – 18 человек. В дальнейшем проводился анализ данных, оценивалась динамика изменения концентрации общего тестостерона, отношения тестостерон-эстрадиол, индекс свободных андрогенов.

Результаты. Выявлена определенная закономерность – изменение соотношения тестостерон-эстрадиол в сторону увеличения активности андрогенной составляющей, с увеличением концентрации ЛГ и тестостерона (в пределах -2% – +17%).

Заключение. Липосакция – это не только эстетическая процедура. Предварительные результаты говорят не только о том, что требуются дальнейшие исследования, расширение когорты испытуемых, а также что необходимо выстраивать систему поэтапного лечения пациентов с развивающимся первичным, вторичным или смешанным гипогонадизмом, обращать внимание пациентов на изменение качества жизни, улучшать качество научных данных за счет дополнительных исследований, в также использования анкет качества жизни.

Список литературы: 1. Gibas-Dorna, M., et al., The Effect of VASER Abdominal Liposuction on Metabolic Profile in Overweight Males. *Am J Mens Health*, 2017. 11(2): p. 284–293. 2. Swanson, E., Prospective clinical study reveals significant reduction in triglyceride level and white blood cell count after liposuction and abdominoplasty and no change in cholesterol levels. *Plast Reconstr Surg*, 2011. 128(3): p. 182e–197e. 3. Travison, T.G., et al., A population-level decline in serum testosterone levels in American men. *J Clin Endocrinol Metab*, 2007. 92(1): p. 196–202. 4. Laranja, W.W., et al., Age-independent secular testosterone populational trends among Brazilian males. *Int Urol Nephrol*, 2020. 52(7): p. 1199–1202. 5. Goodale, T., et al., Testosterone and the Heart. *Methodist Debakey Cardiovasc J*, 2017. 13(2): p. 68–72. 6. Wheeler, K.M., et al., Clomiphene Citrate for the Treatment of Hypogonadism. *Sex Med Rev*, 2019. 7(2): p. 272–276. 7. Dias, J.P., et al., Testosterone vs. aromatase inhibitor in older men with low testosterone: effects on cardiometabolic parameters. *Andrology*, 2017. 5(1): p. 31–40.

СОЗДАНИЕ ПРОЕКЦИИ КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА ПРИ ПОВТОРНОЙ РИНОСЕПТОПЛАСТИКЕ. ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРОЕКЦИИ

Самарина О.А., Глушко А.В., Венедиктов М.В.

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
Институт пластической хирургии и косметологии, Москва*

Создание проекции концевой части носа при повторной риносептопластике. Пути решения проблемы недостаточной проекции.

Введение. Хирургия кончика носа – это одна из наиболее сложных и непрогнозируемых частей современной ринопластики. С одной стороны, она включает в себя принципы сохраняющей ринопластики, с другой, для достижения необходимого результата используются методики структурного подхода. Анализируя обращения пациентов за 2020 год, обратившихся к нам с целью повторной ринопластики, в 80% случаев была отмечена недостаточная проекция концевой части носа (нос по типу клювовидного), ввиду несостоятельности опорной хрящевой конструкции и неправильного распределения мягких тканей.

Цель. Главная цель исследования описать способы коррекции и методы профилактики осложнений, связанных с потерей проекции концевой части носа.

Материалы и методы. За период 2020 года было выполнено 63 реконструкции носа, 63 из которых были проведены открытым способом. Хрящевой трансплантат с перегородки носа (определяющий проекцию концевой части) был установлен всем пациентам. После 6–12 месяцев наблюдения, проекция концевой части носа была найдена удовлетворительной в 97% наблюдений.

Выводы. Добавление хрящевого трансплантата формирующей концевой части носа решает проблему четкости линий определяющих кончик носа и стабильности послеоперационных результатов, а главное метод прост в исполнении и значительно улучшает проекцию.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА КАК МЕТОД ВОСПОЛНЕНИЯ ДЕФИЦИТА ОБЪЕМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ РОМБЕРГА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Серебrenникова П.А., Гассан Т.А., Быстров А.В., Мызин А.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Российская детская клиническая больница, Москва

Введение. Ограниченная форма склеродермии (локальная склеродермия) — это хроническое заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением кожи и подлежащих тканей, характеризующееся появлением очагов склероза на фоне воспалительных явлений (эритемы, отека) и последующим присоединением атрофии и гипо- и гиперпигментации кожи. В патогенезе ведущую роль отводят дисфункции иммунной системы и наруше-

нию метаболизма компонентов соединительной ткани и микроциркуляции. Лечение каждому больному подбирают индивидуально в зависимости от формы, стадии и тяжести течения заболевания, а также локализации очагов поражения. До стабилизации процесса такие пациенты наблюдаются у дерматологов и переходят к хирургам в связи с наличием косметических дефектов.

Идея. В настоящее время не существует протокола ведения и хирургической коррекции косметических дефектов при склеродермии, каждый пластический хирург руководствуется только своим опытом и техническими возможностями. Причина поиска новых методов коррекции дефицита объема в косметически значимых зонах обусловлена неудовлетворительными эстетическими результатами в детском возрасте в связи с продолжающимся ростом пациента.

