



XI Национальный конгресс
с международным участием
имени Н.О. Миланова

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ,
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
И КОСМЕТОЛОГИЯ

Центр Международной Торговли
Москва
29 ноября — 1 декабря 2022 года

Реконструкция формы
Управление временем

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

РАЗДЕЛ I. ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

АУГМЕНТАЦИЯ ПТОЗИРОВАННЫХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ БЕЗ МАСТОПЕКСИИ

Авдеев А.Е., Шаробаро В.И., Борисенко А.С., Панаев А.А.
*Сеченовский Университет Кафедра Пластической Хирургии
Института Клинической Медицины им. Н.В.Склифосовского,
Москва*

Одной из основных проблем, стоящих перед пластическим хирургом при аугментации птозированных молочных желез, являются дилеммы выбора: 1. Делать мастопексию при протезировании или не делать? 2. Делать мастопексию и протезирование одновременно или разделить на этапы? 3. Если делать, то при какой степени птоза есть шанс, что пациентка останется довольна результатом и в дальнейшем все будет хорошо? 4. Если не делать мастопексию, то какой размер и форму имплантата выбрать и какую хирургическую технику применить. Чаще всего при птозированной железе мы видим избыточно растянутый кожный чехол, западение верхнего полюса с проваливанием тела железы в нижний полюс и как правило, деформацию САК. В этой ситуации вроде бы безальтернативным вариантом является мастопексия. Но многие пациентки не хотят послеоперационных рубцов по всей железе, они хотят «стоячую» грудь с наполненным верхним полюсом. Без шрамов. Причем с долгосрочным результатом. Так можем ли мы в определенных случаях обойтись без мастопексии? Пытаясь ответить на эти вопросы, на основании ранее проведенных операций мы для себя сделали некоторые неутешительные выводы: 1. Состояние молочной железы зависит от индивидуальных особенностей структуры соединительной ткани. 2. Если грудь уже птозирована, никакая работа с паренхимой молочной железы (выкраивание лоскутов, подшивание и т.д.) не даст стабильности во времени. Железа неминуемо будет опускаться. Скорость послеоперационного птоза будет зависеть от массы имплантата и свойств соединительной ткани. Тем не менее, мы предлагаем свой вариант стабилизации молочной железы при первой степени птоза или при псевдоптозе с протезированием и без мастопексии. Основная цель: Восстановить и стабилизировать форму молочной железы с наполненным верхним склоном на как можно более длительный срок, без дополнительных разрезов. При этом исключить такие послеоперационные проблемы как двойной пузырь (Double-bubble) и водопад (Waterfall). Один из важных этапов — это предоперационное планирование с правильным выбором формы и объема имплантата. Чтобы пациентка понимала, и ее устраивало то, что ее ждет «на выходе». Иными словами, мы пытаемся соотнести желания пациента с нашими возможностями. И если приходим к консенсусу, приступаем к работе. Мы предлагаем следующий алгоритм операции: 1. Полная и Высокая мобилизация молочной железы от большой грудной мышцы 2. Формирование подмышечного кармана для имплантата с отсе-

чением нижнего прикрепления мышцы по технике Dual Plane, в некоторых случаях Split Dual Plane 3. Рассечение задней капсулы (глубокого листка фасции Scarpa) молочной железы с задачей нарушить ее положение в «мешочке» и в последующем «разложить» в новом положении на мышце и имплантате 4. Прошивание наружного края отсеченной мышцы на длинную рассасывающуюся нить 2/0, 0. 5. Установка имплантата 6. Распределение мышцы над имплантатом с натяжением и подшиванием ее ранее наложенным швом к фасции в зоне субмаммарной складки. Важно! С приведенными к туловищу руками 7. Смещение ранее мобилизованного кожно-железистого блока вверх с распределением железы по мышце и имплантату 8. После ушивания операционной раны фиксация железы в новом положении тейпами с фиксацией 4-5 недель. Таким образом, мы получаем новое, более высокое положение молочной железы, разложенной и фиксированной неорубцами в новой позиции, при этом наполняющее верхний склон.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСИРОВАННОГО ЛИФТИНГА ЛИЦА

Авдеев А.Е., Шаробаро В.И., Борисенко А.С., Алимова С.М.
*Сеченовский Университет Кафедра Пластической Хирургии
Института Клинической Медицины им. Н.В.Склифосовского,
Москва*

Актуальность: Мы наблюдаем тенденцию, что за омолаживающими операциями на лице, обращаются все более молодые пациенты с одновременным запросом на «незаметность» послеоперационных рубцов. Это заставляет пластических хирургов разрабатывать и внедрять в свою практику новые методы оперативных короткорубцовых техник пластики лица. Последние десятилетия озаменовались внедрением в практику эстетической хирургии такими инновационными методиками как эндоскопический поднадкостничный лифтинг верхней и средней трети лица (Oscar M. Ramirez 1998, Gregory S. Keller, 1997), Короткорубцовая техника MACS Face Lift (P. Tonnard, A. Verpaele, S. Monstrey 2002), Скользящая подтяжка лба и бровей (Fausto Viterbo). С 2006 года мы тоже, озаботившись этим вопросом, начали разрабатывать методику короткорубцовой эндоскопической подтяжки всего лица, что в результате получило название Тайного лифтинга лица. Данный вариант хирургической подтяжки лица показан пациентам с начальными проявлениями опущения мягких тканей всех зон лица, когда общий избыток кожи не критичен для выполнения впереди и позади ушного разреза. Когда начинает скелетизироваться Нижние-орбитальная зона, формируется слезная и углубляется носогубная складки. Когда начинает контурироваться малярная жировая подушка, формируются «брыли» и подвисает подбородок. Когда пациент приходит к вам, берет себя за скуловую зону, поднимает ткани вверх

и говорит: доктор, мне вот так, немного! Вот это самое немного, как правило, самый сложный вариант для хирурга. **Материалы и методы:** Для выполнения данного вида оперативного пособия необходима эндоскопическая Аппаратура и Инструменты. Так как большая часть операции выполняется с эндоскопическим ассистированием. Перед операцией выполняется разметка линии разреза в волосистой зоне височной области. Маркируются: скуловая дуга и ее переход в скуловую кость, зона отслойки кожно-жирового лоскута, линия пликация SMAS. Под общей или местной анестезией с внутривенной седацией, выполняется разрез в волосистой зоне височной области с дальнейшей диссекцией кожно-жирового лоскута над SMAS, по ранее отмеченным границам, включая подбородочную зону. Таким образом, мы получаем достаточно мобильный кожно-жировой лоскут. После гемостаза, с применением эндоскопических инструментов, прошиваем malar fat pad с поднятием последней и фиксацией к височному апоневрозу. Далее выполняем вертикальную пликацию SMAS по линии, от угла рта до мочки уха, при этом полностью нивелируем «брыли» и поднимаем платизму, тем самым улучшая контур шейно-подбородочного угла. На завершающем этапе накладываем удерживающие подвешивающие швы SMAS – скуловая дуга или височный апоневроз. Выполняем вертикальную (в некоторых случаях вертикально-медиальную) тракцию кожно-жирового лоскута. «Излишек» волосонесущего кожно-жирового лоскута отсекаем. Устанавливаем вакуум дренаж. Фиксируем кожно мышечный лоскут к глубокой височной фасции, и при помощи кожного степлера ушиваем рану. **Заключение:** Применяя описанную методику, мы получаем подъем всей Нижние-орбитальной зоны с малярной подушкой, тем самым, разглаживая слезную борозду, уменьшая выраженность носогубной складки и восстанавливая объём скуловой зоны. Убираем «брыли» и подчеркиваем овал лица с контурированием шейно-подбородочного угла. Иными словами, выполняем то, о чем нас просил пациент. При этом, на лице не остаётся послеоперационных рубцов, кроме рубца в волосистой зоне височной области, который можно найти, только разведя волосы. Как результат: пациенты довольны, а окружающие видя прекрасное «преображение», и не видя «последствий» операции в виде рубцов, не могут понять, что за секретные методы омоложения были применены.

НОВЫЙ ПОДХОД К КОЖНО-КОСТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПАЛЬЦА КИСТИ

Александров Н.М., Вешаев И.Д., Купцов Д.А.
ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, Нижний Новгород

Цель исследования-изучить возможности реконструкции пальца кисти с использованием кровоснабжаемых кожно-костных трансплантатов из трубчатых костей. Задачи исследования: 1) провести топографо-анатомические исследования сосудов тыльной области стопы для определения критериев их пригодности в качестве источника кровоснабжения; 2) разработать новый подход к кожно-костной реконструкции пальца; 3) изучить состояние костного остова сформированного кожно-костного пальца в отдаленные сроки после операции; 4) изучить функциональные результаты лечения в ближайшие и отдаленные

сроки после операции. **Материалы и методы.** Кожно-костная реконструкция пальца с применением прецизионной техники выполнялась у 12 больных, кожно-костная реконструкция четвертой пястной кости и реконструкция первого пальца пересадкой второго пальца стопы выполнена у одного больного, кожно-костная реконструкция четвертой пястной кости и реконструкция первого пальца пересадкой культи пальца противоположной кисти у одного больного, кожно-костная реконструкция первого пальца на одной кисти и реконструкция первого пальца на другой кисти перемещением культи второй пястной – также у одного больного. Средний возраст пациентов составил $28,77 \pm 3,02$ лет, а средние сроки с момента травмы до начала реконструктивного лечения – $338,62 \pm 85,37$ дней. В общей сложности этим методом было восстановлено 15 пальцев. Пересадка кожно-костного трансплантата из второй плюсневой кости выполнена в 12 случаях, малоберцовой кости – в 3. Нами разработан новый подход к реконструкции пальца кисти, основанный на использовании несвободных кожно-жировых лоскутов для восстановления его мягких тканей, а костной основы – пересадки кровоснабжаемого кожно-костного трансплантата на микрососудистых анастомозах. На основании этого подхода нами разработан способ восстановления локтевого края кисти при тотальном или субтотальном отсутствии 2-5 лучей (патент № 2061425) (патент РФ №2725966). Известные способы пересадки II плюсневой кости нельзя применить при тотальных дефектах мягких тканей и костного остова лучевого края кисти, так как они не обеспечивают формирование первого пальца адекватной длины и создание области тенара. Разработан способ реконструкции первого пальца при тотальных дефектах лучевого края кисти (патент РФ № 2534851 от 07.10.2014 г.). Способ заключается в формировании мягких тканей лучевого края кисти за счет пересадки несвободного кожно-жирового лоскута, пересадке в сформированный мягкотканый остов сегмента второй плюсневой кости с сигнальным лоскутом с последующей дистракцией. **Результаты.** Все пересаженные кожно-костные лоскуты прижили, донорские раны зажили первичным натяжением. Кровоснабжение пальцев донорской стопы после забора трансплантата оставалось адекватным. Отдаленные результаты оценены у 7 пациентов по методике А.Е.Белюсова, усовершенствованной нами. Получены отличные (1), хорошие (2), удовлетворительные (4) результаты. Результаты рентгенометрии: длина трансплантата после операции – $5,12 \pm 0,65$ мм; в отдаленные сроки – $4,71 \pm 0,76$ мм. Ширина дистального конца трансплантата после операции – $0,92 \pm 0,07$; в отдаленные сроки после операции – $0,82 \pm 0,08$. Отмечается достоверное уменьшение ширины дистального конца трансплантата при сравнении послеоперационных данных с измерениями отдаленного периода ($P=0,004$), а также сравнении данных ближайшего и отдаленного периодов ($P=0,018$). По нашим данным, операция показана при наличии тыльной плюсневой артерии диаметром не менее 1мм, независимо от ее расположения. **Выводы.** Разработанный подход позволяет достичь вполне приемлемые результаты при различных уровнях отсутствия пальца и типах дефектов кисти, обеспечивает устойчивость костного остова к процессам резорбции, уменьшает травматичность и длительность операции, минимизирует донорский изъян за счет сохранения пальцев на стопе.

СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ОЛЕОГРАНУЛЕМ

Алешина О.Н., Адамян Р.Т., Кибалина Н.И.
ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского, Москва

Введение: хирургическое лечение осложнений, возникающих в результате контурной или увеличивающей коррекции с помощью препаратов на основе вазелинового масла ведет к закономерному появлению обширных дефектов в различных областях тела. В условиях современного развития методик восстановительных оперативных вмешательств, повышающих требования к алгоритмам проведения реконструктивных операций, используется метод микрохирургической аутоотрансплантации тканей. Привнесение в область дефекта достаточного количества пластического материала позволяет осуществить эффективное закрытие, восстановить функцию пораженной части тела. Цель: описать методику проведения периоперационной подготовки и хирургических вмешательств у пациентов с олеогранулематозными изменениями мягких тканей, полученными в результате введения препаратов на основе вазелинового масла в ткани организма. Материалы и методы: прооперировано 5 пациентов (4 женского пола и 1 мужского пола), средний возраст: 26,3 лет, диапазон: 20-35 лет, имевших деформации и язвенные дефекты, полученные в результате введения вазелинового масла в область молочных желез, голеней, ягодиц, полового члена. Всем пациентам были проведены реконструктивно-пластические операции по удалению олеогранулем и пораженных тканей и одномоментное закрытие образовавшихся интраоперационно обширных дефектов. Результаты: у двух пациенток была выполнена микрохирургическая пересадка торадорсального лоскута в реципиентную область на голени. Одному пациенту первым этапом одномоментно удалили олеогранулемы в области полового члена и закрыли дефект скротальными лоскутами. Вторым этапом была проведена моделировка и аутоотрансплантация в область дефицита мягких тканей тела полового члена торакодорсального лоскута. Двум пациенткам с олеогранулематозной патологией молочных желез и области ягодиц выполнено удаление пораженных участков, пластика местными тканями. Все пересаженные лоскуты прижились. Осложнений в области забора аутоотрансплантатов не наблюдалось. У всех пациентов получен хороший эстетический и функциональный послеоперационный результат. Заключение: реконструктивно-пластические операции по устранению последствий введения вазелинового масла, должны включать в себя одномоментное удаление олеогранулем, максимальное удаление пораженных участков и одномоментное восполнение дефицита тканей, ряд диагностических периоперационных исследований, восстановление приемлемых функциональных и эстетических результатов с целью качественной социализации пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ШЕИ

Алимова С.М., Шаробаро В.И., Трутьев В.П.
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение. Несмотря на активное развитие диагностических процедур и манипуляций в эстетической хирургии, они не столь востребованы и актуальны. Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) – одна из разновидностей компьютерной томографии, широко применяющаяся в стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии для оценки костных структур и диагностики заболеваний челюстно-лицевой области. Однако при хирургической коррекции возрастных изменений мягких тканей лица и шеи с целью визуализации мягких тканей методы лучевой диагностики не применялись. Состояние мягких тканей и степень их участия в формировании деформации являются крайне важными при коррекции возрастных изменений. Именно на основании объективной оценки возможно планирование лечения с целью устранения возрастных изменений.

Пациенты и методы. Проведен проспективный анализ исследования и лечения 33 пациентов, которым была выполнена хирургическая коррекция возрастных изменений мягких тканей лица и шеи, находившихся в клинике пластической хирургии Сеченовского Университета в период с января по ноябрь 2022 года. Возраст пациентов варьировал от 32 до 64 лет. Пациентов женского пола 31 (94%), мужского 2 (6%). Пред- и послеоперационное исследование проводилось с помощью денального томографа Volux55 фирмы Genogay. В вертикальном положении тела пациента визуализировали мягкие ткани средней и нижней трети лица, шеи с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии. Горизонтальную линию лазерного луча выставляли по линии смыкания губ, вертикальную – по линии, проходящей через козелок ушной раковины. Плоскости сканирования, ориентированные на анатомические структуры, а именно (горизонтальная – линия смыкания губ, вертикальная в проекции козелка ушной раковины), обеспечивают стандартизацию исследования, проводилось сканирование средней и нижней трети лица, шейно-подбородочного угла, преимущественно, с размером фотографии 16х14 см, это позволяет визуализировать все мягкие ткани лица и шеи. Изменив параметры для визуализации мягких тканей, а именно толщину слоя, шаг сканирования, условия сканирования удалось найти оптимальные параметры: толщина слоя – 5 мм, шаг сканирования 5 мм, напряжение на трубке 60 к ВР, сила тока 12mA, экспозиция 29 сек. Исследование позволило визуально определить степень провисания мягких тканей в области нижней трети лица, подбородочной области. При исследовании на изображении КЛКТ (сагиттальная проекция) четко визуализировались краевые поверхности кожи – нос, подбородок, шея; на фронтальной – латеральные поверхности лица и шеи (этот факт позволил нам не прибегать к дополнитель-

ному искусственному контрастированию), причем четко дифференцированы такие рентгенанатомические структуры, как кожа, подкожно-жировая клетчатка и мышцы, их морфологические параметры и особенности.

Результаты. Были определены оптимальные условия проведения исследования: вертикальное положение тела пациента, условия сканирования, топические ориентиры. Проведенные исследования позволили получить объективную картину состояния тканей, определены показания и объем хирургического вмешательства в зависимости от результатов исследования при помощи КЛКТ. При толщине жировой ткани в нижней трети лица, превышающей толщину жировой ткани в области подбородка и шеи в 1,5-3 раза, провисании *m. platysma* и кожи над ней проводили латеральную платизмопластику и липосакцию по контуру нижней челюсти с 2 сторон. При толщине жировой ткани в подбородочной области 0,5–1,5 см проводили липосакцию. При толщине жировой ткани 1,6–2,0 см в подбородочной области и провисании кожи шеи проводят липосакцию подбородочной области, перемещение и фиксацию мобилизованного кожно-мышечного лоскута боковой поверхности лица и шеи.

Заключение. КЛКТ позволяет объективно визуализировать и дифференцировать состояние и положение мягких тканей (жировая клетчатка, мышцы, кожа), непосредственно участвующих в возрастных изменениях лица и шеи, а также определять объем и метод хирургической коррекции.

ИНТРАДЕРМАЛЬНЫЕ ШВЫ В РИНОПЛАСТИКЕ

Алмазов И.А.

Клиника Атрибьют, Санкт-Петербург

Резюме Введение Закрытие мертвых пространств остается важным принципом в хирургии разных направлений, в том числе пластической эстетической хирургии. Так при абдоминопластике получает распространение швы Progressive Tension Sutures и при подтяжке лица швы Освальда. Использовании сквозных съёмных швов, закрывающих мертвые пространства в области кончика носа также находят применение в современной ринопластике, однако они могут быть причиной стойких следов рубцевания кожи. Цель: Описанный метод подразумевает отсутствие контакта нити с поверхностью кожи носа при DSC кончика путем интрадермального прошивания мягких тканей с фиксацией нити на внутренней поверхности крыла носа, а также сквозное прошивание через термопластовую лангету областей связки скрол и латеральных ножек крыльных хрящей. Методы: всего 204 пациента (женщины 193, мужчины 11) были прооперированы с использованием техники интрадермальных швов с января 2020 сентябрь 2022 гг. Данные оценены ретроспективно. Использован валидизированный опросник для пациентов, который заполнялся до и через 12 месяцев после операции. В течение послеоперационного периода все пациенты были сфотографированы на фотокамеру в стандартных проекциях на 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции. Фотографии оценивались двумя независимыми пластическими хирургами. Результаты: Межфакторная надежность для анализа эстетических результатов показала существенное согласие (94,6% согласия, Fleiss Карра =

0,704). Результаты опроса по опросник SHNOS показали, что 95% пациентов были удовлетворены ринопластикой. Выводы Описанный метод закрытия мертвых пространств носа позволяет избежать риска формирования следов от лигатур и рубцевания на коже носа. Ограничение применения техники: увеличение времени операции, неадекватное прошивание мертвого пространства при неправильном проведении иглы-проводника, при тугом затягивании нити на лангете, возможно сдавление и повреждение кожи.

СКОЛЬЗЯЩИЙ ЛИФТИНГ ЛБА ИЗ ПАЛЬПЕБРАЛЬНОГО ДОСТУПА

Алмазов И.А.

Атрибьют, Санкт-Петербург

Резюме Введение Подтяжка бровей является довольно распространённой операцией. Существуют различные методики ее выполнения. В последнее время на западе распространение получает методика скользящего лифтинга лица из нескольких разрезов в волосистой части головы. Цель: Оценить эффективность метода, который подразумевает выполнение подтяжки лба и бровей через доступ для верхней блефаропластики. Методы 34 пациента (женщины 32, мужчины 2) были прооперированы с использованием данной техники с марта 2020 август 2022 гг. Данные оценены ретроспективно. Использован валидизированный опросник для пациентов, который заполнялся до и через 12 месяцев после операции. В течение послеоперационного периода все пациенты были сфотографированы на фотокамеру в стандартных проекциях на 1, 3, 6, и 12 месяцев после операции. Результаты: Результаты опроса по опроснику FACE Q показали, что 90% пациентов были удовлетворены результатом операции. Выводы Описанный метод скользящего лифтинга оправдан в сочетании с верхней блефаропластикой позволяет добиваться хороших эстетических результатов в омоложении верхней зоны лица, а также улучшать форму и позицию бровей. Он позволяет выполнять подтяжку лба и бровей в подкожном слое. Ограничение применения техники: риск перфорации кожи при отслойке, гипостезия области операции в течение двух месяцев.

ОТЛИЧИЕ ТЕХНИК ЕВРОПЕЙСКОЙ И АЗИАТСКОЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ

Алыбаев М.Э.

Многопрофильный медицинский центр Medcenter.kg, Бишкек

Около 20-25 лет назад на просторах СНГ для пациентов и хирургов целью азиатской пластики век была «Европеизация». Однако со временем люди поняли, что европеоидные веки делают азиатских пациентов довольно неестественными. В связи с чем техники операций, подходы к красоте Азиатских век медленно менялись, оттачиваясь и с каждым разом становясь все лучше и лучше. Все это послужило причиной для нового скачка в развитии эстетических операций параорбитальной зоны, тенденция сместилась в сторону уникальных красивых нормальных идеалов азиатов. Чтобы создать красивое азиат-

ское веко, необходимо глубокое понимание анатомии азиатского века. В связи с чем мы сосредоточились на сравнении анатомических структур верхних век европейцев и азиатов, подробно изучили отличия техник и выделили ключевые моменты каждой из них что несомненно послужит отличным пособием для получения оптимальных результатов как при Азиатской, так и при Европейской блефаропластики.

МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Андреева В.В., Решетов И.В., Коган Е.А.

Кафедра онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии ФGAOУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Россия, Москва

В литературе проводится клинко-морфологический анализ различных рубцовых поражений кожи, в основном посттравматического происхождения. По данным ВОЗ, только после травм и хирургических вмешательств более чем у 100 млн. пациентов остаются рубцы разной площади и локализации. При этом, особый интерес вызывают келоидные и гипертрофические рубцы в области головы и шеи, как из-за эстетического дискомфорта, так и нарушенной функции органа, вызывая деформацию мягких тканей. Кроме того, повышенное внимание заслуживают рубцовые деформации в области головы и шеи. Целью исследования явилось изучение морфогенетических патогенетических особенностей гипертрофических и келоидных рубцов головы и шеи. Материал и методы исследования: проведено открытое контролируемое проспективное многоцентровое исследование 286 пациентов женского (184 (64,3%)) и мужского пола (102 пациента (35,7%)) с рубцовыми поражениями головы и шеи (соотношение женщин и мужчин 1,8/1). Из 286 пациентов 176 (61,5%) больных обратились с гипертрофическими и 110 (38,5%) с келоидными рубцами. Длительность заболевания составляла от 1 месяца до 2 лет. Рубцы имели площадь 1—12 см². Распределение локализации очага у пациентов с гипертрофическими и келоидными рубцами в области головы и шеи. Для ИГХ исследования изготавливались серийные парафиновые срезы толщиной 4 мкм, расположенные на стеклах, покрытых полилизинным слоем (Menzel Glaser Polylysine, Германия). Реакции проводились в соответствии с международными рекомендациями. Обсуждение Таким образом, проведенное исследование показало, что в гипертрофических рубцах активное участие принимает TGF- β , стимулирующие процессы склероза. Незрелые гипертрофические рубцы отличаются от зрелых более выраженным накоплением коллагена 3 типа и активностью MMP1 макрофагов. При этом, миофибробластические элементы α -SMA обнаруживаются практически в одинаковом количестве как в незрелых, так и в зрелых гипертрофических рубцах, что может свидетельствовать о персистенции процессов репарации в зрелых гипертрофических рубцах. Нами установлено, что в незрелых гипертрофических и келоидных рубцах имеются стереотипные процессы, отражающие активность процессов репарации в виде неоваскуляризации, миофибробластических фокусов, воспалительных инфильтратов, относительного большего накопления коллагена 3 типа.

В незрелых келоидах коллагены 1 и 3 типа присутствовали в соотношении 1,9 за счет относительного увеличения коллагена 3 типа, а K1/K4=6:2. Эластика также отсутствовала. Более 40% α -SMA положительных миофибробластов среди клеток инфильтрата, высокая продукция MMP1 макрофагами и остеокластами, низкий уровень продукции TGF- β макрофагами и миофибробластами. MMP1 в макрофагах и миофибробластических элементах, достоверно большим количеством α -SMA-положительных миофибробластических элементов. Это отражает незавершенность в них процессов репарации. Заключение. Результаты комплексного исследования клинко-морфологического и ИГХ особенностей исследования рубцовой ткани позволяют точно верифицировать тип рубца, его стадию развития и степень зрелости. Кроме того, выраженность воспалительной реакции и ангиогенеза, а также особенности накопления коллагена, эластики, матриксной металлопротеиназы, TGF- β и наличие или отсутствие остеокластоподобных клеток в рубцовой ткани может быть положено в основу разработки новых методов патогенетической терапии. Проведение гистологического и иммуногистохимического исследований рубцовой ткани позволяет увидеть целостную картину выявленной патологии и подобрать соответствующее лечение, что имеет большое практическое значение в прикладной медицине.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЛИЗИСТОГО ЛОСКУТА С ЯЗЫКА ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ТВЕРДОГО НЕБА У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА

Афаунова О.А., Саидасанов С.Ш., Бакши Т.А.

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

Актуальность. Дефекты неба у пациентов с врожденной расщелиной являются актуальной проблемой для челюстно-лицевых хирургов. Чаще всего дефекты образуются в переднем отделе твердого неба. Частота в отдаленные сроки после уранопластики достигает 35-69% по данным некоторых авторов.

По величине все дефекты можно разделить на малые (до 1 см), средние (до 2 см) и большие (свыше 3 см), по форме – круглые, овальные, щелийные и неправильные. Данная патология приводит к нарушению качества жизни (жалобы на неразборчивую речь) и невозможности дальнейшей реабилитации детей, так как при наличии сообщения с полостью носа невозможно проведение костной пластики альвеолярного отростка верхней челюсти с удовлетворительным результатом, поддерживается хроническая инфекция верхних дыхательных путей и неудовлетворительная гигиена полости рта. Существует множество методик по закрытию дефектов неба: пластика местными тканями, лоскутами на ножке из прилегающих областей (щека, губа, язык), реваскуляризованными лоскутами. Поскольку часто сам дефект имеет средние и большие размеры, вокруг сообщения имеются рубцово измененные ткани, что приводит к скудному кровоснабжению в этой области и как следствие снижение репаративных процессов, недостаток мягких тканей, мы отдаем предпочтение использованию лоскута с языка.

Если следовать клиническим рекомендациям, то рекомендуемый вариант формирования лоскута – это слизисто-мышечный лоскут. Мы в своей практике считаем, что использование слизистого лоскута показывает более высокие результаты.

Целью данной работы является определение показаний к использованию лоскута с языка, описание метода забора. Материалы и методы. По данным кафедры детской челюстно-лицевой хирургии за последние 20 лет процент обращений пациентов с дефектами твердого неба составил около 10% от всех операций по поводу врожденной расщелины, начиная от первичной ринохейлопластики и заканчивая ортогнатической операцией и вторичной ринохейлопластикой в более взрослом возрасте. При этом лоскут с языка был применен в 33% от всех операций по закрытию дефекта неба.

Данная методика применялась следующим образом. Во время первого этапа производилось закрытие дефекта местными тканями, далее формировался слизистый лоскут на ножке в области кончика языка и фиксировался в области дефекта, подшивался йодоформный тампон. Ретенционный период составлял от 2 до 3 недель. Второй этап заключался в отсечении ножки лоскута и окончательном формировании лоскута в области неба. Данный метод позволяет закрыть дефекты размерами до 3x4 см. При этом период лечения составляет около 4 недель. Оценка качества жизни проводилась по функциональным (отсутствие попадания пищи и жидкости из ротовой полости в носовую, разборчивая речь, сохранение вкусовой чувствительности языка) и эстетическому критериям.

Результаты. Как показывает практика, использования именно слизистого лоскута позволяет получить лучше результаты, чем использование слизисто-мышечного лоскута. Это связано в первую очередь с мобильностью лоскута, состоящего из слизистого слоя, без мышечного, а значит, мы не имеем такого сокращения тканей и риска рецидива заболевания. Так же для самого донорского участка забор только слизистого слоя показывает меньшее количество осложнений в послеоперационном периоде (отсутствие таких осложнений, как расхождение швов, деформаций языка).

Выводы. Применение слизистого лоскута с языка для закрытия дефектов неба является предпочтительным методом по сравнению с другими вариантами формирования лоскута с языка.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАЧЕСТВЕННЫХ И КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Баисова Л.М., Большаков М.Н., Чадуа Т.З., Надточий А.Г.
ФГБУ НМИЦ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России, Москва

Цель: упорядочить показания к методам выбора хирургического лечения в зависимости от качественных и количественных характеристик васкуляризации. Задачи: 1.

Разработать метод количественной оценки васкуляризации сосудистых мальформаций головы и шеи по данным МСКТ – ангиографии. 2. Разработать персонализированный научно-обоснованный алгоритм диагностики и хирургического лечения пациентов с сосудистыми мальформациями головы и шеи. Материалы и методы: проведено исследование 98 пациентов. Всем пациентам выполнены предоперационные исследования, включавшие ультразвуковую доплерографию и МСКТ – ангиографию. По результатам полученных данных пациенты разделены на 4 группы. По данным исследований до и после операции оценена эффективность лечения в количественном эквиваленте. Результаты: все исследуемые пациенты прооперированы по рекомендованному алгоритму для каждой группы пациентов. Рекомендованные методы лечения хорошо зарекомендовали себя на практике лечения пациентов в ЦНИИСиЧЛХ в период с 2019 по 2021гг. и в результате исследования показали высокую степень деваскуляризации сосудистой мальформации, что на наш взгляд является приоритетом в лечении данной категории пациентов. Выводы: Последовательное применение методов количественной и качественной оценки сосудистых мальформаций путем определения скоростных параметров кровотока методом УЗДГ и рентгеновской плотности по Хаунсфилду при помощи МСКТ – ангиографии являются наиболее информативными методами обследования для планирования лечения, а также позволяют оценивать эффективность проведенного лечения. .

ДВУХУРОВНЕВАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА ПРИ СИНДРОМЕ ФИБУЛЯРНОГО КАНАЛА

Байтингер А.В., Шнякин П.Г., Байтингер В.Ф.
АНО НИИ Микрочирургии, Томск

Компрессионная нейропатия малоберцового нерва в фибулярном канале считается самой распространенной мононейропатией нижней конечности и 3-й по частоте среди всех туннельных синдромов, составляя 10–15% туннельных нейропатий верхних и нижних конечностей. Наиболее частыми причинами первичного синдрома фибулярного канала (СФК) является отек нерва, возникновение которого связывают с повторяющимися однотипными движениями и натяжением нерва, например, у бегунов и велосипедистов. При этом некоторые авторы связывают возникновение симптомов компрессии малоберцового нерва с длительным нахождением в вынужденной позе. Также компрессия малоберцового нерва в фибулярном канале может быть вторичной. Внешними причинами компрессии нерва могут служить тугие гипсовые повязки в области коленного сустава, остеофиты, синовиальные и ганглионарные кисты. Лечение СФК может быть, как консервативным, так и хирургическим (декомпрессия малоберцового нерва). Цель исследования: оценить эффективность хирургической декомпрессии малоберцового нерва в фибулярном канале. Задачи исследования: 1. Оценить восстановление чувствительности голени и тыла стопы после операции. 2. Оценить восстановление двигательной функции мышц, обеспечивающих тыльное сгибание стопы и ее пальцев.

В исследовании приняли участие 30 пациентов с симптомами СФК. Всем им была выполнена микрохирургическая двухуровневая декомпрессия малоберцового нерва. Результаты. В послеоперационном периоде результаты лечения оценивали по изменению сенсорного и моторного неврологического дефицита согласно системе, British Medical Research Council Scale (BMRCs). До операции у 14 из 30 пациентов сила передней большеберцовой мышцы и длинного разгибателя пальцев была M1, у 16 участников исследования – M2. После хирургического вмешательства у 6 пациентов сила осталась на прежнем уровне M2, у 1 пациента увеличилась до M3, у 23 пациентов – до M4. Уменьшение силы и прогрессирование глубины моторных расстройств не наблюдалось. До операции у 14 из 30 пациентов отсутствовала чувствительность (S0), у 16 – S1. После операции у одного пациента чувствительность оставалась на прежнем уровне S1, у 6 – увеличилась до S3, у 23 пациентов восстановилась полностью – до S4. Заключение. Методика декомпрессии малоберцового нерва является эффективным способом лечения первичного и вторичного синдрома фибулярного канала. При этом восстановление чувствительных волокон происходит раньше, чем двигательных. С учетом схожести клинических проявлений с проксимальными поражениями и особенностей строения фибулярного канала требуется разработка клинико-диагностического алгоритма для определения лечебной тактики и объема хирургического вмешательства.

АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ ФАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Байтингер В.Ф., Селянинов К.В.
АНО «НИИ микрохирургии», Томск

Фатальные нарушения гемодинамики в реперфузированных лоскутах — это гемодинамические расстройства, когда без активного хирургического вмешательства (ревизии сосудистой ножки) в 85 – 95 % случаев развивается тотальный некроз лоскута. Частота ревизии сосудистой ножки колеблется от 6 до 15%. При этом общий показатель спасения реперфузированных лоскутов довольно высокий – 69%. Цель нашей работы состояла в анализе мирового опыта и опыта Института микрохирургии по лечению и профилактике фатальных нарушений кровообращения в лоскутах, пересаживаемых в свободном варианте. Результаты: при венозном тромбозе лоскут был переполнен кровью, отечен, тургор повышен. Температура кожи лоскута на 2°C выше температуры окружающей кожи. Капиллярный ответ быстрый – менее 3-х секунд. Венозный тромбоз – наиболее часто встречаемый тромбоз; относится к ранним послеоперационным осложнениям (1-3 сутки). При изолированном артериальном тромбозе лоскут сначала бледнеет, а затем становится белым. Капиллярный ответ резко замедлен (более 3-х секунд) и довольно быстро исчезает. Тургор кожи снижается, температура кожи лоскута на 2°C ниже температуры окружающей кожи. Относится к группе ближайших (интраоперационных) и ранних послеоперационных сосудистых осложнений (в первые 1-2 часа после операции). При артериально – венозном тромбозе

возникает ложное ощущение наличия кровотока в лоскуте, подкрепляемое нормальной локальной температурой кожи, нормальным тургором и капиллярным ответом. Мраморность вызвана спазмом сосудов лоскута (проходящая) либо сегментарным микротромбозом (фатальная). Фатальная мраморность относится к ранним послеоперационным осложнениям (1-3 сутки). Анализ лечебного алгоритма: 1. Спешка с окончательных фиксаций лоскута после запуска кровотока – грубое нарушение рекомендации необходимости 20-минутного наблюдения за сосудистой ножкой и самим лоскутом, в течение которого можно выявить причину(ы), приводящие к анастомотическому тромбозу. 2. Поздняя послеоперационная ревизия сосудистой ножки (более 1,5 часов после запуска кровотока). 3. В ряде случаев при поздней ревизии сосудистой ножки обнаруживали тромбоз не только в зоне венозного, но и в зоне артериального анастомозов. Все лоскуты погибли. В этой ситуации необходимо было «перешить» оба анастомоза, после предварительной медленной перфузии лоскута гепаринизированным (5000 ME) физиологическим раствором (10 мл). Этого не было сделано. 4. Ни одного лоскута после повторной венозной тромбэктомии не было спасено. Заключение: успех в микрососудистой хирургии могут обеспечить: а) техническая безупречность исполнения микрососудистых анастомозов; б) прикладные знания по патофизиологии кровообращения в реперфузируемом лоскуте; в) внедрение современных технологий тромболизиса.

ЛИМФОСТАЗ, ЛИМФЕДЕМА КОНЕЧНОСТЕЙ: ПАТОГЕНЕЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ

Байтингер В.Ф., Малиновский В.С., Курочкина О.С.
АНО «НИИ микрохирургии», Красноярский государственный медицинский университет, Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Лимфедема конечностей – хронический лимфатический отек мягких тканей, возникающий в результате медленного накопления в них богатой белком жидкости; вызван недостаточностью лимфодренажа в комбинации с недостаточной утилизацией белков, которая приводит в итоге к фиброзным изменениям кожи и подкожной клетчатки. Наш клинический опыт показывает, что успех в лечении вторичной лимфедемы конечностей напрямую зависит от степени сохранности функциональной активности отводящих лимфатических сосудов кожи и подкожной клетчатки. В литературе описан тот факт, что процесс фиброза в подкожной клетчатке развивается по направлению от фасции к коже, при этом склерозирование междольковых соединительнотканых перемычек более выражено у фасции, по направлению к коже степень фиброзных изменений в подкожной клетчатке уменьшается. Подобные изменения касаются и лимфатической системы, поэтому изучение анатомии и топографии лимфатических сосудов с целью оптимального выбора лимфатических сосудов для шунтирующих операций является весьма актуальным. Цель работ: изучить анатомию и топографию лимфатических сосудов – кандидатов для выполнения шунтирующих операций при лимфедеме конечностей. Задачи: 1. Изучить анатомию лимфатического русла кожи у эксперименталь-

ных животных и сравнить с топографией лимфатических сосудов в подкожной клетчатке пациентов с лимфедемой конечностей. 2. Обосновать выбор лимфатических сосудов – кандидатов для шунтирующих операций с учетом стадии заболевания. Материал и методы. Объектом для изучения анатомии и топографии лимфатического русла кожи и подкожной клетчатки стали 13 новорожденных белых крыс с массой тела от 6 до 8 г., имеющих слабовыраженную подкожную клетчатку. В эксперименте проводили наливку лимфатической системы кожи и подкожной клетчатки животных массой Героты, образцы тканей просветляли, проводили дегидратацию и заключали в полистерол по стандартным гистологическим методикам, фотографировали срезы с зеленым фильтром. За период с 2014 по февраль 2022 год в Институте микрохирургии выполнено 245 шунтирующих операций (наложено около 700 лимфовенулярных анастомозов). Интраоперационно под оптическим увеличением идентифицировали лимфатические сосуды, измеряли наружные диаметры выделенных сосудов. Изучали синтопию лимфатических сосудов, а также наличие/отсутствие сопровождающих кровеносных сосудов. Проводили замеры диаметров, сшиваемых лимфатических и венозных сосудов при различных стадиях лимфедемы. Результаты. Гистологическое строение кожи белых крыс соответствует строению кожи человека. В коже имеются две связанные между собой сети лимфатических капилляров: поверхностная мелкопетлистая в кожных сосочках (подсосочковом слое), которая формирует кожное лимфатическое сплетение и глубокая крупнопетлистая, петли которой ориентированы вдоль соединительнотканых (коллагеновых) пучков сетчатого слоя дермы на границе с гиподермой (субдермально). Вторая сеть формирует подкожное лимфатическое сплетение. В подкожной клетчатке залегают два уровня лимфатических сосудов, связанные между собой перфораторными сосудами: поверхностные подкожные лимфатические коллекторы и глубокие подкожные лимфатические коллекторы. Морфологические изменения со стороны лимфатических сосудов при развитии лимфедемы на I стадии проявляются эктазией сосудов, на второй стадии эктазия заменяется констрикцией, на смену которой при III стадии лимфедемы развивается склерозирование. Морфологические изменения в первую очередь затрагивают систему глубоких подкожных лимфатических коллекторов, при констрикции которых расширяются более поверхностно расположенные лимфатические сосуды, что приводит к развитию феномена «dermal back flow» и является компенсаторной реакцией на развитие отека. Для достижения максимального эффекта при шунтирующих операциях при выполнении лимфовенулярных анастомозов следует выбирать эктазированные лимфатические сосуды. Заключение. 1. Лимфатическая система кожи и подкожной клетчатки представлена четырьмя уровнями. 2. При 0 стадии лимфедемы для выполнения шунтирующих операций следует выбирать глубокие подкожные лимфатические коллекторы, при I-IIa стадии – кандидатами для шунтирующих операции становятся расширенные поверхностные подкожные лимфатические коллекторы, при IIb стадии – могут быть наложены анастомозы между расширенными лимфатическими сосудами субдермального сплетения и венами, при III стадии лимфедемы – шунтирующие операции не эффективны.

СПОСОБ ОЦЕНКИ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛИПОФИЛИНГА И ВВЕДЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ

Бирлова Э.Е., Андреева В.В.

ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского, Москва

В большей степени, в литературе, освещены классические способы коррекции рубцовых деформаций (РД) мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи. Но, нет четкого определения методики оценки рубцовых деформаций, систематизированного методологического подхода в предоперационной подготовке и прогнозу хорошего или удовлетворительного результата лечения пациента. Так же, до сих пор отсутствуют четкие показания к проведению данных процедур у пациентов с различными типами рубцовой деформации мягких тканей лица и шеи. Цель: Повышение функциональных и эстетических результатов лечения рубцовых деформаций мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи за счет хирургического лечения и комбинированных методов липофилинга. Материалы и методы: было проведено открытое контролируемое проспективное одноцентровое исследование у 120 пациентов. Все пациенты проходили обследование и хирургическое лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского с 2019 -2021 годы. Возраст пациентов составлял от 18 до 70 лет, из них 89 женщин, 31 мужчин. Из 120 пациентов 60 были с гипертрофическими рубцами, а 60 с атрофическими. Пациенты были разделены на 4 группы, в зависимости от метода лечения: 1-я группа: хирургическое иссечение РД, 2-я группа: хирургическое лечение с введением аутологичной плазмы, 3-я группа: липофилинг с введением аутологичной плазмы, 4-я группа: липофилинг, с равным количеством пациентов с атрофическими и гипертрофическими РД в каждой группе. Для клинической оценки кожных рубцов использовалась шкала POSAS (Patient and Observer Scar Assessment Scale, Draaijers, 2004), которая определяет состояние рубца не только врачом, но и пациентом, который оценивает выраженность причиняемого рубцом дискомфорта и его внешний вид. Чем выше общий балл, тем хуже состояние рубца, при этом общая оценка внешнего вида рубца не учитывается в общий балл. Шкала POSAS в данном исследовании была адаптирована с учетом наиболее значимых показателей в области рубцовых деформаций мягких тканей, таких как: васкуляризация, пигментация, толщина, рельеф поверхности, эластичность и площадь рубца относительно исходной раны- для врача. И боль, зуд, цвет, плотность, толщина, рельеф поверхности, площадь рубца относительно исходной раны- для пациента. Все пункты оценивают в баллах от 1 («напоминает нормальную кожу») до 10 («наихудший рубец, который можно себе представить»). Сумма данных 6 пунктов отражается в общем балле по шкале наблюдателя POSAS. Общее мнение оценивали в баллах по шкале от 1 до 10. Все параметры сравнивали с нормальной кожей на соответствующем анатомическом участке. В соответствие со значениями до и после лечения клиническая оценка симптомов на основании эффективности проводимого лечения оценивалась

следующим образом: Значительное улучшение – снижение индекса более, чем на 85%; Улучшение – снижение индекса на 75% – 55%; Незначительное улучшение – снижение индексов на 49% – 30%; Без эффекта – снижение индекса менее, чем на 15%; Ухудшение – сохранение отрицательной динамики. В соответствии с динамикой данных показателей рассчитывались параметры достигнутого значимым клинического эффекта после проведенного лечения. Результаты: По результатам оценки шкалы POSAS было выявлено, что при лечении пациентов с гипертрофическими РД в 1-й группе лишь 40% отмечали значительное улучшение, 53,3% -улучшение, 6,7%-без эффекта. Во 2-й группе значительное улучшение было у 93,3%, 6,7%- улучшение. В 3-й группе 80% были довольны результатом, 20% -улучшение. В 4-й группе: 80% отметили значительное улучшение, 6,7%-улучшение, 6,7%-незначительное улучшение. У пациентов с атрофическими рубцовыми деформациями были следующие результаты в 1-й группе: 66,7%-значительное улучшение, 6,7%-улучшение, 20%-незначительное улучшение, 6,7%-без эффекта. Во 2-й группе:80%-значительное улучшение,20%-улучшение. В 3-й группе у 100% значительное улучшение. В 4-й группе: у 73%-значительное улучшение, у 27%-улучшение. Вывод: исходя из результатов оценки методов лечения рубцовых деформаций челюстно-лицевой области и шеи по шкале POSAS, мы видим, что наиболее оптимальный метод лечения атрофических РД-липофилинг с введением аутологичной плазмы. При гипертрофических рубцах показывает высокую эффективность метод как хирургической коррекции с введением аутологичной плазмы, так и липофилинг с введением аутологичной плазмы.

ЭФФЕКТИВНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ

Брагилев В.А., Брагилев С.В.

Клиника высшей категории Grandmed, Санкт-Петербург

Увеличивающая маммопластика является одной из самых распространённых операций в эстетической хирургии молочных желёз. Хирургическая техника операции увеличения груди имплантами хорошо известна и считается относительно несложной. Однако успешное лечение осложнений, возникающих в отдалённом периоде после таких операций, требует большого опыта и владения множеством хирургических приёмов. Цель данной работы — показать эффективный способ устранения таких осложнений, как *bottoming out* и *double bubble*. Материалы и методы. Были прооперированы 17 пациенток в возрасте от 23 до 47 лет после первичной (8 случаев) и повторной(ых) (9 случаев) увеличивающей маммопластики. Дистопия грудных имплантов по типу *bottoming out* наблюдалась у 6 пациенток, у 11 женщин выявлено контурирование имплантов в виде деформации *double bubble*. Коррекция указанных проблем достигалась посредством модификации паренхимы молочных желёз (МЖ) с формированием двух железистых лоскутов. Выполнялась транспозиция сформированных лоскутов книзу и их фиксация в проекции субмаммарной борозды. Таким образом, уstra-

нялся дефицит тканей нижнего склона МЖ и обеспечивалась дополнительная поддержка имплантов. Период наблюдения составил от 3 месяцев до 5 лет. У всех пациентов была достигнута устойчивая коррекция указанных выше проблем и получены хорошие эстетические результаты. В течение всего периода наблюдения пациентов ни в одном случае не выявлено рецидивов дистопии имплантов по типу *bottoming out* и деформации МЖ в виде *double bubble*. Выводы. 1. Устранение таких сложно корректируемых проблем, как дистопия имплантов по типу *bottoming out* и деформация МЖ в виде *double bubble* посредством формирования латерального и медиального железистых лоскутов с последующей их фиксацией в проекции субмаммарной борозды является надежным и эффективным способом лечения упомянутых осложнений первичной и повторной аугментационной маммопластики. 2. Модификация паренхимы МЖ с формированием медиального и латерального железистых лоскутов устраняет дефицит тканей нижнего склона МЖ и обеспечивает необходимую поддержку имплантов. 3. Данный способ позволяет избежать уплощения нижних квадрантов МЖ и таким образом достичь анатомически правильного и естественного контура нижнего склона молочных желёз.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛИПОФИЛИНГА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ И ЭСТЕТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

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

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Введение: Липофилинг в последние годы становится все более востребованным методом в реконструктивной и эстетической хирургии молочных желёз. Однако, до сих пор остаются спорные вопросы относительно подходов к оценке результата. Нами определены оптимальные для рутинной практики методы оценки результатов при липофилинге груди по эстетическим и реконструктивным показаниям на основании собственного опыта и литературных данных. Методы: Нами были проанализированы литературные данные и собственный опыт, касающиеся методов оценки результатов при липофилинге груди. Наиболее часто применялись 10-бальная шкала оценки удовлетворенности результатом, специфические и неспецифические опросники качества жизни (BREAST-Q, EQ-5D-5L). Объективная оценка производилась при помощи фотографирования с фиксацией антропометрических параметров, измерения толщины мягких тканей при помощи ультразвукового исследования, измерения объема при помощи магнитно-резонансной томографии. Результаты: Наиболее важными показателями объективной оценки эффективности липофилинга груди являются измерение толщины мягких тканей в фиксированных точках с использованием ультразвукового метода, а также стандартные антропометрические измерения (размеры пятна молочной железы, положение инфрамаммарной борозды, расстояния от яремной вырезки до соска и от соска до инфрамаммарной борозды). Для оценки удовлетворенности результатом в рутинной практике целесообразно применять 10-баль-

ную шкалу, при научных исследованиях более сложный опросник BREAST-Q. Общая оценка качества жизни целесообразна при липофилинге груди по реконструктивным показаниям. Выводы: Объективная оценка результатов липофилинга груди является необходимым условием для понимания реальных возможностей метода в различных клинических ситуациях. Набор диагностических инструментов может отличаться в рутинной практике и при проведении научных исследований.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БРОВЕЙ: АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ

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

Центр пластической и эстетической хирургии ПЛАСТЭС, Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Расположение и форма бровей существенно влияют на эмоциональное восприятие и эстетику лица. Понимание общих закономерностей старения верхней трети лица во многом определяет гармоничный результат эстетической операции. Планирование и проведение исследований о процессах старения лица связано с рядом сложностей, а их результаты не всегда однозначны, поэтому мы постарались сделать систематический обзор публикаций по указанной теме. Цель исследования. Проанализировать закономерности возрастных изменений бровей, основываясь на современных литературных данных. Материалы и методы. В доступной литературе опубликовано более 300 статей, посвященных старению бровей. Из них в 21 статье тем или иным способом проводилось измерение положения бровей в разных возрастных группах, в 1 статье выполнен мета-анализ 19 исследований. Измерения высоты бровей в большинстве случаев проводились относительно горизонтальной линии, проведенной через медиальные кантусы. Положение бровей оценивалось на уровне медиального и латерального кантусов, медиального и латерального краев радужной оболочки, среднезрачковой линии, изгиба и латерального конца брови. Результаты. На уровне медиального кантуса положение бровей с возрастом существенно не отличалось в двух исследованиях, было выше в старшей возрастной группе в двух исследованиях и ниже – в одном. Положение бровей на уровне медиального края радужной оболочки оценивалось в одном исследовании – отличия оказались статистически незначимыми. Положение бровей по среднезрачковой линии с возрастом значимо не изменилось в шести исследованиях, а в семи стало выше. На уровне латерального края радужной оболочки в одном исследовании бровь опустилась, в одном осталась без изменений. На уровне изгиба в одном исследовании отмечен птоз бровей. Положение бровей на уровне латерального кантуса с возрастом осталось без изменений в пяти исследованиях и стало ниже в двух. В одном исследовании латеральный отдел брови с возрастом стал ниже. Метаанализ показал значимую элевацию бровей в старшей возрастной группе на уровне медиального кантуса и среднезрачковой линии, при отсутствии существенных изменений по высоте на уровне

латерального кантуса. Выводы. Накопленные в литературе данные свидетельствуют, что в процессе старения происходит элевации медиального сегмента бровей при этом положение латерального сегмента значимо не меняется. Полученные данные необходимо учитывать при планировании и проведении эстетических операций на лице.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГРУДНЫХ ИМПЛАНТАТОВ С ПОЛИУРЕТАНОВЫМ ПОКРЫТИЕМ

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

ООО Центр пластической и эстетической хирургии «ПЛАСТЭС», Челябинск

Изначальный смысл использования полиуретанового покрытия заключался в предотвращении миграции грудных имплантов за счет эффекта «прилипания» к тканям. Впоследствии было отмечено, что полиуретановые импланты снижают частоту формирования капсулярной контрактуры, что привело к более широкому применению этих изделий в клинической практике. Однако практический опыт показал, что капсулярная контрактура при использовании последних поколений имплантов без полиуретанового покрытия возникает достаточно редко. В тоже время, биологические особенности полиуретанового покрытия создают дополнительные технические сложности клинического применения этих устройств, что заставляет задуматься о целесообразности широкого применения полиуретана для первичного эстетического увеличения молочных желез. Цель исследования: Уточнение показаний к применению грудных имплантов с полиуретановым покрытием на основании анализа их биологических и клинических особенностей. Материалы и методы. С 2002–2005 гг. с целью увеличения объема молочных желез нами были использованы силиконовые имплантаты с полиуретановым покрытием у 74 пациенток. Операции выполнялись по следующим показаниям: первичная эстетическая аугментация – в 56 случаях, с целью коррекции осложненной ранее произведенных операций – у 17 пациенток (капсулярная контрактура – 12, полиакриламидный гель – 5), и в трех случаях с целью одномоментной реконструкции молочной железы. Каплевидные имплантаты использовались в 34 случаях, круглые – в 42. У 30 пациенток имплантаты были установлены субгландулярно и у 46 пациенток субпекторально. Результаты. Биологические особенности полиуретановых имплантов оказали существенное влияние на технические аспекты их установки, что потребовало внесения существенных изменений в планирование, технику проведения хирургической операции и ведение послеоперационного периода. У 10% пациенток в раннем послеоперационном периоде отмечалось затвердение груди, гиперемия и зуд. Быстрая фиксация импланта в сформированном ложе за счет Velcro- эффекта исключает возможность чрезкожной послеоперационной коррекции, не прощая малейших неточностей его установки. Мальпозиция импланта в раннем послеоперационном периоде потребовала проведения повторных хирургических вмешательств у трех пациенток. В одном случае возникло ин-

фицирование, потребовавшее удаления имплантов. Таким образом, в 5% случаев возникли осложнения, потребовавшие повторных вмешательств. Капсулярная контрактура 3 степени по Бейкеру отмечена в 4% случаев после установки полиуретановых имплантов и в 2% после использования силиконовых имплантов без покрытия. Вместе с тем, использование полиуретана при одномоментной реконструкции молочной железы существенно снижало количество серозной жидкости и продолжительность ее продуцирования. Выводы. 1. Полиуретановое покрытие не оказывает существенного влияния на формирования капсулярной контрактуры. Решающее значение в профилактике этого осложнения имеют качество имплантата и техника хирургической операции. При этом, поскольку биологические особенности полиуретана создают дополнительные технические трудности и проблемы, рутинное использование этих изделий для первичного эстетического увеличения объема молочных желез нецелесообразно. 2. Способность полиуретана сокращать раневую полость за счет эффекта присасывания обосновывает его использование при проведении тотальной капсулектомии и подкожной мастэктомии

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Висаитова З.Ю., Чкадуа Т.З., Верещагина Н.В.
ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» МЗ РФ, МОСКВА

Цели и задачи исследования. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы сопровождается высоким риском возникновения послеоперационных осложнений, таких как: рецидив новообразования, паралич или парез мимической мускулатуры, синдром Л.Фрей, мягкотканная асимметрия лица, слюнные свищи или сиалоцеле. Целью и задачей нашего исследования было повышение эффективности хирургического лечения данной категории пациентов за счет персонализированного подхода, чтобы минимизировать послеоперационные осложнения. Материал и методы. В ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» МЗ РФ за период 2019-2022 годы 89 пациентам выполнена субтотальная резекция околоушной слюнной железы и 51 пациенту выполнена паротидэктомия по поводу рецидива опухоли. Хирургическое лечение проводилось пациентам в возрасте 20-65 лет, у которых по результатам морфологического исследования новообразование представлено плеоморфной аденомой. Резекция железы всем пациентам выполнялась в блоке с образованием, без нарушения его целостности, с выделением и сохранением ветвей лицевого нерва. Решения об объеме операции принималось на основании клинической картины, анамнеза, магнитно – резонансной томографии мягких тканей шеи, результатам пункционной тонкоигльной биопсии и ультразвуковом исследовании. На этапе доступа всем пациентам мобилизовывался и выделялся SMAS – лоскут, с последующим его перераспределением в зоне пострезекционного дефекта. В случае пенетрации опухолевых узлов в SMAS – слой выполнялась его частичная резекция, с целью предупреждения рецидива новообразования. Ре-

зультаты. В результате хирургического лечения у пациентов после субтотальной резекции околоушной слюнной железы отсутствовала значимая асимметрия лица, у 23% пациентов имелся послеоперационный парез мимической мускулатуры, у 8% пациентов отмечалось скопление сиалоцеле с необходимостью пункции и аспирации содержимого в количестве от 2-5 раз. Восстановление функции лицевого нерва занимало от 1 до 3 месяцев. У пациентов после паротидэктомии в 65% случаев имелась выраженная асимметрия лица, в 47% случаев отмечался парез мимической мускулатуры, сиалоцеле не было ни у одного пациента. Рецидива новообразования, синдрома Л.Фрей, слюнных свищей после операции не наблюдалось ни в одном случае. В этом случае время восстановления мимической симметрии лица было более длительным и занимало от 5 до 8 месяцев. Выводы. Хирургическое лечение по поводу удаления доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы технически затруднительно и требует глубоких знаний анатомии и опыта. Также мы рекомендуем придерживаться радикальной тактики, чтобы избежать рецидива новообразований в будущем. Персонализированная тактика относительно хирургического лечения данной патологии помогает нам принять оптимальное для пациента решение. В случае удаления первичных опухолей околоушной слюнной железы мы можем не ожидать серьезных послеоперационных осложнений, которые могли бы резко снизить качество жизни пациента. Сроки реабилитации в данном случае занимают от 7-14 дней. В случае ранее проведенных хирургических вмешательств риски возникновения грубых послеоперационных осложнений увеличиваются в связи с произошедшими рубцовыми изменениями в зоне железы. В таком случае нам необходимо прибегать к наиболее радикальной тактике хирургического лечения в объеме паротидэктомии. При этом выполнение выделения ветвей лицевого нерва или проведения одномоментной невропластики, ввиду невозможности сохранения его целостности, принимается хирургом интраоперационно, о чем пациент должен быть предупрежден.

МОЛЕКУЛЯРНО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЗДОРОВЫЕ ТКАНИ ОРГАНИЗМА

Волчек И.А., Балацкий Н.А.

Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «МГУПП», Москва

В результате последней пандемии COVID-19 возникла новая нозология, постковидный синдром, которая признана медицинским сообществом и заняла свое место в МКБ-10. Целью работы явилось исследовать соотношение основных классов цитокинов у пациентов с постковидными нарушениями и определить эффективность остеопатического лечения для коррекции этой патологии.

Обследовано 38 пациентов, мужчин, в возрасте 25-47 лет, перенесших документально подтвержденный COVID-19 в течение последних 8 месяцев. Основные жалобы составляли когнитивные расстройства, эмоциональная лабильность, выраженная слабость, тяжесть в грудной клетке, ощущение неполного вдоха, головные, суставные и мы-

шечные боли, нарушения сна, депрессия, расстройства терморегуляции и др. Все больные получали общепринятое при данной патологии лечение (симптоматическую фармакотерапию, дыхательную гимнастику, поливитамины, физиотерапию). Дополнительно 20 пациентов (группа О) получили остеопатическое лечение, заключающееся в использовании специальных остеопатических манипуляций на краниосакральной оси, а также органах грудной клетки, для восстановления нормального физиологического движения и устранения патологических паттернов. 18 пациентов составили контрольную группу – К2. Полученные показатели сравнивали с данными, полученными ранее в аналогичной реакции у 45 здоровых доноров (общий контрольный стандарт – К1). До и после курса остеопатии (у пациентов группы контроля в сравнимые сроки) определяли цитокиновый ответ мононуклеарных клеток периферической крови в ответ на стандартный митоген – фитогемагглютинин (ФГА) *in vitro*. Анализ проведен методом цитометрических бус Bio-Plex Pro™ Human Cytokine Grp I Panel 8-plex (Bio-RAD) по протоколу производителя. Определяли уровень интерлейкинов 2, 4, 6, 8, 10, интерферона гамма, фактора некроза опухоли альфа, гранулоцитарно-макрофагального фактора роста (IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, IFN γ , TNF α , GM-CSF). Установлено, что до лечения в обеих группах наблюдалось достоверное ($P \leq 0,01$) повышение концентрации сывороточных IL-2 ($93,5 \pm 0,9$ – больные и $16,3 \pm 0,07$ – К1); IL-6 ($357,3 \pm 1,9$ – больные и $44,9 \pm 0,2,3$ – К1); IL-8 ($236,5 \pm 2,4$ – больные и $47,1 \pm 2,3$ – К1); IFN γ ($704,3 \pm 5,9$ – больные и $102,8 \pm 4,6$ – К1); TNF α ($2359,5 \pm 22,1$ – больные и $192,5 \pm 2,5$ – К1). Данные здесь и далее представлены в пг/мл. Другие изучаемые показатели достоверно не изменялись. Таким образом, у больных с постковидным синдромом отмечается повышение продукции провоспалительных цитокинов в ответ на митогенную стимуляцию, что свидетельствует о сохраняющейся тенденции к гиперактивации иммунного ответа, что согласуется с данными и других авторов (Queiroz MAF et. al, Cytokine Profiles Associated With Acute COVID-19 and Long COVID-19 Syndrome. *Front Cell Infect Microbiol.* 2022 Jun 30;12:922422.) После проведенного остеопатического лечения показатели цитокинового профиля пациентов достоверно отличались от таковых в группе контроля К2. IL-2 ($24,3 \pm 0,7$ – группа О и $86,9 \pm 0,9$ – К1); IL-6 ($78,4 \pm 2,7$ – группа О и $224,3 \pm 10,3$ – К1); IL-8 ($65,5 \pm 4,4$ – группа О и $247,1 \pm 11,9$ – К1); IFN γ ($108,8 \pm 9,91$ – группа О и $677,5 \pm 5,7$ – К1); TNF α ($443,2 \pm 17,5$ – группа О и $992,8 \pm 12,4$ – К1).

Таким образом, остеопатическое лечение позволяет во многом регулировать иммунный гомеостатические функции организма. Механизм такого эффекта еще предстоит изучать. В основе остеопатического метода по современной теории лежит изменение фасциального напряжения и собственно фасциально-соединительнотканной структуры, которая является одной из системных структур нейрофизиологической регуляции органов и систем организма. Возможно, одним из механизмов такой регуляции является пьезоэлектрические эффекты тканей, что способствует Cellular harmonic information transfer through a tissue tensegrity-matrix system (передача клеточной гармонической информации через тканевую тензегрити-матричную систему).

НАШ ОПЫТ ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Воротников В.В., Пахомова Р.А., Гугнина А.С., Абдугафоров С.А., Сойнов А.В., Цой М. Е., Копытич И.В.
ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-Медицина» города Москва», Университет Реавиз, г. Санкт-Петербург, МИНО, г. Москва

Актуальность: Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место среди всех онкологических заболеваний у женщин в мире. По оценкам за 2020 год, рак молочной железы был диагностирован у 2,3 миллиона человек по всему миру. В России РМЖ является наиболее частым онкологическим заболеванием среди женщин, он составляет 21,2% от всех злокачественных новообразований. В 2019 году в России было выявлено более 74 тысяч новых случаев РМЖ, за последние десять лет заболеваемость выросла на 21,6%. По данным на октябрь 2019 года в России рак молочной железы занимает второе место по распространенности среди всех онкологических заболеваний (11,5%), и первое место (21,0%) – среди женских онкологических патологий.

Современный хирургический стандарт лечения раннего и местно-распространенного рака молочной железы предполагает отказ от инвалидизирующих вмешательств, персональный подход и сохранение формы молочной железы в результате оперативного вмешательства при раннем раке молочной железы. Выбор способа реконструкции одномоментной или отсроченной реконструкции остается предметом дискуссий в профессиональном сообществе.

Цель работы: Проанализировать полученные результаты при выборе одномоментной реконструкции в лечении рака молочной железы

Материалы и методы: С февраля 2021 по март 2022 года на базе онкохирургического отделения РЖД Медицина Москва, выполнено 268 одномоментных реконструкций молочной железы после мастэктомии. Стадия заболевания cT1-3N0-3M0. Птоз 1 степени в 161 случаях (60,1%) 2 степени 51 (19) 3 степени 56 (20,9) в остальных случаях птоза не было. Средний возраст составил $41,5 \pm 3,9$ лет. Из особенностей выполнения реконструктивного вмешательства мы отказались в своей практике от установки вакуум-аспирационной дренажной системы, лимфадиссекция была выполнена во всех случаях из отдельного разреза, в 72% случаях операция сопровождалась биопсией сторожевого лимфоузла, конверсия вмешательства в лимфодиссекцию в 8% случаев. В большинстве случаев (94%) использованы круглые импланты с нанотекстурированной поверхностью и установлены субмускулярно. Результаты: Время наблюдения составило от 3 мес до 1,5 лет. В 4 случаях (1,4%) экстрюзия импланта во всех случаях ассоциирована с проведением химиотерапии, 12 случаев (4,4%) наблюдалась капсулярная контрактура 3-4 степени, и 6 (1,8%) 1-2 степени в группе лучевой терапии. Капсулярная контрактура встречалась всего в 18% случаях в группе. В 6 случаях повторная операция сочеталась с реконструкцией широчайшей мышцей спины, в 2 случаях DIEP лоскутом. В 11 случаях выполнена корректирующая маммопластика после 12 месяцев от опера-

ции. В раннем послеоперационном периоде в 3 случаях (1,1%) выполнена ревизия по поводу послеоперационной гематомы, в двух из них гематома ассоциирована с проведением предоперационной химиотерапии с содержанием препаратов платины.

За весь срок наблюдений рецидив заболевания наблюдался в $0,8 \pm 0,3\%$ в группе с реконструкцией молочной железы. По данным многофакторного анализа факт выполнения первичной реконструкции молочной железы не влияет на развитие рецидива болезни. Анализ факторов, влияющих на рецидив болезни, показывает преобладающее влияние таких известных факторов, как критерии T, N, возраст, проведение химиотерапии. Факт проведения первичной реконструкции не оказывал статистически значимого влияния на процесс рецидивирования опухоли.