Цель. Улучшить косметический результат коррекции значительного дефицита мягких тканей лица при ограниченной форме склеродермии.

Материалы и методы. Пациент М., 15 лет. Диагноз: Склеродермия. Прогрессирующая гемиатрофия правой половины лица. Ребенок наблюдался в отделении дерматологии РДКБ с 6 лет (с 2000 г.), когда впервые были отмечены изменения атрофического характера в области правой щеки. С диагнозом синдром Ромберга (прогрессирующая гемиатрофия лица) пациенту проводили общее и местное медикаментозное лечение, направленное на улучшение микроциркуляции и стабилизацию патологического процесса. При осмотре отмечали асимметрию лица за счет уменьшения объема, неравномерную гиперпигментацию кожи правой половины лица. В правой височной, скуловой и щечной областях резко истончен слой подкожно-жировой клетчатки. Размер глазных щелей одинаковый, рот симметричный, функция лицевой мускулатуры не нарушена. Эластичность, придатки кожи сохранены. При компьютерной томографии с трехмерной реконструкцией головы и шеи подтверждена значительная разница в толщине мягких тканей справа и слева: дефицит мягких тканей лица справа (гипоплазия мышц, уменьшение количества ПЖК, уменьшение размеров околоушной слюнной железы). Выявлена гипоплазия верхней и нижней челюсти справа, негрубо выраженная деформация нижней челюсти с незначительным смещением средней линии вправо. В головном мозге: сужены боковые желудочки, кальцинированы сосудистые сплетения в задних рогах боковых желудочков. При госпитализации в отделение Микрохирургии-1 в 2009 году, учитывая значительный дефицит объема мягких тканей правой половины лица и относительную сохранность пропорций лицевого скелета, произведено восполнение объема посредством микрохирургической аутоотрансплантации фрагмента большого сальника под кожу правой половины лица. В дальнейшем пациенту через 2 и 4 года после реконструктивного вмешательства проводили липофилинг пограничной зоны с интактными тканями в объеме 2 мл каждый. При наблюдении в последующие 5 лет дополнительной коррекции не требовалось.

Результаты. В результате проведенного хирургического лечения восстановлена симметрия лица, устранена гиперпигментация, а также восстановлены характеристики эластичности кожных покровов с сохранением придатков кожи, что позволило сделать вывод о положительном влиянии реваскуляризованного жирового аутоотрансплантата

на характеристики покровных тканей при склеродермии. Вывод. Таким образом, основываясь на 9-летнем катамнезе, данное клиническое наблюдение демонстрирует эффективный способ восполнения значительного дефицита объема мягких тканей с достижением отличных эстетических результатов.

Обсуждение. Учитывая особенности васкуляризации аутотрансплантата в виде фрагмента большого сальника, можно говорить о стабильном сохранении объема восполненного дефицита. Данное положение позволяет рекомендовать представленную методику для коррекции дефицита объема мягких тканей как в детской, так и взрослой реконструктивно-пластической хирургии.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ НЕФЕРМЕНТАТИВНОГО СПОСОБА ПОЛУЧЕНИЯ СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ

Храмцова Н.И., Плаксин С.А., Соцков А.Ю., Пономарев Д.Н., Гуляева Н.И.

Пермский государственный медицинский университет, Пермь

Целью работы было совершенствование методики неферментативного способа получения стромально-васкулярной фракции.

Материалы и методы. Жировую ткань, полученную методом механической, водоструйной либо шприцевой липосакции с области передней брюшной стенки, в асептических условиях доставляли в лабораторию. Производили отмывание, фильтрацию, центрифугирование липоаспирата, аспирацию осадка, содержащего клетки стромально-васкулярной фракции. Производили микроскопию фиксированных формалином и окрашенных по Май-Грюнвальду мазков, каждый из которых был объемом 50 мкл. Регенераторный потенциал полученной фракции оценивали методом подсчета всех клеток, имеющих морфологию фибробласта, в том числе, мезенхимальных стромальных клеток. Результаты. Для получения оптимальных характеристик получаемой стромально-васкулярной фракции был разработан следующий алгоритм. Отмывание липоаспирата от клеток крови производили стандартным способом

с помощью физиологического раствора натрия хлорида, затем производили механическую фильтрацию с помощью двух соединенных между собой анаэробными клеточными трансферами шприцев объемом 10,0 мл каждый, поочередно: сначала через фильтр с внутренним диаметром отверстия 1,4 мм – 30 раз, затем – 1,2 мм – 30 раз, затем через эмульсифицирующий «наночехол» – 30 раз. Полученную эмульсию жировой ткани помещали в вакуумную пробирку оригинальной системы и центрифугировали при скорости 2000 оборотов в минуту в течение 20 минут. После центрифугирования фильтрат разделялся на 2 фракции, в верхней части которой располагался жир, в нижней – стромально-васкулярная фракция с высоким содержанием эритроцитов и других клеток крови. Однако при микроскопии отдельных фрагментов из обеих частей пробирки было установлено, что большая часть фибробластоподобных клеток задерживалась в верхней фракции и была прочно связана с адипоцитами. Поэтому следующим этапом к полученному фильтрату через иглу добавлялся физиологический раствор натрия хлорида, нижняя фракция тщательно перемешивалась и вновь центрифугировалась на 2000 оборотах в минуту в течение 15 мин. В итоге на дне пробирки оседали белые хлопья, которые при помощи иглы забирали шприцом и помещали в эппендорф. В итоге из 1 мл жировой эмульсии получали примерно 0,1 мл жидкости, содержащей стромально-васкулярную фракцию. Микроскопия полученного материала показала, что фибробластоподобные клетки находились в основном группами по 30–50 штук и были связаны между собой небольшими соединительнотканными перемычками, то есть полученный материал содержал остатки соединительной ткани. Адипоцитов в полученных мазках не наблюдалось. Подсчет клеток показал, что на 1 мкл жидкости приходилось около 170 клеток, имеющих морфологию фибробласта. Следующим этапом нашей работы запланировано определение фенотипа клеток с подсчетом их методом проточной цитометрии, а также оценка их жизнеспособности.

Выводы. Описанная методика методики неферментативного способа получения стромально-васкулярной фракции позволяет получить из 1 мл жировой эмульсии около 17 000 фибробластоподобных клеток, определяемых с помощью ручной микроскопии.

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

<i>Klinger M.E., Lisa A.V., Мариничева Е.А.</i> Влияние ингибиторов ароматазы на жировой аутоотрансплантат у пациентов с раком груди: предварительное исследование.	2
<i>Абрамов И.В., Иванов В.В., Филимонов В.Б., Мельников А.А., Копытин И.А., Мальков А.А., Огольцов И.А.</i> Хирургические методы повышения безопасности и эффективности выполнения липоабдоминопластики у пациентов с вентральными грыжами.	2
<i>Абрамов И.В., Иванов В.В., Филимонов В.Б., Мельников А.А., Копытин И.А., Мальков А.А., Огурлиева В.А., Байду Р.Г., Огольцов И.А.</i> Системный алгоритм периоперационного ведения пациентов с реконструкцией передней брюшной стенки.	3
<i>Аладьина В.А., Богданов С.Б.</i> Опыт выполнения пластики кожи лица одним полнослойным кожным аутоотрансплантатом.	3
<i>Алмазов И.А.</i> Закрытая сохраняющая ринопластика с риноскульптурой пьезо-аппаратом.	4
<i>Арутюнян Э.Г., Русецкий Ю.Ю., Истранов А.Л.</i> Применения биогерметика на основе α -цианакриловой кислоты в ринопластике.	4
<i>Афонина Е.А., Винник С.В., Торно Т.Э., Федоров А.В.</i> Опыт применения перфорантных SCIP-лоскута и ALT-лоскута для закрытия дефектов верхних конечностей.	5
<i>Байтингер А.В., Шнякин П.Г.</i> Эндоскопическая хирургия компрессионных нейропатий.	6
<i>Баранов Н.А., Ковалев Е.П., Масляков В.В., Коршунова Г.А.</i> Методика и результаты реплантации крупных сегментов конечностей.	6
<i>Боровикова А.А., Масленников И.В., Тамаров А.Н., Боровиков А.М.</i> Капсулопластика как способ коррекции ятрогенных деформаций молочной железы.	7
<i>Будейкина Л.С., Миндлин С.Н., Пряников П.Д., Чучкалова Ж.А., Хизниченко В.В.</i> Феминизация голоса: наш опыт.	8
<i>Буцан С.Б., Гущина М.Б., Салихов К.С., Сергеева В.Ю.</i> Результаты невротизации роговицы у пациентов с сочетанной патологией лицевого и тройничного нервов.	8
<i>Бякова Е.Н., Бяков Н.И.</i> Оригинальный способ лечения лопухости у пациентов младшего школьного и подросткового возрастных периодов.	9
<i>Важенина Н.Ю.</i> Опыт реабилитации пациентов в ранние сроки после пластических операций на лице.	10
<i>Васильев В.С., Васильев С.А., Васильев Ю.С., Васильев И.С., Казанцев И.Б., Терюшкова Ж.И.</i> Десятилетний опыт применения липофилинга в эстетической и реконструктивной хирургии груди.	10
<i>Васильев И.С., Васильев С.А., Васильев Ю.С., Васильев В.С., Карпов И.А.</i> Возможности липофиллинга в коррекции малярных мешков.	11
<i>Васильев М.Н., Искорнев А.А., Мамедов В.А., Макеенко Н.В., Этибарян А.В., Попов В.В.</i> Улучшение результатов лечения атрофических изменений мягких тканей лица.	11
<i>Венедиктов М.В., Глушко А.В., Самарина О.А.</i> Алгоритм принятия решений при первичной ринопластике, от закрытой к открытой и от сохраняющей к структурной.	12
<i>Винтаев В.Д., Габбасова И.В., Слетова В.А., Хатагов А.А., Локтионова М.В., Жидовинов А.В., Сулимкина М.А., Слетов А.А.</i> Замещение дефицита мягких тканей альвеолярного отростка расщепленным слизисто-надкостничным лоскутом на питающей ножке.	12