Выводы: Использование одномоментной реконструкции в хирургическом лечении рака молочной железы является безопасным, может быть предложено пациентам первично-операбельным и кандидатам для адьювантной лучевой терапии. Отказ от дренирования при одномоментной реконструкции является оправданным и не влиял на безопасность хирургического лечения, в тоже время снижался средний койко-день. Выполнение биопсии сторожевого лимфоузла или лимфодиссекции из отдельного разреза не влияет на радикальность вмешательства в тоже время снижает вероятность оттока лимфы в область установленного импланта, что положительно сказалось на количестве послеоперационных кист и сером.

РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА: НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОСКУТА РИБЕЙРО

Гарипов Р.Р., Погосян Д.А., Гузик А.А.

Клиника «Форма», Москва

Редукционная маммопластика – хирургическое вмешательство направленная на уменьшение молочных желез путем резекции излишков железистой и жировой ткани, а также кожи. В своем развитии данное оперативное вмешательство прошло множество изменений: от радикальных, к более щадящим методикам. Но все они направлены на решение трех основных задач: уменьшение избыточного объема молочной железы, переноса сосково-ареолярного комплекса (САК), и формирование правильной формы молочных желез путем удаления избытка чрезмерно растянутой кожи. И одними из главных принципов «идеальной» редукционной маммопластики является: обеспечение нормального питания САК при резекции ткани молочной железы, создание эстетической красивой формы, и долгосрочный стабильный результат. И на сегодняшний момент поиск «идеального» метода выполнения продолжают. Цель исследования: исследование и анализ результатов редукционной маммопластики за 2018-2022 год. Материалы и методы: произведен ретроспективный анализ результатов 40 пациентов с диагнозом «гипертрофия молочных желез», которым была выполнена редукционная маммопластика с применением доступа инвертированного T с использованием дермогладулярного лоскута по Рибейро с ушиванием медиальных

и латеральных гладулярных лоскутов. Пациенты оперированы в условиях отделения пластической хирургии клиник «Основа» и «Фрау Клиник». Женщин в группе 100 (100%). Средний возраст ± 34 года. Примерный объем молочной железы определялся по формуле $V = \pi r^2 h$, и суммарно составлял более 2000 г. Расстояние от яремной вырезки до соска 28-34 см. Результаты и обсуждения. Редукционная маммопластика выполнялось с использованием доступа, инвертированного T с формированием верхне-медального питающей ножки САК. С каждой молочной железы в среднем резецировалось 850 г. молочной железы. Во время операции использовались следующие модифицирующие маневры: дермагладулярный лоскут (для повышения проекции САК), а также удерживающие швы между латеральными и медиальными гладулярными лоскутами (для формирования эстетического правильного контура молочной железы). Все пациенты находились в компрессионном белье в течении 3 месяцев. В ранний послеоперационный период осложнение возникло одно осложнение – послеоперационная гематома правой молочной железы, была проведена ревизия раны. Специфических ранних послеоперационных осложнений (некроз САК, некроз лоскутов, инфицирование раны) не выявлено. Контрольные осмотры через 3, 6, 12, 24 месяца. Средний период наблюдения 24 месяца. Послеоперационный рубец имел нормотрофический характер, патологический рубцов не отмечалось. Поздних послеоперационных осложнений (асимметрия молочных желез, деформация соска и ареолы, рецидив птоза и гипертрофии молочных желез) не выявлено. Жалоб на эстетический вид молочных желез у пациентов не было. Заключение: Использование модификации в виде дермагладулярного лоскута по Рибейро, удерживающих швов между латеральными и медиальными гладулярными лоскутами и ношение компрессионного белья, дает нам получить стабильный и эстетический красивый результат в будущем

МЕТОД УСТРАНЕНИЯ ОГРАНИЧЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННОГО ЛОПАТОЧНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ

Гилева К.С., Чебоксарова М.С.

Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

Устранение дефектов верхней и нижней челюстей является одной из наиболее трудных задач в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии. Наиболее известными способами реконструкции челюстей являются использование реvascularизированных аутоотрансплантатов, таких как малоберцовый, лопаточный, подвздошный, надкостнично-кортикальный бедренный. Наиболее распространенным и универсальным аутоотрансплантатом в клинической практике считается малоберцовый, однако на основании клинического опыта было показано, что, сложность забора аутоотрансплантата, большая травматичность метода и соответственно более длительная

реабилитация, а также эстетические последствия ограничивают применение данного метода реконструкции. Использование ревааскуляризованного лопаточного аутотрансплантата в сочетании с установкой дентальных имплантатов может быть использовано при реконструктивных операциях для одномоментной зубочелюстной реабилитации и устранения дефектов челюстей, возникших в результате травм, врожденных патологий, резекций челюсти по поводу опухолевых образований.

Цель: внедрение и усовершенствование данной метода для проведения одномоментной полной реабилитации пациентов.

Материалы и методы: нами прооперировано 3 пациента, которым была выполнена микрохирургическая реконструкция дефектов верхней и нижней челюсти лопаточным аутотрансплантатом с одномоментной дентальной имплантацией. На предоперационном этапе было выполнено КТ-исследование с последующим выполнением 3D-реконструкции с виртуальным моделированием лопатки для проектирования шаблонов для остеотомий и имплантации, моделирование протетической конструкции. Также оценивались плотность кости, размеры, соотношение губчатого и кортикальных слоев для оценки условий для установки имплантатов. Применение методов стереолитографической 3D-печати для производства индивидуально смоделированных шаблонов и временных протетических конструкций. Выполнялась КТ-ангиография для оценки характера кровотока, диаметра и длины сосудов.

Результаты и выводы. Использование ревааскуляризованного лопаточного аутотрансплантата с одномоментной дентальной имплантацией позволяет сократить сроки и количество этапов хирургического лечения, обеспечить ускоренную социальную и психологическую реабилитацию пациентов. Методика позволяет увеличить точность позиционирования трансплантата в реципиентной зоне благодаря технике планирования «от обратного», основываясь на функциональной окклюзии пациента. Также при использовании данного способа в результате одной операции сразу же виден эстетический и функциональный результат. Также преимуществом данной методики является используемый нами интраоральный доступ к реципиентным сосудам, позволяющий избежать выполнения наружных разрезов. Данная методика показывает высокую эффективность и стабильный отдаленный результат. По данным послеоперационных КТ-исследований определяется анатомически правильное положение смоделированных трансплантатов, положение дентальных имплантатов и коронок на них соответствовало норме и восстанавливало зубные ряды пациента согласно его функциональной окклюзии.

Также стоит отметить достаточно быструю реабилитацию пациентов ввиду ранней активизации в послеоперационном периоде, отсутствию дополнительного наружного доступа к реципиентным сосудам, восстановлению функции речи и жевания.

Применение ревааскуляризованного лопаточного аутотрансплантата с одномоментной дентальной имплантацией при устранении дефектов челюстей является эффективным методом, который позволяет значительно повысить функциональный и эстетический результат, при этом сокращая сроки лечения и реабилитации.

ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИЙ ЖАБЕРНЫХ ЩЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ: ОПЫТ 2-Х ЦЕНТРОВ

Грачев Н.С., Зябкин И.В., Калинина М.П., Ворожцов И.Н., Полев Г.А., Рыжов Р.В., Атаева Д.М., Магомедова А.М.
НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, ФГБУ ФНКЦ детей и подростков ФМБА, Москва

Актуальность: Аномалии жаберных щелей (ЖЩ) – наиболее частая врожденная патология у детей, возникающая в результате нарушения дифференцировки еще на 5 неделе беременности. Выделяют несколько видов аномалий: синус, фистула (свищ) и киста. В зависимости от того, какая жаберная щель послужила источником, можно выделить 4 типа. Кисты и свищи первой жаберной щели могут быть двух подтипов, встречаются довольно редко, имеют связи или с хрящами ушной раковины или со слуховым проходом. Аномалии второй жаберной щели – наиболее часто встречающийся в практике вид. Патология третьей жаберной щели наиболее часто встречается слева, и имеет ход к грушевидному синусу, связанный с щитовидной железой. Этот тип встречается реже, чем перечисленные ранее. Аномалии первой жаберной щели довольно редки, но их расположение в проекции ветвей лицевого нерва потенциально ведет к риску его поражения. Стоит отметить, что нерадикальное удаление приводит к рецидиву заболевания, частому абсцедированию, что требует экстренной госпитализации пациентов. Материалы и методы: в двух центрах: отделении онкологии и детской хирургии НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии и хирургическом отделении патологии головы и шеи с 2012 по 2022 год было прооперировано 17 детей, которым было проведено 20 оперативных вмешательств. Из них: аномалии 1 жаберной щели – 47%, второй – 35%, третьей – 6%, четвертой – 12%. Девочек – 11 (65%), мальчиков – 6 (35%). Средний возраст составил – 8 лет (мин. – 1 г 4 мес., макс. – 16 лет). Результаты: проводя анализ пациентов – только 2 пациента (11%) ранее не были оперированы. В среднем, пациенты в анамнезе уже имели 4 оперативных вмешательства, максимально до 19. Интересно отметить, что в 70 процентов случаев лечение проводилось детскими хирургами, а не специалистами оториноларингологами или челюстно-лицевыми хирургами. До операции 2 пациента имели поражение лицевого нерва до 2-3 баллов по шкале Хаус-Брокманн. Пациентам проводилось МРТ исследование при отсутствии свищевого хода или компьютерная томография с контрастированием свищевого хода, в 2-х случаях – УЗИ диагностика при первичном поражении. Пациентам с аномалией первой ЖЩ все реоперации проводились с использованием нейрофизиологического мониторинга лицевого нерва и его ветвей. Интраоперационное контрастирование бриллиантовым зеленым также использовалось при наличии свищевого хода. В среднем потребовалось 1,2 оперативных вмешательства для полного удаления свищевого хода. В послеоперационном периоде у 1 пациента отмечался парез изолированно маргинальной ветви. Заключение: проведение адекватного предоперационного обследования в объеме МРТ и КТ-фистулографии позволяет уточнить анатомию свищевого хода и спланировать оперативное вмешательство при повторной операции. Использование нейрофизиологического мониторинга позволяет избежать поражения лицевого нерва в условиях измененной анатомии.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РИНОСЕПТОПЛАСТИКА У ПОДРОСТКОВ: НАШ ОПЫТ

Грачев Н.С., Зябкин И.В., Фролов С.В., Калинина М.П., Магомедова А.М., Атаева Д.М.

Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России, Москва

Введение. Длительное затруднение носового дыхания у детей и подростков приводит к патологическому формированию челюстно-лицевой области и развитию вторичных хронических заболеваний верхних дыхательных путей. Восстановление носового дыхания зачастую бывает невозможным без восстановления не только внутриносовых структур, но и наружного носа. На сегодняшний день показания к проведению риносептопластики у подростков остаются дискуссионными. По данным зарубежных и отечественных авторов показаниями к проведению риносептопластики для коррекции носового дыхания являются выраженные девиации каудального отдела перегородки носа, искривления перегородки носа в верхних отделах, выраженные посттравматические деформации со смещением пирамиды носа, дисфункция и коллапс носовых клапанов.

Цель. Оценить эффективность функциональной риносептопластики в качестве метода хирургического лечения затруднений носового дыхания у пациентов младше 18 лет. **Материал и методы.** В выборку включены 29 пациентов с деформациями наружного носа различной этиологии (посттравматические, врожденные, ятрогенные, постлучевые, врожденные) и стойким затруднением носового дыхания от 15 до 17 лет, из них женского пола – 18, мужского пола – 11. Средний возраст пациентов – 16,7 лет. Длительность наблюдения составляет 1,5 года. В течение 2020–2021 гг. в ФГБУ ФНКЦ детей и подростков ФМБА пациентам выполнена функциональная риносептопластика открытым доступом с одномоментной подслизистой вазотомией нижних носовых раковин. 5 (17,2%) пациентам с выраженными повреждениями септального хряща и возможностью использовать хрящевую ткань перегородки носа для формирования графтов проводилась реконструкция носовых структур с использованием реберного хрящевого трансплантата; 3 из них одномоментно выполнялось пластическое закрытие перфорации перегородки носа. 24 (82,8%) пациентам для реконструкции носовых структур применяли хрящевые септальные аутооттрансплантаты. В качестве метода оценки эффективности хирургического лечения традиционно применяются различные шкалы-опросники. В нашей выборке применялось анкетирование пациентов до и через 6 месяцев после операции с помощью стандартизированного опросника для оценки эстетического результата и функции (SCHNOS). Данная шкала послужила методом оценки в связи с одномоментной возможностью оценить не только затруднение носового дыхания, но и удовлетворенность пациента внешним видом наружного носа. Сумма набранных баллов коррелирует со степенью выраженности симптомов. Уменьшение общего количества баллов от инициального свидетельствует об улучшении носового дыхания и удовлетворенности внешним видом.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты отмечают

улучшение носового дыхания и регресс сопутствующих симптомов хронической назальной обструкции, что подтверждается результатами анкетирования, проведенного через 6 месяцев после операции. Среднее количество баллов по данным шкалы SCHNOS – $56,6 \pm 16,15$ до лечения, что соответствует значительным затруднениям носового дыхания, и $7,96 \pm 4,21$ после лечения, что свидетельствует о достоверном улучшении носового дыхания.

Выводы. Функциональная риносептопластика обеспечивает улучшение носового дыхания при наличии деформаций носовых структур, недоступных для коррекции при проведении классической септопластики, и может применяться в качестве метода хирургического лечения у пациентов мужского и женского пола младше 18 лет.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАКРЫТОЙ СОХРАНЯЮЩЕЙ РИНОПЛАСТИКИ С ОТКРЫТОЙ СТРУКТУРНОЙ В СЛУЧАЯХ ВЫРАЖЕННОЙ ДЕВИАЦИИ НОСА. ПЕРСОНАЛЬНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Григорян А.А.

Клиника «Жуковка», Москва

Сравнительный анализ закрытой сохраняющей ринопластики с открытой структурной в случаях выраженной девиации носа. Персональный взгляд на проблему. Григорян А.А. Г. Москва. Российская Федерация Григорян А.А. – пластический хирург клиники «Жуковка»

Введение. Ринопластика с возможностью выравнивания оси носа представляется на сегодняшний день крайне актуальной для пациентов имеющих наружную деформацию носа, в том числе и изолированную деформацию перегородки носа. Выбор методов операции зависит от многих факторов, основным среди которых можно выделить такие, как девиация по типу искривления по оси, либо искривления по сагиттальной плоскости. В мировой практике все чаще становятся популярны методы закрытой сохраняющей ринопластики, ввиду своей атравматичности. Чаще всего в нашей практике мы наблюдаем у пациентов девиацию спинки носа по сагиттальной плоскости, в меньшей степени по срединной линии. Главной задачей является получение ровной спинки носа с наименьшим риском рецидива девиации в отдаленном послеоперационном периоде. А также один из немаловажных факторов — это наличие минимальной травматизации тканей, что позволяет сократить реабилитационный период. В своей работе мы так же выполняли открытую структурную ринопластику в случаях девиации спинки носа и провели сравнительный анализ с ранее упомянутым методом закрытой ринопластики, оценив плюсы и минусы каждого метода. Материалы и методы. Учитывая актуальность данной темы, нами был проведен ретроспективный анализ для сравнения количества послеоперационных рецидивов девиации спинки носа у 30 пациентов, перенесших плановую закрытую сохраняющую и открытую структурную ринопластику на базе отделения клиники пластической хирургии «Жуковка» в период с сентября 2021 г. по сентябрь 2022 г. Пациентам в количестве 15 человек проведенным операцию по типу закрытой сохраняющей

ринопластики мы применили технику SPQR, в которой мы добились результата выравнивания спинки носа путем понижением костной пирамиды асимметричной остеотомией, понижение и выравнивание спинки носа в хрящевой ее части проводилось путем нижней резекции четырехугольного хряща (low strip), тем самым удаленный участок хряща и являлся наиболее деформированным, свободный участок каудального отдела четырехугольного хряща фиксировали к ости верхней челюсти нерассасывающимся шовным материалом (4/0 prolene). Пациентам в количестве 15 человек, которым проводилась открытая структурная ринопластика, выравнивание спинки носа по сагиттальной плоскости выполнялось путем spreader графтов, открепление четырехугольного хряща от ости носа и фиксация в новые точки в случае девиации по срединной линии. Результаты Оценка количества малых осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде операции ринопластики методом SPQR не выявила значительную разницу в общей частоте послеоперационных осложнений при анализе того или иного метода реконструкции, в частности метода открытой реконструктивной ринопластики. Из нежелательных явлений в нашей практике у пациентов из группы закрытой сохраняющей ринопластики в 14% процентах наблюдался рецидив горбинки, в 6.7% наблюдался невыраженный рецидив девиации спинки. При проведение закрытой сохраняющей ринопластики, в большинстве случаях, удалось получить хороший эстетический и стойкий результат. Так же, при сохранении тканей носа, пациенты отмечают комфортную реабилитацию с минимальными отеками и отсутствием гематом. Что существенно отличает ее от техники открытой структурной ринопластики, в случае которой травматизация тканей более существенная. Вывод Выбор метода плановой ринопластики у пациентов с наружной девиации спинки носа подразумевает комплексную оценку состояния пациента в послеоперационном периоде, длительность реабилитации, риск частоты рецидива девиации. Грамотный анализ и оценка показаний для того или иного метода операции позволяет добиться хорошего эстетического результата и психоэмоционального комфорта пациента, а также снизить частоту объемных вторичных вмешательств у пациентов с рецидивом девиации после открытой структурной риносептопластики.

АЛГОРИТМЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ, ИДУЩИХ НА ЛИФТИНГОВЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО Телу

Григорян А.Ю., Леонтьева Г.А.

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

Алгоритмы предоперационной подготовки пациентов, идущих на лифтинговые операции по телу Введение. Предоперационная подготовка не должна лишь ограничиваться стандартом предоперационного обследования. Мы рассматриваем предоперационную подготовку несколько шире. Оцениваем объективный статус пациента, показатели лабораторных данных, инструментальных методов исследования, наличие сопутствующих заболеваний, возрастные изменения, объем и план оперативного лечения.

Для предоперационной подготовки пациента в ЦКиПХ мы используем уникальный, годами разработанный алгоритм предоперационного обследования. Цель исследования: Оценить результативность предоперационной подготовки у пациентов, идущих на лифтинговые операции по телу. Материалы и методы: Проанализировано всего 15 пациентов в возрастной группе от 35 до 65 лет. Результаты и обсуждения. При изолированной абдоминопластике в 7 случаях был достигнут хороший результат с оптимальным эстетическим эффектом. В сочетании абдоминопластики с липосакцией торса и брахиопластикой в 2 случаях был достигнут оптимальный результат. В сочетании абдоминопластики, липосакции торса с редукционной мастопексией в 6 случаях достигнут оптимальный результат. Выводы. Предоперационная подготовка пациентов, как при изолированных коррекциях, так и при комплексных операциях показала хорошие результаты. Это свидетельствует о том, что предоперационная подготовка перед лифтинговыми операциями по телу имеет огромное значение.

КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ УДАЛЕНИЯ ПААГ ИЗ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛЕНЕЙ

Грицюк А.М., Мариничева И.Г.

НАО Медлаз, Москва

В 90-х годах прошлого века для контурной пластики мягких тканей широко применялся полиакриламидный гидрогель (ПААГ). Большое число осложнений воспалительного характера требует удаления этого препарата, зачастую экстренно с соблюдением всех правил гнойной хирургии и выполнением обширных разрезов. При этом особенности распределения ПААГ не позволяют его полноценно удалить из мягких тканей. Накопление ПААГ под мышечной фасцией требует выполнения фасциотомии, что сопровождается нарушением анатомии фасциальных футляров. Развившиеся последствия уже не столько введения ПААГ, а чрезмерно радикального его удаления требуют коррекции значительных дефектов и деформаций мягких тканей. В подобных случаях применение липофилинга не эффективно, а разрушение мышечной фасции не позволяет адекватно восстановить контур и восполнить объем голени с помощью силиконовых имплантатов. Цель работы: разработать способ коррекции контуров голени при значительных дефектах мышечной фасции после удаления ПААГ. Материал и методы. В период с 2000 по 2022 гг. силиконовые имплантаты для восстановления объема мягких тканей голени после удаления ПААГ применили у 43 женщин. У семи из них в послеоперационном периоде диагностированы значительные дефекты мышечной фасции, сопровождавшиеся пролабированием имплантатов под кожу. В трех случаях дефекты были односторонними. Всего выполнена коррекция 11 голеней. Протяженность дефектов составляла от 5 до 22 см, в среднем 11 ± 4 см. Зачастую дефекты были фестончатыми из 3-5 окон разного размера. Для замещения дефекта мышечной фасции использовали аллодермальный матрикс (АДМ). АДМ фиксировали по контуру мышечной фасции, устанавливали имплантат и закрывали полость. Фиксацию выполняли полипропиленовой мононитью 4-0. Руководствовались тем,

что использование плетеного шовного материала в тканях скомпроментированных ПААГ чревато появлением лигатурных свищей. Полученные результаты. АДМ хорошо фиксируется за счет прорастания соединительной тканью. У двух пациентов с односторонней коррекцией наблюдали выраженную кожную реакцию по типу рожистого воспаления, которую купировали консервативно. Повторно оперировали четырех пациентов. В одном случае по желанию пациентки выполнена замена имплантата на больший объем с одновременной заменой АДМ. В другом случае при использовании двух «заплаток» из АДМ в месте их соединения пациент ощущал неприятные ощущения, что потребовало замены на цельный лист АДМ. В третьем случае использованный для создания объема вторым слоем избыток АДМ контурировал под кожей, что потребовало его удаления. В четвертом случае у пациентки через 2 месяца после купирования рожистого воспаления сформировался лигатурный свищ, затрагивающий подлежащий АДМ, в результате чего АДМ частично лизировался с обнажением силиконового имплантата, что потребовало удаления АДМ и имплантата. Вывод. Использование АДМ для закрытия значительных дефектов мышечной фасции над силиконовым имплантатом является перспективным и не имеющим выгодных альтернатив, несмотря на значительное число осложнений, которые в значительной степени обусловлены состоянием мягких тканей после введения ПААГ.