<i>Волчек И.А., Теряев А.С.</i> Исследование влияние различных концентраций барицитиниба на уровень янус киназы 1 (JAK 1)	13
<i>Воробьева Е.С., Бякова Е.Н.</i> Регенерация после пластических операций: рекомбинантные белки человека для здорового восстановления тканей ..	14
<i>Вторенко В.И., Мударисов Р.Р., Мнойн А.Х.</i> Эндоскопическая пластика диастаза прямых мышц живота в сочетании с пластикой различных грыж передней брюшной стенки	14
<i>Геркул Ю.А., Попов И.Б., Гуляев Д.А., Иванова Н.Е.</i> Хирургические аспекты в реабилитации пациентов с краниофациальной патологией	15
<i>Гладько О.В., Волчек И.А., Теряев А.С., Масюкова С.А., Скворцов С.В., Реброва О.М.</i> Селективный эффект барицитиниба в отношении мононуклеарных клеток в норме и у больных псориазом	16
<i>Горбунов А.С., Комаров Р.Н., Сидоренков Д.А., Каширина Е.П., Вычужанин Д.В., Моматюк Д.В., Стебловская В.А.</i> Применение стандартного доступа в выполнении мастэктомии по Madden с лимфаденэктомии для одновременной реконструкции молочной железы у больных раком молочной железы	17
<i>Грицюк А.М., Мариничева И.Г., Ганьшин И.Б., Мариничева Е.А.</i> Минимально инвазивный метод удаления полиакриламидного геля из мягких тканей голени	17
<i>Грищенко С.В.</i> Послеоперационная ретракция век: причины, способы коррекции и профилактика	18
<i>Грищенко С.В., Сенчихина О.А.</i> Важные составляющие успешного омоложения средней зоны лица – что такое хорошо и что такое плохо	19
<i>Гурьянов А.С., Гурьянов Р.А.</i> Реакция окружающих тканей на лицевые имплантаты	19
<i>Гурьянов Р.А., Старцева О.И.</i> Применение трехмерного сканирования для анализа результатов эндоскопического фронто-темпорального лифтинга	20
<i>Гущин А.В., Мантурова Н.Е., Косминкова И.Н., Рахимов А.Я., Боровиков А.М., Мишуриная Е.А., Бендосенко В.А.</i> Образовательные мероприятия с использованием анатомической диссекции, как важнейший этап обучения в ординатуре по специальности «пластическая хирургия»	21
<i>Гущина Н.В., Сарыгин П.В.</i> Оптимизация выбора метода хирургического устранения контрактур плечевых суставов у пациентов с последствиями ожоговой травмы	21
<i>Диков Ю.Ю., Рудаков О.С.</i> Первый опыт использования методики Custom Dual Plane и Internal Bra при выполнении аугментации молочных желез с занижением субмаммарной складки	22
<i>Диков Ю.Ю., Рудаков О.С.</i> Аугментационная мастопексия при птозе 3 степени: как получить стабильный результат с минимумом осложнений ..	23
<i>Дутова М.О., Давыдов Д.В., Лежнев Д.А.</i> Мультисрезовая компьютерная томография – инструмент планирования и контроля ринопластики	23
<i>Егорова О.Н., Белов Б.С.</i> Современный взгляд на идиопатический лобулярный панникулит	24
<i>Едомских-Колесникова А.С., Коморник Е.А.</i> Мой опыт коррекции периорбитальной области	24
<i>Жуков М.И., Стефкивская О.В.</i> Опыт хирургической коррекции осложненной аугментационной маммопластики при вторичном птозе	25
<i>Захидова С.Х., Мустафакулов Э.Б., Эльмурадов А.Н., Авазов А.А.</i> Особенности ненатяжной герниопластики при ущемленных вентральных грыжах	25

<i>Зиядинов А.А., Иванов С.И., Мельников Д.В., Венедиктов М.В., Старцева О.И.</i> Концепция лечения осложнений введения вазелина в молочные железы	26
<i>Иванов В.В., Филимонов В.Б., Мельников А.А.</i> Системные аспекты клинически ориентированной подготовки специалиста-пластического хирурга оперативным вмешательствам в учебной операционной Wet-Lab	27
<i>Иванов В.В., Филимонов В.Б., Мельников А.А., Абрамов И.В., Огольцов И.А.</i> Трансабдоминальная аугментация молочных желез: от хирургических технологий к здравому смыслу	27
<i>Иванов С.А., Ранкович А.Л., Артемчик К.С.</i> Опыт использования аллогенного реберного хряща для реконструкции наружного носа	28
<i>Исмаилова Д.С., Груша Я.О.</i> Косметические аспекты вовлечения орбиты при гранулематозе с полиангиитом (вегенера) на различных этапах воспалительного процесса	29
<i>Истранов А.Л., Исакова Ю.И., Плотникова М.В., Мхитарян О.А., Ибрегимова М.Р., Любченко А.В.</i> Симультанные операции в рамках феминизации лица	30
<i>Казанцев И.Б.</i> Двухплоскостной лифтинг бровей, как один из факторов успешной периорбитопластики	30
<i>Калиматова Д.М., Доброхотова Ю.Э.</i> Оценка эффективности применения радиочастотного воздействия в лечении вульвовагинальной слабости	31
<i>Карпетян Г.Э., Ратушный Н.А., Пахомова Р.А.</i> Профилактика и лечение контрактуры капсулы имплантов молочных желез	32
<i>Карпюк Д.В., Гилевич И.В., Хачмамук З.А., Карпюк В.Б.</i> Мезотерапия стромально-васкулярной клеточной фракцией жировой ткани в омолаживающей хирургии лица: оценка первых клинических результатов	32
<i>Карякина И.А., Базина И.Г.</i> Дифференцированный подход к устранению дефектов и деформаций мягких тканей лица	33
<i>Качкинбаев И.К.</i> Хирургическое изменение формы верхних век	34
<i>Качкинбаев И.К.</i> Этиология брылей, коррекция нижней трети лица	34
<i>Каширина Е.П., Комаров Р.Н., Вычужанин Д.В., Горбунов А.С.</i> Анализ феномена женской красоты в обществе	35
<i>Каюмходжаев А.А., Халмуратова М.К.</i> Отдаленные результаты пластики послеожоговых рубцовых дефектов головы и шеи аксиальными лоскутами	36
<i>Каюмходжаев А.А., Халмуратова М.К.</i> Сводные результаты пластики послеожоговых рубцовых дефектов головы и шеи	36
<i>Каюмходжаев А.А., Халмуратова М.К.</i> Сравнительные результаты пластики аксиальных лоскутов с микрохирургическими анастомозами и на естественной питающей ножке	38
<i>Клименко К.В., Беляев М.В., Кугушев А.Ю.</i> Реконструкция дефицита тканей крыла носа, смещенным кожным и свободно кожнохрящевым лоскутом	38
<i>Клименко К.В., Беляев М.В., Кугушев А.Ю.</i> Одномоментная аугментационная мастопексия и ее отдаленные результаты	39
<i>Клименко К.В., Колесников С.А.</i> Оптимизированный подход к улучшению отдаленных результатов коррекции периорбитальной области нижних век в комбинации с аутолипотрансферной волюмизацией	40
<i>Ковалёва К.А., Мельников Д.В., Венедиктов М.В.</i> Ветряная оспа в пластической хирургии: клинический случай	41

<i>Колыванов Г.А.</i>	
Случай одномоментного эндоскопического устранения посттравматической деформации лобной области и носа	41
<i>Кораблева Н.П., Лебедева Ю.В., Матевосян Е.Н., Жолтиков В.В., Цехмистро Я.В.</i>	
Анализ результатов в пластической хирургии тела: валидный опросник BODY-Q	42
<i>Коростелев М.Ю., Шихалева Н.Г.</i>	
Способ формирования двухуровневого лоскута передней брюшной стенки.	42
<i>Коршунов В.В., Калашникова И.В., Гринин В.М., Черкесов И.В.</i>	
Новый подход в лечении инфекционных осложнений при костно-пластических операциях	43
<i>Костецкий И.В., Голубков Н.А., Серов Р.Р., Мазур А.Е., Дунаев В.Д.</i>	
Внедрение общехирургического протокола тромбопрофилактики в рутинную практику отделения пластической хирургии.	43
<i>Костецкий И.В., Серов Р.Р., Голубков Н.А., Мазур А.Е., Дунаев В.Д.</i>	
Оценка эффективности протокола профилактики послеоперационной анемии у пациентов, идущих на реконструктивные и пластические операции	44
<i>Кочетков Р.И., Касаткин С.Е.</i>	
Симметрия молочных желез в оценке результата реконструктивно-пластической операции	44
<i>Крайтор А.С., Вербо Е.В., Буцан С.Б.</i>	
Особенности развития клинических симптомов и хирургической тактики у пациентов с радионекрозом тканей челюстно-лицевой области	44
<i>Красенков Ю.В., Елисеев Г.Д., Терехов М.Ю., Домбаев А.А., Склифасовский А.П.</i>	
Оценка эффективности применения липидоколлоидного перевязочного материала при ожогах IIIa степени	45
<i>Крылов В.В., Каландари А.А., Левченко О.В., Кутровская Н.Ю.</i>	
Декомпрессия орбиты у пациентов с эндокринной офтальмопатией – взгляд нейрохирурга.	46
<i>Кугушев А.Ю., Лопатин А.В., Грачев Н.С., Рещиков Д.А., Клименко К.В.</i>	
Реконструкция свода черепа у детей при удалении доброкачественных образований	46
<i>Кузьмичев П.П., Пинигин А.Г.</i>	
Применение аутожира в лечении детей, страдающих недержанием кала	47
<i>Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Красавина Е.А., Мухамедов М.Р.</i>	
Реконструктивный этап в хирургическом лечении больших раком языка.	47
<i>Лагутина А.А., Пряников П.Д., Рыбченко В.В., Старостин О.И., Коренькова С.С., Дятлова В.Е.</i>	
Восстановление мягких тканей шеи и гортани у ребенка с тяжелой электротравмой.	48
<i>Лесняков А.Ф., Кобзарь И.Г., Тарасевич А.Ф., Пилюян Е.А., Полуянцева Л.С., Строкова Е.В., Николенко О.Е.</i>	
Персонализированный подход при комплексной хирургической коррекции тела.	49
<i>Лей Я., Черкесов И.В., Коршунов В.В., Иванов С.Ю., Мураев А.А.</i>	
Контролируемая локальная гипотермия и индивидуальные лицевые маски, как новый подход в реабилитации пациентов после хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области	49
<i>Мариничева И.Г., Ганьшин И.Б., Мариничева Е.А.</i>	
Увеличение ягодиц имплантатами: повторные операции	50
<i>Медведев Ю.А., Петрук П.С., Куценко Р.В., Калинкина О.Н., Джиргалов О.В., Таривердиева Т.Т.</i>	
Реконструкция нижней челюсти с применением индивидуального эндопротеза у пациентов с бифосфонатным остеонекрозом	51
<i>Мензул В.А.</i>	
Инновационная система восстановительно-пластического закрытия утраченных кожных покровов у детей с ожоговой травмой.	52
<i>Миндлин С.Н., Фридландер Э.Ю.</i>	
Использование биологической модели (голова барана) для отработки навыков ринопластики	52