ОПЫТ MOHS-ХИРУРГИИ НЕМЕЛАНОМНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ЛИЦА

Гришко Р.В., Кузьмин А.С.

Клиника инновационных медицинских технологий – Градиент, Москва

Еще совсем недавно Mohs-хирургия была экзотическим методом в нашей стране и выполнялась только в 1-2 клиниках. В последние годы ситуация стала меняться. И на сегодняшний момент как минимум в 6 клиниках Москвы выполняется данный метод. Накопленный опыт позволяет проводить обучение специалистов-онкологов и морфологов данной методике без необходимости выезда за рубеж и без привлечения иностранных специалистов. Дальнейшее расширение использования метода, проведение тематических конференций, общение Mohs-хирургов России между собой и с иностранными коллегами, безусловно, должно повысить качество и доступность подобного лечения для пациентов. В Клинике Инновационных Медицинских Технологий – Градиент методика используется с марта 2020 года. Суть методики: вначале с помощью кожных насечек маркируется ориентация опухоли. Затем опухоль удаляется с отступом по периферии 2мм и по глубине по визуально неизменному слою. Рана закрывается временной повязкой. Иссеченный лоскут: удаляется центральная часть опухоли. Релаксированный лоскут выкладывается таким образом, чтобы весь периферический край и вся глубокая поверхность находились в одной плоскости. Края между насечками маркируются гистокрасками разных цветов. Выполняются криозамороженные срезы. Срезы позволяют выявить остатки опухоли, определить их точную локацию в ране и досечь следующим этапом. Ушивание

раны, в том числе, с использованием кожной пластики лоскутами, выполняется после верификации морфологом чистоты всех 100% края резекции. Длительность гистологического этапа операции – около 1 часа. Всего с марта 2020 по июль 2022 года выполнено 175 операций. За указанный период случаев рецидива не выявлено. В анализ попали 167 случаев. Исключены из анализа 2 случая с локализацией на шее. А также 6 случаев в связи с отсутствием точных данных по размерам опухоли и отступов. По частоте локализации распределение: нос – 33%, щечная и околоушная – 16%, веки и медиальный угол глаза – 12%, лоб, висок, верхняя губа – соответственно 11% – 10% – 7%. Так как гистологическому контролю подвергается весь край резекции, и ререзекции выполняются только в части края с обнаруженной остаточной опухолью, то итоговый отступ от видимого края отличается в разных направлениях. Соответственно, в анализе мы использовали понятия минимальный и максимальный отступ. Средний отступ по всем случаям оставил 2,3-2,9 мм (соответственно минимальный и максимальный отступ). Крайние значения отступа: 1 мм – 3 см. Отступа в 2 мм оказалось достаточно в 63% случаев. Но в 18% этих случаев резекция оказалась недостаточной по глубине. Характеристика данной группы: 81% – первичные, 19% – рецидивные опухоли. Средний размер опухоли в данной группе 11,4 мм (крайние значения размеров: 3 мм – 3,5 см). Наоборот, отступа более 4 мм потребовалось в 8% всех случаев (средний размер опухоли 2,1*2,8 см). Более 6 мм – в 4% случаев (средний размер опухоли 2,7*3,3 см). Повторная резекция глубоких тканей потребовалась в 19% всех случаев. Выводы: 1. Более чем в половине случаев рекомендованный отступ в 4 мм являлся избыточным. Учитывая локализацию на лице (а это малый запас тканей и высокие требования к косметичности) экономия в отступе при подтвержденной радикальности значительно снижает травматичность процедуры. 2. В 19% случаев интраоперационный гистоконтроль по Mohs позволил выявить остатки опухоли в глубине раны и ререзектировать их следующим этапом до ушивания раны. 3. В 8% случаев потребовалось выполнить отступ от видимой границы опухоли более 4 мм, а в 4% – более 6 мм.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ПТОЗА БРОВЕЙ, ПСЕВДОБЛЕФАРОХАЛИЗИСА И ИНВОЛЮЦИОННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

Грищенко С.В., Ушано Г.Т.

ООО «ТОПКЛИНИКА Эстетической Медицины», Москва

Клинические наблюдения показывают, что гравитационное опущение (птоз) брови с одной или двух сторон – явление довольно частое и встречается как у пожилых, так и у молодых людей. По мнению Е.Э. Кугоевой (1997), появление ранних признаков старения у молодых пациентов может быть обусловлено врожденной или приобретенной гиперэластичностью соединительной ткани. Не редко, низкое положение бровей бывает асимметричным и сильнее проявляется на той половине лица, где

снижен мышечный тонус лобной мышцы (*venter frontalis m. occipitofrontalis*). Чаще всего данная асимметрия не связана с заболеванием и является физиологической особенностью пациента, проявляется в виде ложной складки верхнего века (псевдоблефарохалазис) и может оставаться длительное время не заметной для него. Птоз брови характеризуется следующим симптомокомплексом: положением всей брови (головка, тело, хвост) или наружной её части (хвост) ниже верхнего края орбиты, уменьшением расстояния от нижнего края брови до верхнего ресничного края, псевдоблефарохалазисом, расслабленностью мягких тканей верхней трети лица. Цель: Разработка оптимально эффективных и малотравматичных методов коррекции псевдоблефарохалазиса в разных клинических ситуациях. Для решения данной цели поставлены следующие задачи: 1). Провести анализ клинических проявлений инволюционного птоза бровей и методов его коррекции; 2) выявить клинические ситуации, когда целесообразно изменить стандартные хирургические подходы; 3) на основе полученных результатов разработать оптимальную хирургическую тактику с эстетической и функциональной точек зрения. Под нашим наблюдением за 2018-22 гг. находилось 207 пациенток (100%) от 35 до 65 лет с инволюционным птозом бровей в ООО «ТОПКЛИНИКА Эстетической Медицины». Из них в 61 случае птоз брови был односторонним. Степень выраженности птоза определяли по Фришберг И.А. (1969). Для изменений I степени характерны: небольшое ослабление тургора мягких тканей лобной области, сместить их вверх невозможно, поперечные морщины, складки и борозды кожи мало выражены в покое и четко контурируются при подъеме бровей. При изменениях II степени отмечали умеренное расслабление кожи и *venter frontalis m.occipitofrontalis* с возможным незначительным смещением их вверх, четкие поперечные морщины, складки и борозды на коже лба. Изменения III степени диагностировали, если имелись глубокие складки и борозды на коже лба, значительное расслабление кожи с *venter frontalis m. occipitofrontalis* и свободное их смещение вверх. 1. Так, были выявлены 105 пациенток (50,7%) с показаниями для коррекции только наружной части брови (тело, «хвост»), у них диагностирован птоз наружного края брови, псевдоблефарохалазис в виде «шторок» с инволюционным изменением тканей лобной области I или II степени. В этих случаях достаточно эффективны были малотравматичные хирургические техники, например, иссечение участка кожи над бровью в виде полумесяца (запятой, крыла бабочки и др.), нитевой, височный лифтинг с резекцией кожно-мышечного лоскута, фиксация брови в поднятом положении к надкостнице через дополнительные разрезы или с доступом через верхнее веко (McCord C.D., 2001, патент РФ № 2223734, 2002 Грищенко С.В., Лобанова С.Н.). 2. Всего 78 пациенток (37,7%) имели птоз всей брови, инволюционным изменением тканей лобной области II степени, показаниями и желанием поднять брови равномерно во всех отделах. В этой группе у 35 пациенток (16,9%) предпочтение было отдано эндоскопическому лифтингу верхней трети лица (F.Nahai, R.Saltz, 2008), в 43 случаях (20,8%) дополнили височным лифтингом с иссечением участков кожно-мышечного лоскута. 3. Показаниями для коронарного доступа у 24 пациенток (11,6%) 54-65 лет явились: птоз бровей, псевдоблефарохалазис в сочетании с расслабленностью, свободным смещением, признаками

гиперэластичности и инволюционными изменениями III степени мягких тканей верхней трети лица. Отдаленные результаты от 1 года до 3 лет 1 и 2 группах показали минимальную потерю коррекции после применения височного доступа и после иссечения кожи над бровями. Следует отметить, что у пациентов с выраженной расслабленностью мягких тканей верхней трети лица наиболее эффективно оказалось сочетание эндоскопического и височного лифтинга или выполнение классического коронарного доступа, но в последнем случае при согласии пациента на длинный рубец перед или за линией роста волос.

ОБЕДНЕНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРРАСТЯЖИМЫХ ВЕК

Грищенко С.В., Ушано Г.Т.

ООО «ТОПКЛИНИКА Эстетической Медицины», Москва

Для практикующих врачей не является секретом факт, что после эстетической блефаропластики, как после любого хирургического вмешательства, возникают осложнения. Особую группу осложнений составляют послеоперационные деформации век: лагофтальм, эктропион, птоз и выворот век. Отмечено, что чаще всего они наблюдаются у пациентов с синдромом гиперрастяжимых век (СГВ). Криницын Е.А., Фетцер Е.И. и Груша Я.О. (2021) описали СГВ (от англ. floppy eyelid syndrome) как достаточно редкое заболевание, при котором верхние веки, становясь сверхэластичными, легко растягиваются и могут спонтанно выворачиваться во время сна. Распространенность СГВ среди взрослого населения колеблется от 3,8 до 15,8%. По мнению Alessandra De Gregorio, Alberto Cerini et.al (2021) дряблость век может быть результатом ряда инволюционных, местных и системных заболеваний. Тем не менее, СГВ часто может оставаться незамеченным, и, следовательно, его распространенность явно недооценена. Цель: На основании клинических проявлений СГВ разработать оптимально эффективные техники блефаропластических операций. Для достижения цели поставлены следующие задачи: 1). провести анализ клинических признаков СГВ; 2) разработать принципы хирургической реабилитации пациентов с СГВ. Обследованы 368 пациентов (100%) из разных регионов России с инволюционными изменениями век и показаниями к эстетической блефаропластике, которые обратились в ООО «ТОПКЛИНИКА Эстетической Медицины» с 2017 по 2021гг. Из них 44 мужчины (12,0%) и 324 женщины (88,0%) от 43 до 68 лет. Из общего количества выявлено 87 пациенток (23,6%) с СГВ, 13 мужчин (3,5%) и 74 женщины (20,1%). Все 87 пациенток имели клинические признаки СГВ в различных сочетаниях: выраженные возрастные изменения, кожные складки с признаками гиперэластичности тканей, блефарохалазис, гипоплазия или аплазия естественных складок верхних век, птоз слезных желез, дистопия и эверсия слезных точек, слезотечение, эктропион, скрытая ретракция нижних век и истинная виде провисания, разворота реберных краев нижних век наружу, отсутствие прилегания нижнего века к главному яблоку, смещение наружных углов глаз по вертикали больше 0,5 см, положительная щипковая проба, слезотечение. В тяжелых случаях наблюдали воспалительные и дистрофические изменения переднего отрезка глаза

с клинической картиной кератита, конъюнктивита и гипертрофии слизистой век. Спонтанного выворачивания верхних век во время сна и дефицита тканей не выявлено ни в одном случае. При планировании блефаропластических операций учитывали наличие у пациентов с СГВ растяжения, истончения тарзальных пластинок, растяжения связочного аппарата, в том числе кантальных связок и как итог – ослабление опорных функций век. Поэтому у данной группы пациентов основные стандартные этапы верхней и нижней блефаропластики в зависимости от клинических проявлений дополнили: 1) техникой создания естественных складок путем фасциально-апоневротической фиксации (Грищенко С.В., 2007г.) при гипоплазии или аплазии естественных складок, 2) подшивание слезных желез к надкостнице верхне-внутреннего края орбиты при их птозе, 3) укрепления тарзальных пластинок нижней век аутологичным хрящом, взятым из противозавитка ушной раковины или дезэпидермизированной свободной кожей, донорские зоны – живот или ягодичная складка при гипотонии нижних век, сенильной патологии и положительной щипковой пробе, 4) миопексия во всех случаях, 5) кантопексия при растяжении кантальных связок и как этап укрепления нижних век аутологичным трансплантатом, 6) блефарорафия на 5-7 дней во всех случаях как этап нижней блефаропластики. В процессе лечения всем пациентам назначали заместительную терапию препаратами искусственных слез и стимулирующих репаративные процессы в роговице. Послеоперационная реабилитационная программа включала микроочковый лимфодренаж, ультрафонофорез с гидрокортизоном, LED фотодинамическую терапию, миогимнастику, ношение силиконовых накладок, CO₂ лазерную шлифовку рубцов. Следует отметить, что на этапах реабилитации у 12 пациентов сохранялась временная 1-3 мес. послеоперационная ретракция нижних век и в 5 случаях лагофтальм на фоне отека и патологического рубцевания. Во всех случаях удовлетворительные и хорошие отдаленные результаты 1-3 года показали эффективность данного подхода, необходимость выявления пациентов с СГВ на этапе планирования эстетической блефаропластики и выполнения ЭБ с элементами реконструкции.

АУГМЕНТАЦИОННАЯ МАСТОПЕКСИЯ ПРИ ПТОЗЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ. НАШ ОПЫТ ПОЛУЧЕНИЯ СТАБИЛЬНЫХ МНОГОЛЕТНИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Гузик А.А., Погосян Д.А., Маланичев М.Ю., Габеев А.И., Гарипов Р.Р.
ООО «Форма», Москва

Актуальность. Птоз молочных желез – очень частая проблема, зачастую провоцируемая не только постлактационным периодом, но и скачками веса, генетическими факторами, что обусловлено анатомией молочной железы и слабостью ее связочного аппарата. Потеря формы молочных желез является для женщины весомой психоэмоциональной проблемой, ведущей к снижению качества жизни (Nuzzi L.C. Et al, 2014), вследствие чего пациентки обращаются к пластическим хирургам за коррекцией в ожидании стабильно идеального результата в течение многих лет. Цель. В данной работе проанализированы долгосрочные результаты 135 пациенток и сделаны выво-

ды о наиболее эффективном сочетании приемов при данной операции. Материалы и методы. С 2020 по 2022 год по данной методике были прооперированы 256 пациенток с птозом молочных желез различной степени. Возраст пациенток 27-45 лет. Всем им была выполнена аугментационная Т-образная мастопексия, из них 125 – с элементами редукции на верхе-медиальной ножке. У всех пациенток была применена модернизированная методика формирования лоскута Рибейро (L. Ribeiro) (1975), импланты были установлены субмускулярно. Результаты оценивались через 3-6-9-12-24 месяцев. Оценка результатов проводилась не только на основании удовлетворенности пациенток, но и объективными измерениями с помощью рулетки и штангенциркуля для оценки симметрии по расположению САК, подгрудных складок и положения имплантов. Результаты. При выполнении подтяжки груди мы используем модернизированную методику с формированием лоскута Рибейро – он является хорошей опорой для импланта, при этом позволяя ему опускаться вместе с железой в течение 2-3 лет (по нашему наблюдению на 1-1,5 сантиметра с обеих сторон). Мы истончаем его в верхнем отделе и фиксируем к свободному краю большой грудной мышцы, что позволяет гарантировать стабильность его положения, а также снижает нагрузку на рубцы. Кроме того, мы выполняем адекватную редукцию с использованием верхней или верхе-медиальной сосудистых ножек. Во всех случаях мы используем плотное ушивание железы в нижнем отделе (нить пдс 3.0), а некоторых случаях – липофилинг нижнего и медиального склонов (что помогает избежать Киплинга и пальпируемости имплантов). Выводы. С помощью комбинации методик (Т-образная мастопексия с использованием лоскута Рибейро, редукции при необходимости, формирование плотного субмускулярного кармана для импланта, липофилинг и ушивание железистой ткани в нижнем полюсе) можно достичь долгосрочного оптимального результата при аугментационной мастопексии.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕК И ПАРАМЕТРОВ ГЛАЗНОЙ ЩЕЛИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Гущина М.Б., Надточий А.Г., Терещенко А.В., Афанасьева Д.С.

ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад С.Н.Федорова», Калужский филиал, Калуга

Цель. Изучить клинические и эхографические особенности век и глазной щели при лицевом параличе. Материал и методы. Проведено клиническое обследование 114 пациентов с поражением лицевого нерва различной этиологии, которое включало внешний осмотр, измерение амплитуды движения верхнего и нижнего века, высоты верхнего века (LMBD), параметров глазной щели (ширины с открытыми и закрытыми глазами, MRD1, MRD2, MLD1, MLD2, длины), экзофтальмометрии по Гертелю, определение поля зрения и определение стимулированной слезопродукции (тест Ширмера 1). В 31 случае дополнительно проводили эхографическое исследование основных структур век (кожа, круговая мышца, тарзоконъюнктивный комплекс и комплекс леватор-мышца Мюллера)

при закрытых веках в сагиттальной плоскости в В-режиме на ультразвуковом сканере MyLabTwice (Esaote, Италия) с использованием линейного датчика 10-22 МГц (рабочая частота 20-22 МГц) с шириной апертуры 16 мм и пространственным разрешением 0,2 мм. Все исследования проводили на интактной и пораженной стороне. Результаты. При клиническом исследовании было установлено, что относительно парной стороны при поражении лицевого нерва имеет место амимия иптоз мягких тканей подглазничной области и брови с деформацией верхнего века в латеральных отделах в виде дерматохлазиса, нависающего ниже уровня ресничного края и лагофтальм (в среднем $6,16 \pm 2,06$ мм), а также наблюдается уменьшение амплитуды движения верхнего и нижнего века (в среднем на 0,6 и 2,28 мм соответственно), укорочение LMBD (в среднем на 1,53 мм) за счет изменения параметров MRD1, MRD2, MLD1, MLD2 (в среднем на 0,6; 1,23; 1,6; 2,07 мм соответственно), удлинение глазной щели (в среднем на 0,5 мм), уменьшение показателей стимулированной слезопродукции (в среднем на 1,85 мм), протрузии глазного яблока (в среднем на 1,07 мм) и ограничение поля зрения с верхне-латеральной стороны. При ультразвуковом исследовании на пораженной стороне выявлено уменьшение общей толщины обоих век относительно контралатеральной (интактной) стороны. Кроме того, выявлены различия на верхнем и нижнем веке: на нижнем веке наблюдалось истончение всех структур, в то время, как на верхнем веке наряду со значительным уменьшением толщины круговой мышцы, отмечалось увеличение толщины кожи надцилиарной области, конъюнктивы и комплекса ТП-конъюнктивы на уровне верхнего края ТП. При этом установлено, что толщина комплекса леватор-мышца Мюллера, который фиксируется к вышеуказанным структурам, на стороне поражения значимо не отличается от аналогичного параметра на контралатеральной стороне. В связи с чем значительно изменяется соотношение толщины круговой мышцы глаза и комплекса мышц, поднимающих верхнее веко (леватор и мышца Мюллера): 1: 2 [1,66; 2,69] на интактной и 1: 21,5 [6,6; 145,0] ($p < 0,001$) на пораженной стороне (мышечный дисбаланс). Выводы. При проведении анализа и сопоставления полученных данных клинического и ультразвукового исследования у пациентов с паралитическим лагофтальмом выявлено: – ограничение амплитуды движения верхнего и нижнего века за счет истончения и нарушения функции круговой мышцы глаза; – уменьшение LMBD за счет уплотнения (контрактуры) структур верхнего века, к которым фиксируются мышцы-подниматели; – увеличение ширины глазной щели за счет ретракции верхнего века в связи с мышечным дисбалансом, а также с провисанием, ретракцией и выворотом нижнего века в связи с выраженным истончением всех его структур и под воздействием силы тяжести денервированных нижележащих мягких тканей лица; – увеличение длины глазной щели за счет истончения и атонии круговой мышцы и ее сухожилий; – протрузия глазного яблока в связи с расширением глазной щели и утратой опорной функции век; – снижение показателей стимулированной слезопродукции за счет экспозиционных симптомов в связи с наличием лагофтальма; – ограничение поля зрения с верхне-латеральной стороны за счет нависания дерматохлазиса ниже уровня ресничного края верхнего века.

ОСОБЕННОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ ГЛОТКИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ

Дайхес Н.А., Виноградов В.В., Решульский С.С., Федорова Е.Б.

ФГБУ НМИЦ оториноларингологии ФМБА России, Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России» (дир. -проф. Н.А.Дайхес), г. Москва, Россия. E-mail: elena.fe12@yandex.ru Лечение пациентов с III – IV стадией рака гортани комбинированное или комплексное, основной этап- хирургический в объеме ларингэктомии. Среди местных послеоперационных осложнений в 30 % случаев встречается глоточный свищ с формированием фарингостомы. Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения пациентов с III – IV стадией рака гортани, увеличение реабилитационного потенциала пациентов после ларингэктомии. Задачи исследования: 1. Разработать методику ушивания глотки с формированием анатомо-физиологических предпосылок для улучшения заживления раны после ларингэктомии; 2. Сравнить разработанную методику ушивания глотки с существующей. Материалы и методы. В отделении ЛОР-онкологии ФГБУ НМИЦО ФМБА России проведено исследование, в котором приняли участие 70 пациентов с III-IV стадией рака гортани. Все пациенты мужского пола, средний возраст составил 62 года. Проводилось комбинированное лечение в объеме ларингэктомии (+/- шейная лимфодиссекция) + ДГТ СОД 48-54 Гр Разделены на 2 группы в зависимости от техники ушивания глотки: I группа (n=35) – ушивание глотки кистетным швом □ II группа (n=35) – ушивание глотки по предложенной нами методике (патент №2750908) Результаты исследования. Оценивая результаты заживления послеоперационной раны, стоит отметить, что у 4 пациентов из первой группы заживление послеоперационной раны происходило вторичным натяжением с формированием глоточного свища, который зажил самостоятельно. Во 2 группе отмечалось формирование серомы в двух клинических случаях. Выводы. Разработанная методика ушивания глотки с формированием анатомо-физиологических предпосылок показала высокую эффективность. При сравнении предложенной нами методики ушивания глотки с существующей отмечается уменьшение частоты развития послеоперационных осложнений и улучшение заживления послеоперационной раны на 13,3 %. Улучшение заживления послеоперационной раны обеспечивает формирование более высокого реабилитационного потенциала после ларингэктомии.