<i>Мисирханова М.И., Михайлюков В.М., Дробышев А.Ю.</i> Использование персонализированных цифровых протоколов планирования и хирургического лечения пациентов с аномалиями зубочелюстной системы	53
<i>Мисюрин Ю.В.</i> Влияние септопластики на изменение формы наружного носа	53
<i>Михайлюков В.М., Мисирханова М.И., Дробышев А.Ю.</i> Хирургическое лечение посттравматических дефектов и деформаций скуло-глазничного комплекса с использованием безрамной навигации	54
<i>Молотков Н.С., Мидов А.А., Мельников Д.В., Старцева О.И.</i> Тактика хирургического лечения олеогранулем ягодичной области	55
<i>Набиев Ф.Х., Либин П.В., Стародубцев Д.С.</i> Surgery first или двухэтапный протокол реабилитации пациентов с сочетанными деформациями челюстей и аномалиями окклюзии	56
<i>Нудельман Н.С.</i> Мастопексия: выбор метода – мой 6-летний опыт	56
<i>Обухов И.А.</i> Дистракционный метод в реконструктивно-пластической хирургии травматических ампутаций пальцев кисти	57
<i>Овсян И.М.</i> Упрощенный метод формирования кончика носа	58
<i>Омар Х.М.</i> Выбор реконструктивной или эстетической ринопластики при тонких хрящах, комбинирование методик (thin cartilage)	58
<i>Панасенко Е.И., Русецкий Ю.Ю.</i> Тактика при сочетании деформации наружного носа и хронического синусита	59
<i>Паршикова Ю.Е., Раненко Е.В., Володькина Т.А.</i> Особенности планирования оперативных вмешательств, направленных на коррекцию возрастных изменений век у пациентов, имеющих в анамнезе перманентный макияж периорбитальной области; применение пикосекундных лазерных методик для его удаления	59
<i>Петрова К.С., Карпенко А.А., Рябков М.Г., Богданова А.Е., Чернышев С.Н., Погодин И.Е.</i> Оценка возможности объективного определения глубины повреждения кожных покровов, толщины кожных пластов и их гистологического соответствия с помощью ОКТ	60
<i>Плаксин С.А., Храмова Н.И., Пономарев Д.Н., Соцков А.Ю.</i> Качество жизни и «образ тела» после аугментационной маммопластики	60
<i>Плешков А.С., Шаповалов С.Г., Кчеусо А.В., Юнусова Ю.Р.</i> Первый опыт использования двухслойной композитной матрицы для регенерации кожи при лечении критических ожогов	61
<i>Подберезина Ю.Л., Тимошенко В.А.</i> Использование трансареолярных доступов в хирургическом лечении пациентов с раком молочных желез	62
<i>Попова С.В., Поляков К.А., Медведев Ю.А., Сергеев А.Ю.</i> Оценка качества жизни пациентов с медикаментозным остеонекрозом челюстей после реконструктивно-восстановительных операций	63
<i>Потемкин В.В., Гольцман Е.В.</i> Дозированная резекция тарзальной пластинки в трансконъюнктивальной хирургии инволюционного блефароптоза ..	64
<i>Поцхверашвили Л.П., Протасов К.А.</i> Липофиллинг в женской интимной зоне	64
<i>Праздников Э.Н., Евсюкова З.А.</i> Новый подход к лечению целлюлита: малоинвазивный хирургический метод дефиброзирования кожи и ПЖК под тумесцентной анестезией	65

<i>Пржедецкий Ю.В., Сагакянц А.Б., Пржедецкая В.Ю.</i> Различия иммунологических реакций при использовании имплантатов с текстурированным и полиуретановым покрытием	65
<i>Протасов К.А., Поцхверашвили Л.П.</i> Органосохраняющая подтяжка молочных желез	66
<i>Прудникова Д.К., Мельников Д.В., Малыгин С.Е.</i> Эксплантация, современное состояние проблемы	67
<i>Пухов А.Г., Мазанова А.Р.</i> Одномоментное протезирование молочных желез после удаления ПААГ	67
<i>Решетов И.В., Закирова А.А., Юдин Д.К.</i> Реконструкция при субтотальных и тотальных дефектах языка реиннервированными лоскутами: клинические примеры, тактика и оценка результатов лечения	68
<i>Решетов И.В., Мошетьева Л.К., Митиш В.А., Рубан К.М.</i> Междисциплинарный подход к лечению множественных укушенных ран	68
<i>Русецкий Ю.Ю., Чернова О.В.</i> Сравнительный анализ эффективности техник стабилизации кончика при ринопластике	69
<i>Рябков М.Г., Бугрова М.Л., Петрова К.С., Егорихина М.Н., Широкова И.Ю., Бесчастнов В.В.</i> Лизис липотрансплантата и резидентной жировой клетчатки в очаге хирургической инфекции: клинически значимые различия	69
<i>Савельев Е.И.</i> Опыт хирургической коррекцииптоза молочных желез с использованием имплантов	70
<i>Саидова З. Т-А., Шток А.В., Цыганов С.Е., Добровольский Г.Ф.</i> Реиннервация мимической мускулатуры с использованием ипсилатеральной жевательной ветви тройничного нерва и кросс-лицевой аутотрансплантации с контралатеральной щёчной ветвью с применением икроножного нерва голени (поэтапное моделирование техники на трупном материале)	71
<i>Саприна О.А.</i> Возможности использования островкового слизисто-мышечного лоскута на лицевых сосудах в реконструктивной хирургии полости рта при злокачественных опухолях	71
<i>Саутин М.Е.</i> Реконструкция ногтевого ложа при травмах дистальной фаланги	71
<i>Свиридов С.В.</i> Аспекты реабилитации пациентов после массивной комбинированной липосакции высокой точности	72
<i>Слуцкая А.В.</i> Использование тренажера RhinoSeptoPro для отработки практических навыков в ринопластике	73
<i>Слуцкая А.В., Магомедова А.М.</i> Хирургическое изменение высоты голоса	73
<i>Соколова Е.В., Манашева Е.Б., Соколова Д.Г.</i> Миофасциальный болевой синдром лица, возникший после фронто-темпорального лифтинга	74
<i>Сорвин В.А., Шипика Д.В., Заборовский В.В., Кабычкин И.А., Аллаяров Х.Т.</i> Анализ интраоперационных осложнений в ортогнатической хирургии	75
<i>Столярж А.Б., Куленков А.И., Пильников А.А., Джабраилов А.Ш., Москаленко В.В., Арутюнян Д.М.</i> Опыт применения кровоснабжаемого кожно-жирового лоскута на поверхностной надчревной артерии при обширных дефектах мягких тканей	75
<i>Столярж А.Б., Куленков А.И., Пильников А.А., Джабраилов А.Ш., Москаленко В.В., Корытин В.С., Арутюнян Д.М.</i> Применение кровоснабжаемого фрагмента надкостницы в лечении ложных суставов после огнестрельных переломов длинных трубчатых костей	76

<i>Столярж А.Б., Куленков А.И., Пильников А.А., Тетерин Д.К., Бузель И.Г., Горбунов Ю.И., Москаленко В.В.</i> Методы выбора лечения при замещении дефектов костных структур конечностей на фоне хронического остеомиелита	76
<i>Столярж А.Б., Тетерин Д.К., Котюх А.В., Горбунов Ю.И., Бузель И.Г., Кузнецова Л.В.</i> Использование TRAM-лоскута после обширной флегмоны паховой области и области передней поверхности бедра	77
<i>Столярж А.Б., Тетерин Д.К., Котюх А.В., Горбунов Ю.И., Кузнецова Л.В.</i> Определение тактики лечения пролежней покровных тканей у спинальных больных и особенности подготовки раны	78
<i>Тамаров А.Н., Маржохов А.А., Боровикова А.А., Боровиков А.М.</i> Сочетание абдоминопластики с циркулярной липосакцией тела: особенности отбора пациентов, планирования, хирургической методики и послеоперационного ведения	78
<i>Твердова Д.В., Катаев М.Г., Сахнов С.Н.</i> Хирургическая коррекция заворота при отсутствии заднего ребра века	79
<i>Тихонова О.А., Мокеев О.А., Романов И.Н., Рябков М.Г.</i> Взаимодействие клиник пластической и общей хирургии в многопрофильном стационаре: экономический эффект и клинические результаты	79
<i>Турсуналиев А. А.</i> Эффективность аутодермопластики в ургентной хирургии	80
<i>Ухин С.А., Мельников Д.В., Иванова А.Н., Арутюнян Н.Э., Прудникова Д.К.</i> Реконструкция груди у пациентки с парапротезной флегмоной и контактным остеомиелитом ребер после аугментационной маммопластики (клиническое наблюдение)	81
<i>Федосов С.И.</i> Оригинальный подход к коррекции аплазии молочных желез	81
<i>Федосов С.И.</i> Значение динамометрического измерения силы леватора при птозе верхнего века	82
<i>Филатова И.А., Павленко Ю.А., Шеметов С.А., Боровкова Н.В., Пономарев И.Н.</i> Применения богатой тромбоцитами плазмы при хирургическом лечении рубцовых деформаций век с пересадкой свободного кожного лоскута	83
<i>Филиппов В.Л., Топыркин В.Г., Богов А.А., Ханнанова И.Г., Муллин Р.И.</i> Лечение ложных суставов ладьевидной кости	84
<i>Фортуна Э.Ю., Бузу Д.Г., Верега Г.М.</i> Болезнь Дюпюитрена – особенности хирургического вмешательства	84
<i>Фролов С.В., Грачев Н.С., Зябкин И.В., Полев Г.А., Магомедова А.М., Атаева Д.М.</i> Риносептопластика у подростков	85
<i>Хатагов А.А., Габбасова И.В., Винтаев В.Д., Слетова В.А., Локтионова М.В., Жидовинов А.В., Хасани А.М., Слетов А.А.</i> Оптимизация остеоиндуктивного потенциала репаративной регенерации костных дефектов краниофациальной локализации субстратами хондропротекторного действия	85
<i>Храмцова Н.И., Плаксин С.А., Пономарев Д.Н., Соцков А.Ю.</i> Динамика показателей метаболизма после липосакции	86
<i>Храмцова Н.И., Плаксин С.А., Соцков А.Ю., Пономарев Д.Н.</i> Инструменты для выявления синдрома дисморфофобии в практике пластического хирурга	86
<i>Чагунава О.Л., Романенков Н.С., Скурихин С.С., Кораблева Н.П., Некрасов А.А., Цехмистро Я.В.</i> Возможности технологий пластической хирургии при оказании медицинской помощи больным раком молочных желез, перенесшим мастэктомию	87
<i>Чкадуа Т.З., Висаитова Э.Ю., Верещагина Н.В.</i> Анализ результатов хирургического лечения пациентов с рецидивами опухолей околоушной слюнной железы	88