НАШ ПОДХОД К МИОПЕКСИИ

Дзотцоев А.К., Крайтор А.С.

Частная практика, Москва

Мотивирован избирательный подход к применению миопексии в эстетической нижней блефаропластике. Данный хирургический маневр направлен на укрепление нижнего века с целью предотвращения послеоперационного эктропиона. Применяемый способ основан на пальпаторном

предоперационном анализе тонуса круговой мышцы глаза и кантальных связок, что позволяет определить необходимость миопексии и выбрать способ ее выполнения. С применением данного способа выполнено 263 нижних блефаропластики с 01.01.2017 по 01.01.2022 гг. Возраст пациентов составлял от 24 до 83 лет (средний возраст 49 лет). Из 263 блефаропластики 33 (12,5%) выполнены с распределением ретросептальной жировой клетчатки по С.Н. Wong в нашей адаптации. В 176 (66,9%) случаев миопексия не выполнялась, в 31 (11,8%) случае выполнялась миопексия к наружной кантальной связке, в 12 (4,6%) случаях к надкостнице края орбиты, в 44 (16,7%) случаях выполнялась плицирующая миопексия. В послеоперационном периоде у 3 (1,1%) пациентов с миопексией к надкостнице сформировалось искажение нижнего века без эктропиона по типу склерального вида, у 1 (1,1%) пациента с плицирующей миопексией сформировалось искажение по типу круглого глаза, у 4 (1,5%) пациентов, прооперированных по С.Н. Wong, 3 (1,1%) с миопексией и 1 (0,3%) без миопексии, сформировался эктропион при взгляде вверх по типу дефицита центральной пластинки. Все осложнения самостоятельно разрешились в срок 3-6 месяцев. Сроки наблюдения составили в 154 случаях до 14 дней, в 81 случае до 3 мес., в 28 случаев до 3 лет. Применяемый способ избирательного подхода к миопексии в эстетической нижней блефаропластике за счет эффективности предоперационного планирования позволил сократить время проведения операции и минимизировать травматичность оперативного вмешательства, что определяет высокий уровень эстетических результатов.

ЛИПОФИЛИНГ НИЖНЕГО ВЕКА ПО ТИПУ «ЛИЧИНКИ ШЕЛКОПРЯДА»

Добросельская М.С., Добросельский М.В., Нерсисянц С.А.
ООО Бест Клиника, Ростов-на-Дону

При вторичных гипотрофических изменениях объема тканей нижнего века, часто наблюдаемых после нижней блефаропластики с удалением большого количества жировых пакетов, а также наличием индивидуальных особенностей строения лицевого скелета, основная жалоба пациентов (ок) на скелетизацию нижнего края орбиты и неудовлетворительный эстетический результат. Основной рекомендацией в таких случаях является восполнение объема введением собственного жира (липофилинг нижних век), без конкретизации области введения. При наблюдении таких пациентов встречались разногласия в литературе и в практике. В азиатских странах, на данный момент активно диктующих бьюти-тенденции всему миру, часто встречается упоминание об омолаживающем липофиллинге нижних век по типу «личинки шелкопряда», подчеркивая несложность этой манипуляции и акцентируя схожесть полученного эффекта после такого липофиллинга (именно пресептальной зоны нижнего века) с юными глазами. В нашей клинике пациентке Н, 43 лет (после неудачной блефаропластики, в другом учреждении), было введено подкожно, через разрез 2мм в области наиболее углубленной морщины «гусиные лапки» в указанную зону нижнего века по 0.8 мл жировой эмульсии (взятой из п/к клетчатки

передней брюшной стенки) через канюлю 0.15, после ее выделения простым способом «отстаивания». Послеоперационный период без особенностей, приживление перенесенных тканей составило почти 100%. Необходимо отметить, что полученный результат полностью удовлетворил нас и пациентку, с ее субъективной оценкой «10» (из 10). Таким образом, при решении вопроса об области переноса жировой эмульсии при липофиллинге нижнего века, может быть рассмотрена изолированно пресептальная область, как показание для «камуфляжа» скелетированного нижнего края орбиты и получения более юного взгляда, манипуляция довольно простая, не требующая коррекции из-за первично небольших объемов, имеющая мало осложнений

ВЛИЯНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЛИЦЕВЫЕ ПАРАМЕТРЫ

Дубовская М.А.

Клиника эстетической ортодонтии Конфиденция,
Санкт-Петербург

Запросы пациентов, приходящих к ортодонту, иногда имеют междисциплинарный характер. Зачастую одна и та же задача может решаться и косметологами и ортодонтами, но совершенно по-разному. Ортодонты, в прерогативе которых создание красивых улыбок и поддержка мягких тканей (а зубы являются именно их поддержкой), часть задач пациентов мы можем решить, но часто бывает так, что их решение не в плоскости нашей компетенции. Важно понимать, что есть две отдельные области: лицо и зубы и для получения качественного лечения, мы должны объединить усилия для того, чтобы создать улыбку, которая не нанесет ущерб профилю лица. План ортодонтического лечения объединяет эти две задачи, но иногда в рамках атравматичной манипуляции совместить эти запросы невозможно и вот тогда мы выбираем из нескольких вариантов. Например, если мы можем предложить только лечение с челюстно-лицевой операцией, а пациент наотрез отказывается от такого развития событий, мы должны понимать, что безоперационное лечение может повлечь последствия: есть риск уменьшения средней трети лица, образования носогубных складок и за устранением побочных эффектов уже придется идти к косметологу. Если выбирать операцию, то косметологические процедуры можно отложить, так как мы успешно создадим каркас, выдвинув челюсть вперед, таким образом разглаживается вся верхняя треть. Если пациент выбирает простое ортодонтическое лечение, то мы должны согласовать риск побочных изменений с пациентом. Достаточно часто ортодонтическое лечение может помочь решить эстетический вопрос с лицевой областью без вмешательства косметолога, потому что расширение верхней челюсти в рамках костной ткани, протезирование недостающих зубов позволяет создать хорошую поддержку для мягких тканей и, таким образом, пациент получает не только ровные зубы и красивую улыбку, но и улучшенную среднюю треть лица. Одна из частых патологий, встречающихся у пациентов – глубокий прикус. Если мы его решаем стандартными методиками, это происходит с увеличением нижней трети лица, с появлением скул. Кому-то из пациентов это нравится, кому-то нет. Одна из популярных тем

современной косметологии – углы молодости и это довольно интересная тема для обсуждения. С одной стороны, есть альтернативные методы воздействия на выдвигание нижней челюсти вперед упражнениями, с другой стороны, правильная ортодонтия всегда очень осторожна как раз из-за побочных эффектов. Если основной запрос – эстетика лица, мы останавливаем его, направляя на прием к косметологу, чтобы он не тратил время на долгосрочное лечение, которое не приведет к ожидаемому результату. Врач должен уметь анализировать в его силах это сделать или нет. Сейчас активно развивается направление комбинированного ортодонтического лечения с челюстно-лицевой хирургией. Такое взаимодействие дает колоссальные возможности. Например, десневую улыбку очень тяжело исправить только лишь ортодонтическим вмешательством, хотя это один из часто встречающихся запросов пациентов. Ее можно решить за счет инъекции ботулотоксина в верхнюю губу, если рассматривать косметологическое решение, либо мы можем решить это челюстно-лицевой хирургии совместно с ортодонтическим лечением. Еще одна интересная тема – в разговоре у нас виден дисплей улыбки и это придает лицу юности. Многим пациентам не нравится, что в разговоре не обнажаются верхние зубы и мы стараемся в рамках возможного опустить резцы, но если у есть филлеры, то губа снова может опуститься и бывает сложно понять в какую сторону мы двигаемся. Это тоже вопрос, который нужно решать совместно с косметологом. Ортодонтия все больше и больше приобретает комплексный характер, что открывает новые возможности в решении клинических задач.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИБРЕТЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ИМПЛАНТАТАМИ, ИЗГОТОВЛЕННЫМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ CAD/CAM И АДДИТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Еолчиан С.А., Чёлушкин Д.М.

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. ак. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, Москва

Введение. Современные достижения в реконструктивной хирургии, связанные с применением цифровых технологий и биосовместимых аллопластических материалов, позволили продвинуться в решении проблемы устранения сложных дефектов черепа, используя индивидуальные имплантаты, изготовленные на основе данных компьютерной томографии (КТ) различными методами автоматизированного проектирования и производства. Выбор методов краниопластики и пластического материала, оптимальных для конкретной клинической ситуации, остается актуальной проблемой реконструктивной нейрохирургии до настоящего времени. Цель исследования: анализ результатов применения индивидуальных имплантатов, изготовленных из титана, полимерного материала РЕЕК и полиметилметакрилата (ПММА) с использованием CAD/CAM и аддитивных технологий, для устранения приобретённых дефектов черепа. Материалы и методы. Проанализированы результаты применения индивидуальных имплантатов

из титана, полиметилметакрилата (ПММА) и полиэфирэфиркетона (РЕЕК) для проведения краниопластики у 168 пациентов (66 женщин, 102 мужчины). Возраст пациентов варьировал от 7 до 75 лет. Операции выполнялись в сроки от 5 до 68 месяцев после резекционной или декомпрессивной трепанации у пациентов с черепно-мозговой травмой, ишемическим или геморрагическим инсультом, разрывами интракраниальных аневризм, опухолями головного мозга. У 75 (44,6%) из 168 пациентов имелись краниоорбитальные дефекты, у 93 (55,4%) – дефекты других отделов свода черепа. У 6 пациентов проводилась резекция доброкачественных опухолей с поражением костей черепа с одномоментной пластикой дефекта. У 9 пациентов в анамнезе были указания на гнойно-воспалительные осложнения. Всем пациентам выполнялась КТ всего черепа высокого разрешения (с толщиной среза до 1 мм). Данные КТ в формате DICOM пересылались фирме-производителю для компьютерного моделирования, создания стереолитографических моделей и пресс-форм для изготовления имплантата, или прямого изготовления имплантатов промышленным способом с использованием CAD/CAM и аддитивных технологий. У 105 (62,5%) пациентов были установлены титановые имплантаты, из них у 68 (64,8%) – сетчатые титановые имплантаты, смоделированные по стереолитографическим моделям (СТЛМ) черепа с дефектом, у 37(35,2%) – титановые пластины, изготовленные методом 3D печати (33 наблюдения) и высокоскоростного фрезерования (4 наблюдения). Имплантаты из ПММА, изготовленные по стереолитографическим пресс-формам были установлены у 52 (31%) пациентов. У 11 (6,5%) пациентов были использованы имплантаты из материала РЕЕК, изготовленные методом высокоскоростного фрезерования. Минимальная площадь дефекта составила 30 см², максимальная – 244 см². Сетчатые титановые имплантатами, моделируемыми по СТЛМ, устранялись дефекты черепа размерами до 100 см². В случаях контакта дефекта с лобной пазухой, при использовании имплантатов из ПММА и РЕЕК, она изолировалась ротированными надкостничными лоскутами. Результаты. В ходе операции отмечалась высокая точность индивидуальных имплантатов, их полная конгруэнтность краям дефекта у 163 (97%) пациентов. У 5 (3%) пациентов с обширными дефектами лобно-орбитальной области в ходе операции имелись сложности при установке имплантатов в правильном положении. У 2-х из них в ходе операции потребовалась корректировка имплантатов из материала РЕЕК. В 3-х наблюдениях проводилась ревизия раны: у 2-х пациентов – для корректировки имплантата, у одного – для герметизации фистулы на основании черепа. У всех пациентов были получены хорошие и отличные функциональные и косметические результаты вмешательства. В 2-х (1,2%) из 52 наблюдений развилось нагноение имплантатов из ПММА, соответственно через 2 и 36 месяцев после операции, потребовавшее их удаления. Заключение. Применение индивидуальных имплантатов из различных пластических материалов, изготовленных с использованием компьютерного моделирования, CAD/CAM и аддитивных технологий, для устранения дефектов краниоорбитальной области и других отделов свода черепа является эффективным и безопасным. Их высокая точность обеспечивает предсказуемый и стабильный функциональный и косметический результат.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Жуков М.И., Стефкивская О.В.

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

Процессы возрастного изменения кожи лица и мимическая активность со временем приводит к видоизменениям кожи: появляются складки и морщины, мимическая мускулатура и мышечная структура кожи ослабевают, а контуры и объем утрачиваются. В настоящее время применяют, как косметологические, так и хирургические методы коррекции возрастных изменений периорбитальных областей и их комбинация. Глубокие знания анатомии и нормальной физиологии- ключевой фактор успеха, дающий возможность врачам избежать осложнений. У каждого пациента пространственное расположение сосудов и нервов всегда имеет свои анатомические особенности. Это позволяет правильно выбрать подходящий метод хирургической коррекции, а также выбрать подходящую методику, препарат или инструментарий. Выпячивания жира вызывают образование жировых грыж или мешков на верхних и нижних веках. В результате птоза тканей щеки становятся отчетливо видны носослезная и нососкуловая борозды. В ходе блефаропластики удаляются избытки кожи, перераспределяются или удаляются жировые грыжи и зачастую возвращаются на место ткани щеки. В большинстве случаев блефаропластика улучшает внешний вид вокруг глаз, выравнивает контуры век, уменьшает количество возрастных проявлений этой области, но не всегда, в желаемой степени, уменьшает количество морщин вокруг глаз. Осложнения при лечении пациента возможны в любой области медицины, но именно в эстетической медицине можно, правильно определив методику и способ коррекции, максимально уменьшить их риск возникновения. Безопасность пациента- предпосылка его удовлетворённости лечением- остается важной частью каждодневной практической работы врача.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МАЛОБЕРЦОВЫМ КОСТНЫМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИМ ЛОСКУТОМ У ПАЦИЕНТА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Жуманкулов А.М., Эмирбеков Э.А., Киштилиев М.З., Подьякова Ю.А., Остринская Т.В.

Детский городской многопрофильный клинический центр высоких медицинских технологий им. К.А. Раухфуса, Санкт-Петербург

Цель работы: выполнение одномоментной реконструкции пострезекционного дефекта нижней челюсти малоберцовым микрохирургическим лоскутом по поводу амелобластомы. Задачи работы: радикальное удаление новообразования нижней челюсти, выполнение первичной пластики полученного дефекта малоберцовым костным лоскутом, изготовле-

ние 3D-моделей для точного позиционирования малоберцового трансплантата в области пострезекционного дефекта. Материалы и методы. Пациент Ж.М.Г. 15 лет поступил 19.07.22 на отделение челюстно-лицевой хирургии ДГМКЦ ВМТ им. К.А. Раухфуса с морфологически верифицированным диагнозом кистозная форма амелобластомы в области ветви и тела нижней челюсти слева для проведения хирургического лечения. На догоспитальном этапе выполнены дообследования в объеме компьютерной томографии орофарингеальной зоны и нижних конечностей с целью оценки объема пораженного участка нижней челюсти, а также для оценки питания малоберцовой кости. Выполнено изготовление 3D-шаблонов: уровни резекции нижней челюсти, а также уровни распилов малоберцового трансплантата. 25.07.22 выполнено хирургическое лечение в объеме резекции ветви и тела нижней челюсти с сохранением мышечкового отростка, забор малоберцового костного трансплантата. На кровотоке выполнено моделирование и остеосинтез малоберцовой кости по изготовленным шаблонам. Далее трансплантат был отключен от кровотока и перенесен в область пострезекционного дефекта. Выполнен остеосинтез, получен привычный для пациента прикус, фиксирован межчелюстными лигатурами. С целью анастомозирования выделены лицевая артерия и вена. Наложены микрохирургические анастомозы конец в конец. Запущен кровоток в лоскуте. Время аноксии лоскута составило 1 час 30 минут. Суммарное время операции составило 8 часов 30 минут.

Результаты. Послеоперационный период протекал гладко. Питание через естественные пути было восстановлено на 7 сутки. На 11 сутки в удовлетворительном состоянии пациент выписан из отделения. Межчелюстная эластическая фиксация в течение 6 недель. Движение с опорой было в течение 21 дня. Значимых осложнений со стороны донорской и реципиентной зон получено не было.

Выводы. Выполнение одномоментной реконструкции дефектов нижней челюсти в детском возрасте имеет важное значение для скорейшей функциональной и эстетической реабилитации. Остается открытым вопрос по поводу роста нижней челюсти, что требует тщательного наблюдения за данными пациентами.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КРАЕВОЙ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ВЕТВИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Завалий Л.Б., Рамазанов Г.Р., Синкин М.В., Селиверстова Е.Г., Петриков С.С.

ГБУЗ Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

Одной из причин асимметрии улыбки является изолированное поражение краевой нижнечелюстной ветви лицевого нерва (ИП КНВ ЛН), которое может возникать спонтанно или в результате травм, косметологических / стоматологических манипуляций, а также операций в области нижней трети лица и шеи. КНВ ЛН иннервирует мышцу, опускающую нижнюю губу (МОНГ) и подбородочную мышцу (ПМ), при поражении нерва развивается их парез или плегия. Лечение

направлено на улучшение функции МОНГ (консервативные и оперативные методы) или расслабление мышц на контрлатеральной стороне. Для своевременной хирургической коррекции (например, реиннервации) необходима объективная оценка прогноза восстановления функции МОНГ. Важный вопрос, в каких случаях даже хроническая плегия МОНГ поддается лечению с помощью лечебной физкультуры (ЛФК). Цель: определить показания к возможности консервативного лечения пациентов с ИП КНВ ЛН и пlegией МОНГ. Материалы и методы: Пациенты с ИП КНВ ЛН (n=13) с медианой возраста 40 [35; 44] лет (12 женщин и 1 мужчина), работающие. Обращение в клинику на сроке 47 [18; 77] дней заболевания, но в 3 случаях – асимметрия с детства. Причинами развития асимметрии являлись косметологические процедуры – липосакция подбородочной области, введение филлеров (n=3), стоматологическое лечение – имплантация, удаление зубов (n=2), травмы нижней челюсти (n=2), оперативное лечение в области шеи (n=3). Диагностика пациентов включала осмотр невролога с оценкой неврологического статуса по стандартному протоколу, а также пошаговую оценку мышц лица с проведением функциональных проб и их пальпацией. Во всех клинических случаях регистрировали пlegию МОНГ. На момент осмотра положительной динамики пациенты не наблюдали. Инструментальная диагностика включала проведение стимуляционной электронейромиографии (ЭНМГ) по стандартной методике не ранее 7 суток заболевания с оценкой М-ответа с круговой мышцы глаза, носовой мышцы, круговой мышцы рта, ПМ симметрично с двух сторон, а также игольчатую миографию (ИМГ) с рекрутированием потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) при произвольном сокращении мышц лица с МОНГ и ПМ симметрично с двух сторон. Проводили оценку кривой интерференционного паттерна (ИП), а именно – её максимальной амплитуды. Сравнивали показатели поражённой стороны со здоровой. Полученные результаты: По данным ЭНМГ у всех пациентов признаков нарушения проведения по ветвям лицевого нерва с двух сторон не выявили. Однако, при проведении ИМГ с МОНГ у всех пациентов выявили различия максимальных амплитуд ИП поражённой и здоровой стороны. Асимметрию максимальных амплитуд ИП менее 90% определяли, как биомаркер благоприятного прогноза и рекомендовали пациентам консервативное лечение (ЛФК), а более 90% – неблагоприятного и направляли на оперативное лечение. Асимметрия максимальных амплитуд ИП превышала 90% и регистрировали отсутствие ПДЕ с поражённой МОНГ в трех случаях. Пациентам рекомендовали хирургическое лечение. Одному пациенту выполнена реиннервирующая операция – пластика КНВ вставкой из большого ушного нерва – наблюдали частичное восстановление функции МОНГ. Две пациентки от оперативного лечения отказались, выполняли ЛФК – положительная динамика отсутствовала. Асимметрия максимальных амплитуд ИП не превышала 90% у 10 пациентов, медиана составила 60 [40; 72,5] %. Данной группе рекомендовали ЛФК, а в 7 случаях дополнительно выполнены инъекции ботулинического токсина типа А (Incobotulinumtoxin A) в мышцы нижней трети лица контрлатеральной стороны с целью восстановления симметрии и создания условий для восстановления функции поражённой МОНГ, которое наступило у всех пациентов (полное или частичное). Улучшение функции наблюдали в том числе при стаже заболевания более 30 лет (амплитудная асимметрия ИП с МОНГ – 33%). Выводы: Пациенты с ИП КНВ ЛН требуют дифференцированного подхода в лечении.

Диагностическим методом выбора является ИМГ. Даже при благоприятных миографических предикторах спонтанное восстановление МОНГ не наступало годами, потребовалось консервативное лечение (ЛФК). При неблагоприятных миографических предикторах ЛФК была неэффективна. Дифференцированный подход к лечению позволяет добиться лучших результатов и мотивирует пациента.

ЭВОЛЮЦИЯ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ КОНТУРОВ ТЕЛА

Зайнутдинов А.М., Зайнутдинов И.А., Исмагилов А.Х.
Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, кафедра пластической хирургии; Казанский (Приволжский) федеральный университет, кафедра хирургических болезней постдипломного образования, Казань

В настоящее время весьма популярным в пластической хирургии является пластическая хирургия контуров тела. Нами была проанализирована динамика проведенных различных операций в различные периоды хирургической деятельности.

Материалы и методы. Нами были проанализированы ретроспективные результаты лечения с 2000 года изолированной абдоминопластики у 238 пациентов с сочетанием различных грыж передней брюшной стенки у 53 пациентов из них. Также ретроспективно были изучены результаты лечения миниабдоминопластики у 59 пациентов. С 2019 была проведена липоскульптура у 218 пациентов, у 122 из которых были проведены сессии липофиллинга ягодич и молочных желез, лица. У 18 пациентов была проведена липоскульптура с абдоминопластикой, у 22 пациентов была проведена липоскульптура с миниабдоминопластикой.

Результаты. Как видно, количество изолированных абдоминопластик, начиная с 2019 года, сократилась в нашем хирургическом арсенале. Выросло количество изолированных липоскульптур или в сочетании с нейю.

Выводы. Липоскульптура позволяет улучшить результаты лечения и уменьшить хирургическую агрессию в виде проведения абдоминопластики.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Зиновьев Е.В., Эллиниди В.Н., Сухопарова Е.П.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение. В последние годы возрос интерес к нозологиям, сопутствующим ожирению. Имеются данные, указывающие на то, что патологические состояния, сопутствующие ожирению намного более обширны, чем было принято считать (Павлова З.Ш., Голодников И.И. 2020).

Среди изменений, сопутствующих ожирению, наибольший интерес с точки зрения профилактики хирургических осложнений в послеоперационном периоде вызывает развитие хронического субклинического воспаления жировой клетчатки у таких пациентов. Воспаление относится к числу наиболее распространенных типовых патологических процессов. Под хроническим воспалением понимается хроническая избыточная продукция активированной иммунной системой, прежде всего, ее мононуклеарным фагоцитирующим звеном, различных факторов воспаления. Вызывает интерес наличие связи между увеличением массы тела и наличием субклинического хронического воспаления у пациентов с длительно незаживающими хроническими ранами.

Цель. Проведен анализ клинических случаев пациентов, обратившихся в отделение «ожоговое с пластической хирургией» ФГБЦ ВЦЭРМ им. А.М. Никитова МЧС РФ в период 2019-2020 гг. для выполнения плановых операций по эстетическим показаниям, направленных на коррекцию контуров тела.

Материалы и методы: в исследование было включено 49 пациентов. Критериями включения в исследование служили женский пол, возраст 30-60 лет, индекс массы тела более 25, окружность талии более 80 см. В ходе исследования все пациенты были разделены на две группы. Ведущим критерием выделения групп явилось клиническое течение послеоперационного периода. В первую группу вошли пациенты со стандартным течением послеоперационного периода 12 (24,5%). В группу 2 включались пациенты, имевшие осложнения в послеоперационном периоде, – 21 (42,9%), а также те пациенты, послеоперационный период у которых протекал пролонгированно – 16 (32,7%). Морфологическое исследование подкожной жировой клетчатки проводили с учетом оценки морфологии адипоцитов (форма, размер), сосудов (плотность на 1 мм², толщина стенок), междольковой соединительной клетчатки и инфильтрации иммунокомпетентными клетками (иммунофенотип, количество) методами светооптической микроскопии и иммуногистохимии.

Результаты и обсуждение: в ходе проведенного исследования удалось установить, что у пациентов с осложненным течением раневого процесса достоверно чаще (в 66,7% случаев) определялся адипоцитарно-фиброзный тип подкожной клетчатки с преобладанием фиброзного компонента, атрофией адипоцитов (средний размер 59 мкм.), достоверно частыми (в 43,5% случаях) нарушениями сосудистой архитектоники, неоангиогенеза, гиперваскуляризации, полнокровия и достоверно частой (в 56,4% случаев) круглоклеточной инфильтрацией. По совокупности проведенного комплексного (морфометрического, гистологического и иммуногистохимического) морфологического исследования можно заключить, что выделенный адипоцитарно-фиброзный тип строения подкожной жировой клетчатки с преобладанием фиброзного компонента и повышенным содержанием CD68+клеток и HLA-DR (II) + клеток является предиктором неблагоприятного прогноза клинического течения послеоперационного периода. Совокупность установленных экссудативно-пролиферативных изменений сосудисто-стромального компонента, клеточной инфильтрации с нарастанием количества CD68+позитивных макрофагов и HLA-DR+позитивных иммунных клеток, периваскулярных CD20+B-лимфоцитов

в подкожно-жировой клетчатке у пациенток с неблагоприятным течением раневого процесса в послеоперационном периоде свидетельствуют о проявлении локального хронического воспаления.

Таким образом, стромально-васкулярные зоны подкожной жировой клетчатки являются Locus minoris resistentiae, а фиброзный компонент подкожной жировой клетчатки можно рассматривать как триггер постоянства поддержания локального хронического воспалительного процесса, персистирующее течение которого активизирует процессы нефиброгенеза и васкулогенеза в окружающей жировой клетчатке. Это, в свою очередь, приводит к последующей атрофии адипоцитов и развитию прогрессирующего фиброза жировой клетчатки, что можно считать патогенетическим предиктом развития патологического раневого процесса в послеоперационном периоде.

ЧАСТИЦЫ СИЛИКОНА, ЛИМФОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ И ГРАНУЛЕМАТОЗНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ В ПЕРИИМПЛАНТАТНЫХ КАПСУЛАХ

Золотых В.Г., Карев В.Е., Новицкая Т.А., Утехин В.И., Чурилов Л.П., Яблонский П.К.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Цели и задачи. Изучить гистологический состав и иммуногистохимические показатели периимпантатных капсул пациенток после эстетической коррекции и/или реконструкции молочной железы с применением силиконовых имплантатов.

Материалы и методы. Мы провели гистологическое и иммуногистохимическое исследование периимпантатной капсулы у 12 пациенток, оперированных нами как по эстетическим (замена/удаление имплантатов), так и по реконструктивным показаниям (замена эспандера на имплантат).

Результаты. Во всех наблюдениях капсула вокруг имплантата представлена плотной волокнистой соединительной тканью и более рыхлой волокнистой тканью, обращенной к силиконовому материалу. Плотная волокнистая ткань представлена преимущественно коллагеновыми волокнами. В плотной соединительной ткани во всех случаях наблюдаются грыжевидные выпячивания соединительной ткани в сторону инфильтрата, в отдельных случаях эти выпячивания содержат мелкие инфильтраты из лимфоидных клеток. В плотной части капсулы определяются мелкие фрагменты материала имплантата. В плотной неоформленной соединительной ткани имеются гранулемы инородных тел с гигантскими многоядерными клетками инородных тел и мелкие инфильтраты, состоящие преимущественно из лимфоидных клеток. В 7 наблюдениях выявлен очаговый лимфоидный инфильтрат, расположенный преимущественно вокруг мелких сосудов и формирование гранул инородных тел. Количество CD3+ лимфоцитов в инфильтрате варьирует от 17 до 58 клеток/мм². Кроме того, выявлены участки лимфоидной инфильтрации ближе к внешней границе капсулы с наличием клеток CD4+, а также CD20+ и CD31+ клетки в инфильтрате вокруг капсул. Многочисленные антиген-

представляющие клетки экспрессируют белки HLA II класса. Вновь образованная соединительная ткань характеризуется экспрессией маркера миофибробластов SMA2 и неэпителиального кальций-связывающего протеина S100. Выводы. Наши данные говорят о продуктивном перифокальном воспалении, с образованием соединительной ткани и микрогранулем, содержащих силикон, с наличием антигенпредставляющих клеток и лимфоцитарной инфильтрации с преобладанием Т-хелперов и лимфоцитов, ассоциированных с микрососудами. Присутствуют также В-лимфоциты и единичные Т киллеры-супрессоры. Можно полагать, что эта картина отражает интенсивные иммунные процессы по периферии имплантата.

Уведомление: работа поддержана грантом Правительства РФ (для государственной поддержки научных исследований, проводимых под руководством ведущих ученых в российских образовательных учреждениях высшего образования, научных учреждениях государственных академий наук и государственных научных центрах Российской Федерации), договор № 14.W03.31.0009 от 13.02.2017.

ОБЪЕМНЫЙ КОМПОЗИТНЫЙ МНОГОВЕКТОРНЫЙ МУЛЬТИПЛАНАРНЫЙ ЛИФТИНГ (ЗДСМV-PL)

Иванов В.В., Филимонов В.Б., Абрамов И.В., Огальцов И.А.
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, ГБУ РО «ГКБСМП», Рязань

Объемный композитный многовекторный мультипланарный лифтинг (ЗДСМv-PL) Сохранение индивидуальных черт лица, при реальном омоложении – вот основная задача современных методов лифтинга. Ей в полной мере соответствуют композитные методы, несущие в своей основе принципы индивидуальной антивозрастной гармонизации. Данная методика предполагает диссекцию через предушный разрез в подкожном слое, в границах предполагаемой резекции кожи, затем мы «уходим» под SMAS и идем до контакта с ветвями лицевого нерва. С области скуловой дуги, медиальнее места пересечения лобной ветви лицевого нерва, выполняем поднадкостничную диссекцию в области верхней челюсти до зрачковой линии медиально, и до подглазничного края вверх, сохраняя прикрепление круговой мышцы глаза к краю орбиты. Проводим подъем поднадкостнично мобилизованной зоны средней трети лица по вертикальному вектору, стабилизируя его узловыми швами вдоль скуловой дуги и сшиванием ORL и ZL, тем самым создавая объем скуломаллярной области из дубликатуры тканей. Выполняется открытая липосакция в области композитного лоскута и в проекции околушной слюнной железы, брылей и поднижнечелюстной области. Композитный лоскут смещается по косовертикальному вектору и фиксируется в височной, скулоорбитальной, мастоидальной областях. Избытки кожи иссекаются, накладываются швы. В основе данной методики лежит воздействие на основные проявления старения лица в соответствии с их механизмом формирования. Утрата объема – восполнение объема, расплываемся вширь и провисаем – «собираем убирая» и подтягиваем. Причем делаем это не «кусками», а связанными в единый блок комплексами тканей, сохраняющими кровоснабжение, иннервацию, то есть

формирующие индивидуальность. Не лезем туда, куда не нужно лезть (не влияет на внешний вид или не стареет), не входим в прямой контакт с ветвями лицевого нерва, что исключает их повреждение, перемещаем ткани по тем векторам, по которым они провисают.

ФОРМИРОВАНИЕ КРАСИВОЙ ФОРМЫ ПУПКА ПРИ АБДОМИНОПЛАСТИКЕ С ПЕРЕНОСОМ ПУПКА

Иванов В.Г., Волох М.А., Куприн П.Е., Алексеев В.С.
Кафедра пластической и реконструктивной хирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Клиника доктора Куприна, Санкт-Петербург

Одной из распространенных операций в эстетической хирургии остается классическая абдоминопластика с переносом пупка, впервые, выполненная в 1899 г. Д. Хопкинсом. Помимо основных технических приемов для получения хорошего эстетического результата, золотым ключиком, завершающим операцию является формирование пупка. Пупок – «центр вселенной» передней брюшной стенки, так сказать, центр притяжения, а красивый пупок придает животу свой шарм и сексуальность. Поэтому существует множество методов формирования нового пупка с целью создания красивой формы.

Цель работы: разработка метода создания красивой формы пупка после выполнения абдоминопластики.

Материалы и методы: Выбор метода формирования формы пупка был основан на понимании тех сил, которые оказывают влияние на форму пупка в зрелом возрасте. К таким можно отнести силы гравитации, толщину подкожно-жировой клетчатки, конституциональные особенности пациентки (в том числе рост, вес, физическая активность, состояние кожных покровов и соединительной ткани). Если уточнить влияние хотя бы 2х, как мы считаем важнейших сил, которые формируют форму пупка, то это силы гравитации, которые в зрелом возрасте придают пупку овально-горизонтальную форму и толщину подкожно-жировой клетчатки, определяющую визуально втянутую форму пупка. Таким образом, после выполнения абдоминопластики, результатом которой является временная компенсация гравитационных сил вокруг пупка и уменьшение толщины подкожной клетчатки мы получаем ту форму пупка, которая задается методикой восстановления последнего. В своей практике мы используем методику, которая заключается в фиксации к апоневрозу верхней и нижней вершин нового, собственно, пупка и пупочного кольца. При этом новое пупочное кольцо формируется в виде овала с длинником, расположенным вертикально. По данной методике было выполнено 17 абдоминопластик. Средний возраст пациенток составил 40,5 лет. Результаты и обсуждение:

Оценка результатов выполнена через 3 и 6 и 12 месяцев после операции. Все прооперированные пациенты в группе по предложенной методике отметили оптимальный размер и форму пупочного кольца, соответствующие их ожиданиям и эстетическим стандартам.

Выводы: используемая методика является эффективной и эстетически приемлемой у пациенток после выполнения абдоминопластики.

V-Y ОБРАЗНАЯ ФОРМА ТОРАКО-ДОРЗАЛЬНОГО ЛОСКУТА ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШИХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Иванов В.Г., Волох М.А., Куприн П.Е., Попов К.И., Труфанова Е.С.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, Клиника доктора Куприна, Санкт-Петербург

Хирургическое лечение больших, распадающихся и быстро растущих опухолей молочной железы до настоящего времени является серьезной задачей. Основная проблема заключается в широком распространении опухоли по передней поверхности грудной клетки, поражении подлежащих структур и присоединении инфекции.

Выбор метода закрытия образовавшегося дефекта после удаления молочной железы с такой опухолью является краеугольным камнем в успехе хирургического лечения больших раком молочной железы. Кожно-мышечный торакодорзальный лоскут является одним из методов закрытия дефектов передней поверхности грудной стенки или части молочной железы при небольших дефектах. Однако стандартный раскрой кожи для закрытия дефекта имеет значительные ограничения в связи с небольшим размером кожного лоскута.

В нашей клинике мы использовали не стандартный кожный крой торако-дорзального лоскута, предложенный для закрытия большого дефекта. Так называемый V-Y – образный торакодорзальный лоскут, который был предложен Mascali и Carraamaschi. Особенностью лоскута является его треугольная форма и значительные размеры, позволяющие закрывать большие кожные дефекты. Так по данным авторов максимальный размер лоскута составил 25x23 см. Лоскут такого размера позволяет закрывать дефекты более чем 30x30 см без какого-либо натяжения.

Мы использовали лоскут такой формы для закрытия дефекта у пациентки 63 лет с диагнозом рак правой молочной железы T4bN2M1. С метастазами в костях. Пациентка имела длительный анамнез рака молочной железы. Впервые заметило опухолевое образование более 2 лет назад. К врачу не обращалась. После того как опухоль начала прорастать кожу и распадаться, пациентка обратилась к врачу. Была выполнена трепан-биопсия. Диагностирован инвазивный протоковый рак G3, Люминальный B подтип, Her2neu 3+. С учетом большой площади поражения и распадом опухоли было принято решение об удалении молочной железы. В ходе операции была удалена молочная железа в положении пациентки лежа на спине. Оценена площадь образовавшегося дефекта, который составил 30x30 см. Пациентка была повернута на левый бок, в стандартное для забора ТД лоскута положение. Выполнены измерения кожного лоскута на спине в виде остроконечного треугольника с основанием, прилегающим к наружному краю раны и вершиной, направленной к позвоночной линии. Таким образом высота треугольника составила 31 см, а основания 22 см. Выделенный кожно-мышечный лоскут был перемещен в горизонтальном направлении. Основание треугольника было расположено параллельно парастеральной линии. Выполнено подшивание мышечной

порции лоскута по периметру и послойный шов на кожу. Заживление раны, не смотря на выраженный распад опухоли, прошло первичным натяжением без кожных осложнений. В раннем п.о. периоде развилась серома подмышечной области, которая купировалась периодическими пункциями. Сразу после хирургического вмешательства пациентка начала «адьювантное» лечение. Трастузумаб в комбинации с пертузумабом.

Вывод. Использование методики V-Y выкраивания ТДЛ позволяет закрывать обширные раны передней поверхности грудной клетки с хорошим косметическим результатом.

ЕЩЕ РАЗ О РЕКОНСТРУКЦИИ СОСКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Иванов В.Г., Волох М.А., Куприн П.Е.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, Клиника доктора Куприна, Санкт-Петербург

В череде сложных хирургических вмешательств по реконструкции молочной железы, восстановление соска является не сложной, но очень важной операцией, которая придает молочной железе ее естественный образ. В настоящее время предложено большое количество операций по восстановлению соска. Однако самым большим недостатком таких операций является выраженная атрофия размеров соска в раннем послеоперационном периоде. Даже при формировании неестественно большого соска, через некоторое время он напоминает небольшой бугорок и, в зависимости от толщины кожи, результаты операции могут быть полностью нивелированы. Попытки вводить в восстановленный сосок различные гели или другие контурные материалы не приводили к улучшению результатов. Единственно эффективный способ восстановления соска – это его протезирование искусственным материалом, который не доступен у нас в стране. Однако и этот метод не является эффективным в связи с неестественной плотностью реконструированного соска.

В своей практике мы используем различные методы реконструкции соска молочной железы. И все проблемы, связанные с такой операцией в полной мере повторяются и у нас. В последние несколько лет, с учетом проблем и ошибок, связанных с восстановлением соска мы стали использовать метод реконструкции соска с использованием части соска здоровой молочной железы. Основная проблема такой операции связана с необходимостью повреждать здоровый сосок. Поэтому такой вид операции выполнялся только тем пациенткам, которым были объяснены все преимущества и недостатки такой операции. В первую очередь – это уменьшение размеров здорового соска, вторых – это уменьшение чувствительности соска. Тем пациенткам, которые соглашались на такие осложнения, выполнялась операция реконструкции соска с использованием части соска здоровой молочной железы. Операция выполнялась двумя способами: горизонтальное и вертикальное рассечение соска здоровой молочной железы. Удаленная часть соска переносилась на заранее подготовленную реципиентную зону (выполнялась дезпидер-

мизация этой зоны) и пришивалась узловыми швами. Если выполнялось вертикальное рассечение соска здоровой молочной железы, то оставшаяся половина соска сгибалась и вершина соска подшивалась к основанию узловыми швами. Тогда же, когда выполнялось горизонтальное рассечение, то кровотокающая поверхность соска прижигалась либо с помощью коагулятора, либо раствором фукарцина. По такой методике было выполнено 11 операций. Во всех случаях отмечалось полное приживление пересаженной части соска. Случаев некроза, нагноения или частичного некроза отмечено не было. Максимальная прослеженность пациенток после такой операции составила 11 лет. Размер соска не уменьшился, даже, несмотря на длительность наблюдения.

Выводы. Метод реконструкции соска молочной железы для ее реконструкции с использованием части соска здоровой молочной железы является оптимальным с эстетической точки зрения у пациенток, которые имеют достаточный размер здорового соска и согласны на вмешательство на соске здоровой молочной железы. Учитывая 100% приживаемость соска, хорошие результаты при длительном наблюдении данный метод реконструкции соска является хорошей альтернативой стандартным методам восстановления соска молочной железы.

НАШ ОПЫТ РЕКОНСТРУКЦИИ НАРУЖНОГО НОСА ЛОБНЫМ ЛОСКУТОМ

Иванов С.А., Богомаз С.Н., Лазарева Н.Ф.

*Гомельский государственный медицинский университет,
Гомель*

Лобный лоскут (ЛЛ) – стандартный метод замещения дефектов нескольких анатомических частей (АЧ) наружного носа (НН) [1, 2]. Предложены различные варианты дизайна кожной площадки, тактических и технических нюансов. В то же время, реконструкцию с помощью ЛЛ нельзя считать часто выполняемым вмешательством. Обобщение опыта использования ЛЛ имеет практическую значимость для анализа эффективности. Цель исследования – проанализировать опыт реконструкции НН с использованием ЛЛ в одном медицинском учреждении. Материал и методы. Исследованы результаты 53 реконструкций НН, выполненных в 2013-2021 гг. Демография пациентов: 29 женщин и 24 мужчин, возраст от 9 до 86 лет, Me (Q25; Q75) = 66(53;70). Причины образования дефектов: удаление карциномы кожи – 36 (68%), осложнение после лучевого или хирургического лечения рака кожи – 8 (15%), травма – 4 (8%), ринофима – 5 (9%). Распределение дефектов по площади: 2 АЧ – 27, более 2 АЧ – 26. Утрата только кожного слоя была отмечена у 28 пациентов, сквозной дефект был у 25 пациентов. Анализировали частоту использования различных вариантов реконструкции, частоту послеоперационных осложнений (ПО), отдаленные косметические (КР) и функциональные результаты (ФР) по 10-балльной визуальной аналоговой шкале. Числовые данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q25; Q75). Результаты и обсуждение. У всех пациентов удалось полностью восстановить дефект кожи с помощью ЛЛ. В случае сочетанного изъяна соседних АЧ лица (6 пациен-

тов) использовали дополнительный кожный лоскут (КЛ) – 5 наблюдений с соблюдением принципа субъединиц. В одном случае дефект кожи НН и медиальной части щеки был замещен ЛЛ, что привело к существенному искажению рельефа лица. Для формирования каркасных структур был использован хрящевой аллографт (29 пациентов) или аутографт (4 пациента). При этом имплантацию графта выполняли для восстановления утраченных элементов хряща или кости НН (22 пациента), а также для обеспечения стабильной формы и положения крыла носа (11 пациентов). Внутреннюю выстилку формировали за счет перегибания дистальной кожи ЛЛ при сквозном дефекте каудального отдела НН шириной до 1 см (12 пациентов). Более объемные изъяны устраняли мышечно-фасциальным слоем ЛЛ, оставляя его для вторичного заживления (ВЗ) – 7 пациентов. При этом хрящевой графт помещали в тоннель между мышечным и жировым слоем ЛЛ. Дополнительный КЛ или кожный графт (КГ) использован для создания внутренней выстилки у 6 пациентов. Реконструкция была выполнена в 2 этапа у 40 пациентов, в 3 этапа – у 13. Незапланированная коррекция потребовалась в 4 случаях после 2-этапных реконструкций. Донорская рана на лбу была ушита в 26 случаях, оставлена для ВЗ – в 12, закрыта КГ – в 15. ВЗ завершалось в сроки 6-8 недель. Оценка рубца в донорской зоне: аутодермопластика – 7 (6;8), ВЗ – 9 (8;9), простое ушивание – 9 (8;9). Рубец после ВЗ имел более естественный цвет и текстуру по сравнению с КГ. ПО развились у 7 пациентов. В том числе: кровотечение – 2, парциальный некроз ЛЛ – 4, отторжение хрящевого графта – 2. Все случаи некроза развились у пациентов с факторами риска. Ишемия отмечена в верхней части ЛЛ после пересечения ножки в 3 наблюдениях. В связи с этим мы внедрили метод сонографической оценки ретроградного кровотока в ЛЛ. Исследование выполнено 19 пациентам, во всех случаях ЛЛ оставался жизнеспособен. Наличие ПО привело к ухудшению КР в 2 наблюдениях, к ухудшению ФР – в 2 наблюдениях. Оценка КР после реконструкции составила 9 (8;10) баллов. Оценки вне диапазона приемлемости (<6 баллов) отмечены в 4 наблюдениях (8%). Во всех этих случаях низкая оценка обусловлена неестественной формой, размером и положением сформированных дистальных АЧ. Оптимальный КР (9-10 баллов) достигнут в 37 наблюдениях (70%). Оценка ФР после реконструкции составила 10 (7;10) баллов. Неудовлетворительный результат (<6 баллов) отмечен у 5 пациентов (9%). В 4 случаях низкая оценка обусловлена нарушением носового дыхания, в одном случае – массивным образованием слизистых корок после восстановления внутренней выстилки КЛ. Оптимальный ФР (9-10 баллов) достигнут в 41 наблюдении (77%). Заключение. Использование ЛЛ для реконструкции НН позволило добиться удовлетворительных КР и ФР у более, чем 90% пациентов. Совершенствование хирургической техники и новые организационные решения позволили снизить частоту ПО.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПРОМЕЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С МУЖСКОЙ ФОРМОЙ ТРАНССЕКСУАЛИЗМА

Истранов А.Л., Тейфуков С.Н., Плотникова М.В.,
Любченко А.В., Исакова Ю.И.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: сравнение результатов различных методик вагинопластики у пациентов с мужской формой транссексуализма. Материалы и методы: формирование нескольких выборок пациентов, проходивших хирургическое лечение с применением различных методик на базе ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова УКБ1 и ООО «ССМЦ», анализ результатов, осложнений, удовлетворенности пациентов. Сравнение методик на основании полученных данных.