<i>Чкадуа Т.Э., Висаитова Э.Ю., Ибрагимова Х.М.</i> Устранение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области у пациентов с гемиатрофией вследствие склеродермии с использованием метода липофилинга	89
<i>Шакиров Б.М., Исмати О.Ф., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р.</i> Наш опыт пластической хирургии при травмах коненостей	89
<i>Шихалева Н.Г.</i> Применение чрескостного остеосинтеза по илизарову при лечении пациентов с ложными суставами и дефектами трубчатых костей кисти	90
<i>Щёлокова Е.Б., Егоров В.И., Алимова Ш.Б.</i> Ботулотоксин, носогубные складки и вазомоторный ринит	91
<i>Этибарян А.В., Искорнев А.А., Васильев М.Н.</i> Выбор метода хирургической коррекции возрастных изменений верхней трети лица – первые результаты	91

РАЗДЕЛ II КОСМЕТОЛОГИЯ

<i>Безуглый А.П., Белков П.А., Безуглый Н.А.</i> Детекция и определение типа филлера методом высокочастотной ультразвуковой визуализации	92
<i>Бортейчук А.В.</i> Противодействие лже-косметологии	93
<i>Васильева Е.В.</i> Тредлифтинг височной области: опыт работы нитями из 100% полимолочной кислоты	93
<i>Воробьева Е.С., Афанасов И.М., Стенько А.Г.</i> Рекомбинантные факторы роста как инструмент безопасной регенерации и профилактики осложнений	94
<i>Евсюкова З.А., Праздников Э.Н.</i> Стрии: принципиальные моменты патогенеза как основа эффективного лечения в личной практике	94
<i>Демина О.М., Потеекаев Н.Н., Карпова Е.И., Косталевская А.В.</i> Значение коллагенопатий при коррекции инволютивных изменений кожи	95
<i>Казакова С.Н., Тетерина Т.А., Аполихина И.А.</i> Эффективность ДКРЧ в лечении стрессового недержания мочи легкой степени у женщин	96
Четкий овал лица за одну процедуру!	96
<i>Качкинбаев И.К.</i> Этиология брылей, коррекция нижней трети лица	97
<i>Касьянов А.А., Первых С.Л.</i> Ультраструктурные изменения потовых желез при введении ботулотоксина типа А для коррекции локализованного гипергидроза	98
<i>Лапаева Н.С.</i> Стратегия междисциплинарного подхода к лечению рубцовых состояний кожи на примере клинических случаев	98
<i>Мананкина Д.П.</i> Сочетанное применение в одной процедуре Q-switch ND:YAG лазера 1064 нм и инфракрасного термолифтинга 1300 нм в курсе процедур	99
<i>Паскевич П.В., Сорокина К.Н., Дьяченко Е.В., Уфимцева М.А.</i> Подростковая косметология, как инструмент в решении психосоциальных проблем в пубертатный период	99
<i>Потеекаев Н.Н., Борзых О.Б.</i> Снижение рисков развития осложнений в косметологии у пациентов с дисплазией соединительной ткани	100

УДК 61

ББК 54.5

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Юбилейного X Национального конгресса ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ, ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И КОСМЕТОЛОГИЯ

12—14 декабря 2021 года

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:
Ассоциация «МДМА»

Сдан в набор 01.12.2021. Подписано в печать 03.12.2021. Бум.офсет 205x290x8.

Гарнитура Bliss Pro. Печать офсетная. Тираж 500 экз.

Ассоциация «МДМА», 117452, г. Москва, Чонгарский бульвар, д.9, тел. +7 (495) 174-70-07

ISBN 978-5-6042898-5-3



9 785604 289853