Результаты: среди пациентов с мужской формой транссексуализма проходивших хирургическое лечение в отделе онкологии, пластической и реконструктивной хирургии УКБ1 было выделено три группы пациентов, перенесших вагинопластику методом модифицированной пенальной инверсии, скротального лоскута и с использованием лапароскопической техники. Результат операции оценивался на основании осмотра, физикального исследования, наличия и тяжести послеоперационных осложнений, функциональной составляющей и удовлетворенности пациентов по данным анкетирования. На основании полученных данных проводилось сравнение трех методов вагинопластики, результаты которого помогут в выборе оптимального и современного метода операции, подходящего для индивидуальных особенностей пациента и соответствующего его ожиданиям от операции. Наиболее изученным и распространенным на данный момент является метод пенальной инверсии. Этот метод предполагает создание выстилки неовлагалища из кожи инвертированного полового члена, в настоящее время применяется модификация этого метода, согласно которой преддверие влагалища формируется из кожи мошонки, а клитор из спонгиозной ткани головки полового члена. Такая методика имеет приемлемый эстетический и функциональный результат, обеспечивает возможность проведения полового акта и получение удовлетворения, возможные осложнения хорошо изучены и разработаны методы их коррекции. К недостаткам этой методики можно отнести недостаточную глубину влагалища, частичные некрозы, стриктуры и рубцовые деформации, стеноз входного отверстия, выпадения влагалища. Методика лапароскопической вагинопластики с использованием фрагмента кишечника получила свое распространение после введения лапароскопических технологий в рутинную практику хирургов. Для создания неовлагалища используется фрагмент сигмовидного кишечника или часть тонкого кишечника с сохранением кровоснабжения. Один конец кишечника слепо ушивается, тогда как второй конец подшивается к преддверию влагалища после низведения фрагмента кишечника в полость таза. Преддверие влагалища формируется с использованием

местных тканей. Такой метод имеет ряд преимуществ, таких как: возможность формирования неовлагалища любой глубины, наличие естественной смазки, возможность повторного формирования неовлагалища после неудачной попытки. Также имеется ряд недостатков ограничивают применение этого метода: большой объем хирургического вмешательства по сравнению с другими методиками, отсутствие чувствительности неовлагалища, ранние послеоперационные осложнения, инфекционные осложнения, нарушения работы кишечника и др. Наиболее современной и перспективной методикой является вагинопластика скротальным лоскутом. Эта методика предполагает формирование выстилки неовлагалища при помощи свободной пересадки кожи мошонки, что позволяет избежать ряда осложнений, встречающихся при использовании пенальной инверсии. Для формирования преддверия лучшим решением, по нашему мнению, является использование Chonburi flap. Эта методика имеет ряд существенных преимуществ: анатомическая гомология с женскими половыми органами, большая площадь тканей обладающих эрогенной чувствительностью, естественная окраска и отсутствие волос на половых губах. К недостаткам этого метода относится более длительное время операции, сложность в исполнении, требующая большего опыта хирургической бригады.

Выводы: метод пенальной инверсии является наиболее изученным и предсказуемым на данный момент, обладает относительно небольшой сложностью в выполнении и приемлемым эстетическим и функциональным результатом. Лапароскопическая вагинопластика сегментом кишечника имеет ряд преимуществ и недостатков, делающих ее применение ограниченным, но в то же время позволяющих не терять актуальности и оставаться операцией выбора при вторичных вагинопластиках. Методика скротального лоскута, по нашему мнению, является наиболее перспективной и предпочтительной, позволяет получить анатомически гомологичный и функциональный и эстетический результат.

ОДНОМОМЕНТНОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ РИНОПЛАСТИКИ И БУЛХОРН ПРИ ФЕМИНИЗАЦИИ ЛИЦА

Истранов А.Л., Любченко А.В., Исакова Ю.И., Тейфуков С.Н.,
Маркарян М.Р.

*Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени Сеченова (Сеченовский Университет),
Университетская клиническая больница №1, Москва*

Актуальность. Гендерная дисфория — это несоответствие гендерной идентичности и биологического пола пациента. Феминизация лица – важнейший компонент лечения данных пациентов, так как феминизирующие операции лица устраняют симптомы гендерной дистрофии в большей степени, чем феминизирующие операции урогенитального тракта. Материалы и методы: на клинических базах кафедры онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии Сеченовского Университета (отделение реконструктивной и пластической хирургии УКБ №1 и ООО «ССМЦ»)

авторский коллектив выполняет феминизирующие операции лица. Виртуальные методы планирования операции (КТ и фото документирование пациентов в нескольких проекциях) мы применяем с целью более тщательного предоперационного планирования, обеспечения безопасности и достижения наилучших эстетических результатов. Был выполнен анализ антропометрических параметров лица и статистическая обработка базы данных пациентов, направленная на анализ качества жизни в послеоперационном периоде. Как центральная структура лица, нос играет важную роль в восприятии женственности и привлекательности. Мужской нос длиннее, чем женский, костный каркас крупнее, шире, крылья имеют более широкое основание. Носогубный угол у женщин открытый, кончик носа обычно ротирован вверх, а спинка носа более узкая, чем у мужчин. Ринопластику мы выполняем как открытым, так и закрытым способом. Выбор доступа осуществляем в индивидуальном порядке. Феминизирующая ринопластика направлена на редукцию анатомических структур носа с формированием характеристик «женского» носа. Редукции подвергаем длину, проекцию, высоту и ширину спинки, основания носа, часто редукции подвергаем и ширину носовых отростков верхней челюсти. При выполнении феминизирующей ринопластики мы используем традиционные методы открытой и закрытой ринопластики для воздействия на спинку носа, ширину костного свода, длину носа, кончик носа, а также ширину крыльев носа. Для работы с костями – резекции и остеотомии мы отдаем предпочтение пьезохирургическому аппарату. Резекции и редукции также подвергаем и хрящи носа – перегородку носа, крыльчатые хрящи (краниальная резекция латеральных ножек, медиальный слайдинг). Ширину основания носа мы уменьшаем путем клиновидного иссечения крыла. Зачастую необходимо выполнить редрессацию кожи в связи со значительным уменьшением костно-хрящевого каркаса. Длина верхней губы оказывает большое влияние на восприятие эстетических пропорций носа, в особенности на проекцию кончика носа. На женском лице расстояние между основанием носа и границей верхней губы короче, тогда как на мужском лице верхняя губа длиннее. Нами было одномоментно выполнено ринопластика и подтяжка верхней губы (операция – булхорн). Булхорн выполняется нами путем иссечения эллипса кожи непосредственно под основанием носа. Ширина эллипса зависит от требуемой величины укорочения губы, как правило, иссекается не более 25% общей высоты губы от основания носа до вермильона. Для заполнения красной каймы верхней губы мы используем трансплантат дермы, который туннелируется в губу через небольшие разрезы в слизистой оболочке в области комиссуры губы. Сочетание линий разрезов открытой ринопластики с линиями подтяжки верхней губы приводит к гармоничным пропорциям носогубных складок и значительно меньшему операционному штрафу. Результаты. Благодаря феминизирующим операциям лица явления гендерной дисфории у пациентов с нарушением половой самоидентификации регрессируют, улучшается качество жизни и социальная адаптация. Выводы. Сочетание ринопластики и подтяжки верхней губы — это мощный инструмент феминизации лица, который позволяет достичь несколько эффектов: редукции носа, уменьшение носогубного угла, увеличение верхней губы, уменьшение высоты кожного покрова верхней губы, что в свою очередь дает

эффект омоложения пациента. Одновременное выполнение ринопластики и булхорн является выгодным для пациента, так как означает одну хирургическую операцию и период восстановления.

КОМПЛЕКСНАЯ МОДЕРНИЗАЦИЯ ФЕМИНИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА И ШЕИ

Истранов А.Л., Плотникова М.В., Исакова Ю.И.,
Тейфуков С.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава
России (Сеченовский Университет) Кафедра онкологии,
радиотерапии и реконструктивной хирургии института
клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Москва*

Цель. Модернизировать комплексное выполнение хейлопластики, мандибулопластики, гениопластика и хондроларингопластики у пациентов с расстройством половой идентичности. Материалы и методы. На клинических базах кафедры онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова нами было проведено клиническое исследование, направленное на разработку модернизирующих методов выполнения феминизирующих операций нижней трети лица и шеи. Комплексная феминизация нижней трети лица и шеи была выполнена 25 пациентам в период с 2017 по 2022 год. Возраст пациентов варьировал от 19 до 57 лет. Пациентам одномоментно были выполнены следующие операции: хейлопластика, мандибулопластика, гениопластика и хондроларингопластика. С анатомической точки зрения между мужчинами и женщинами существуют отличия в особенностях строения лица. В нижней трети лица и шеи сконцентрирована значимая часть гендерных признаков. Феминизирующие операции нижней трети лица и шеи значительно влияют на конечный результат феминизации лица в целом. У женщин расстояние между основанием носа и красной каймой верхней губы в среднем на 3,2–6,4 мм меньше, чем у мужчин. Суть хейлопластики состоит в уменьшении высоты между основанием носа и красной каймой верхней губы. Операция заключалась в иссечении предварительно измеренного участка кожи, примыкающего к основанию носа. В результате лицо становилось более женственным и молодым. Нижняя челюсть мужчин массивнее с более выступающим, прямоугольным гониальным углом. Подбородок мужчин в среднем на 20% длиннее, чем у женщин. Гониальный угол у женщин более тупой, примерно на 2,7 градуса, это создает более мягкий переход от тела нижней челюсти к ветви и более узкую ширину нижней челюсти. Мандибулопластику и гениопластику всегда сочетали друг с другом, выполняя через один, внутриротовой доступ по переходной складке. Цель мандибулопластики (контурной пластики углов нижней челюсти) состояла в резекции гониальных углов с помощью пьезохирургического аппарата, которая придавала области округлый и мягкий вид. При феминизирующей гениопластике выполняли двустороннюю резекцию углов с помощью пьезохирургического аппарата. В результате подбородок приобретал округлую и заостренную форму, характерную для лиц женского пола. Щитовидный хрящ мужчин крупнее и более выступающий, чем у женщин, вы-

ступ гортани образуется в результате слияния передних краев двух пластинок щитовидного хряща, которые расходятся под углом примерно 90° у мужчин и 120° у женщин. Хондроларингопластику выполняли через поперечный разрез по нижней шейной складке длиной около 1,5 см с резекцией выступающего угла щитовидного хряща. В результате шея приобретала изящный и женственный вид. Результаты. Послеоперационный период у всех пациентов протекал легко, без осложнений. Сроки реабилитации составляли до 1 месяца. Во всех наблюдениях мы получили отличные эстетические результаты, лица пациентов утратили мужские черты, приобрели округлые и миловидные женские черты. Пациенты отметили высокую удовлетворенность полученными результатами и значительное улучшение социально-бытовой адаптации. Выводы. Разработанные одномоментные модернизирующие методы феминизации нижней трети лица и шеи позволяют добиться быстрых и высоких результатов, не требуют частой отмены гормональной терапии, а также уменьшается частота наркоза и продолжительность реабилитационного периода.

НОВЫЙ МЕТОД ПРЕПЕКТОРАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Казанцев И.Б., Грищенко М.Ю., Парфирьева Е.М., Гаркуша В.М.

Сибирский государственный медицинский университет, Томская областная клиническая больница, Томский областной онкологический диспансер, Томск

Поиск и применение оптимального метода реконструкции молочной железы после мастэктомии очень актуален в век растущей онкозаболеваемости. По данным НИИ онкологии им. Герцена, рак молочной железы является ведущей онкологической патологией (21,7%) у женского населения России, и с каждым годом этот процент продолжает расти. На сегодняшний день, при проведении одномоментной препекторальной операции по реконструкции молочной железы после подкожной мастэктомии, чаще всего применяют способ установки силиконового экспандера или импланта, укрывая их лоскутом торако-дорзальной мышцы, синтетическим (сетчатым) имплантом или биологическим материалом (ацеллюлярный дермальный матрикс). При этом каждый из представленных способов имеет ряд осложнений: недостаточная длина мышечного лоскута, нарушение его гемодинамики, формирование сером на фоне укрытия импланта матриксом и др. Помимо этого способы не являются универсальными и выполнимыми без специальной подготовки хирургов. Целью работы было создание метода препекторальной реконструкции молочной железы с применением болюсного липофилинга, как средства префабрикации надежной аутологичной биологической структуры – адипо-фиброзной капсулы (на метод подана заявка на патент РФ). Материалы и методы. На базе Томского областного онкологического диспансера 8 пациенткам с верифицированным диагнозом рак молочной железы (IIb-IIIa стадии), была выполнена подкожная мастэктомия, аксиллярная лимфодиссекция. Следующим этапом производили забор аутологичного жира с помощью водоструйной липосакции с последующей дегидратацией жира

в липоколлекторе путем седиментации и фильтрации. Затем в полость заранее герметично ушитого чехла молочной железы производили болюсное введение аутологичного жира. Молочную железу плотно тейпировали к ключице. В послеоперационный период пациентки получали перевязки. Все пациентки были выписаны из стационара через 7-9 дней после операции. Во всех случаях послеоперационный период протекал без осложнений. Через 2 месяца методом ультразвукового исследования контролировали формирование капсулы вокруг болюса жира. Пациентов готовили ко второму этапу операции: замене клеточного детрита на имплант. Операцию проводили в отделении реконструктивной и пластической хирургии Томской областной клинической больницы. Под общим наркозом выполняли рассечение кожи по старому рубцу, производили удаление клеточного детрита из сформированной полости, затем в полость устанавливали силиконовым имплант для достижения симметрии со здоровой железой. Производили установку активного дренажа на 2 суток. Пациентов выписывали на 7-8 сутки. Осложнений данного этапа лечения не встречали. Результаты. Созданный метод препекторальной реконструкции молочной железы с префабрикацией капсулы болюсным введением аутологичного жира, является разумной альтернативой существующим хирургическим методам. Наблюдение за пациентами в течение 6-8 месяцев после окончания лечения, позволяет говорить о достаточно длительной статической и динамической симметрии молочных желез. Префабрикация, или создание новых анатомических и/или биологических структур, по мнению многих авторов является недооцененной технологией в современной реконструктивной и пластической хирургии. Созданный нами метод формирования капсулы при одномоментной препекторальной реконструкции молочной железы с применением собственного аутологичного жира позволил создать новую биологическую структуру с уникальной морфологической характеристикой – адипо-фиброзную капсулу. Описанный способ позволяет сохранить объем кожного чехла, приводит к естественному формированию фиброзной капсулы после подкожной мастэктомии, исключает использование инородных покровных материалов или применения микрохирургической техники. В результате это приводит к сокращению числа и сроков госпитализации для достижения окончательного эстетического результата и уменьшению экономических затрат на лечение.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ТРАМ-ЛОСКУТА В ТОРАКОПЛАСТИКЕ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

Кайланич Е.А., Долинская Л.Н., Муковников А.С., Новосартов Г.А.

Орловская областная клиническая больница, Орёл

Актуальность. Понятие торакопластика вошло в обиход хирургов еще в XIX веке. Термин ввел швейцарский фтизиатр Карл Шпенглер. Не смотря на то, что данный вид оперативных вмешательств являлся основным методом лечения деструктивных форм туберкулёза, он также стал широко применяться при лечении гнойно-деструктивных

заболеваний легких и плевры. Также различные методики торакопластики применяются при травматических повреждениях грудной клетки при наличии обширных дефектных ран.

Материалы и методы. Нами произведен анализ применения методики TRAM-лоскута в торакопластике при обширных дефектах грудной стенки на примере хирургического торакального отделения Орловской областной клинической больницы за период 2015-2020 гг. За период 2015-2020 гг. в отделении пролечено 3406 пациентов, из них с травмой грудной клетки 1460 (42,9%) – средний койко-день составил 14,8, с гнойно-деструктивными заболеваниями легких 454 (13,3%) – средний койко-день 28,7, с эмпиемой плевры 150 (4,4%) – средний койко-день 23,6, с остеомиелитом ребер и грудины 39 (1,1%) – средний койко-день 17,1. У 11 пациентов понадобилось применение различных видов торакопластики: при гнойных процессах в легких и плевре – у 7, при травме грудной клетки – у 3, при остеомиелите грудины – у 1. До 2017 г. в отделении в основном применялись следующие виды торакопластики: мышечно-реберная, мышечно-швартовая, торакомиопластика. С 2017 г. в арсенал пластических методов в отделении вошла пластика с использованием TRAM-лоскута (transverse rectus abdominis myocutaneous), т.е. применение кожно-мышечного лоскута из прямой мышцы живота на питающей ножке. Данная методика в основном применяется в пластической хирургии у женщин после мастэктомии с целью восстановления груди.

Результаты. Методика одноэтапной торакопластики с использованием TRAM-лоскута применялась у 6 пациентов с обширными дефектами передних и переднебоковых отделов грудной клетки в тех случаях, когда не возможно было применить «классические методы» торакопластики в виду отсутствия реберного и мышечного каркаса в месте дефекта грудной стенки, из них у 3 при осложненной эмпиеме плевры (в послеоперационном периоде умер 1), у 1 – при огнестрельном ранении грудной клетки, у 1 – с остеомиелитом грудины после операции на сердце (умер в послеоперационном периоде 1), у 1 – с остеомиелитом ребер. Причиной смерти стала декомпенсация сердечной деятельности вследствие развития острого инфаркта миокарда у возрастного пациента, и нарушение ритма у пациента, перенесшего оперативное вмешательство на сердце, что потребовало дополнительного вмешательства – постановки электрокардиостимулятора. В послеоперационном периоде у пациентов, перенесших одноэтапную торакопластику с применением TRAM-лоскута отмечалось хорошее приживление кожно-мышечного лоскута и более быстрое заживление операционной раны. Средний койко-день уменьшился на 10,3 – по сравнению с пациентами, у которых применялись «классические» этапные методы торакопластики.

Заключение. Использование методики торакопластики обширных дефектов грудной стенки с применением TRAM-лоскута при гнойно-деструктивных процессах в легких, плевре, костном каркасе грудной клетки, при травматических повреждениях грудной клетки позволяет добиться хороших результатов, и имеет право на существование наравне с «классическими» методами торакопластики.

МНОГОПЛАНОВАЯ ОРБИТО-ПАЛЬПЕБРАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ

Катаев М.Г., Еолчян С.А., Захарова М.А., Матросова Ю.В., Трофимова И.Ю.

ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад.

С.Н.Федорова» Минздрава России, ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н.Бурденко» Минздрава России, Москва

Тяжелые повреждения и пороки развития орбитальной области требуют восстановления всех анатомических компонентов включая каркас орбиты, содержимое орбиты при наличии глаза и при анофтальме, веки и систему слезоотведения. Сложность задачи определяется особенностями нормальной глазной анатомии, где одну из ведущих динамических ролей играют внутриорбитальные и внутрипальпепральные связи. Клинический материал составила группа из 19 пациентов с комбинированными дефектами и деформациями орбитального каркаса, содержимого орбиты, век и слезоотводящих протоков. Во всех случаях этапное реконструктивное лечение начиналось более чем через 1 месяц после повреждения. 12 пациентов были оперированы ранее как в экстренном порядке, так и в отдаленном периоде. Методы лечения. Последовательность реконструкции отвечала следующим принципам: 1) устранение инфекционных осложнений; 2) восстановление контура орбиты; 3) пластика мягких тканей орбиты включая экстраокулярные мышцы; 4) реконструкция век; 5) восстановление слезоотведения. Восстановление контура орбиты осуществляли с помощью накладных имплантатов из силикона или ПТФЭ, а также индивидуально изготовленных титановых пластин. Пластика мягких тканей орбиты была направлена на правильное положение и поворот глазного яблока при его наличии или создание опорно-двигательной и полостной системы для проведения адекватного глазного протезирования при отсутствии глазного яблока. В реконструкции век использовали транспозицию местных тканей и аутоотрансплантатов без ротации параорбитальных лоскутов. Завершающим этапом блефаропластики было устранение птоза верхнего века, которое выполняли вмешательством на леваторе или подвешиванием к брови без применения биологических трансплантатов. После выполнения всех предыдущих стадий при наличии показаний приступали к восстановлению слезоотводящей системы. Выбор оперативных способов зависел от уровня нарушений слезных протоков и не включал использование лакопротезов. Результаты. Количество этапов лечения варьировало от 3 до 7. Во всех случаях был получен удовлетворительный результат, который позволял достичь качества жизни, приемлемого для психологической, социальной и трудовой адаптации. Заключение. Несмотря на большую длительность общего периода лечения, мы не считаем оправданными попытки совмещения разноплановых операций в одном этапе, поскольку стабилизация тканей после одного этапа служит основой для успешного проведения следующего. Наиболее сложной частью реконструкции остается воссоздание динамического компонента мягких тканей орбиты и век. Полученные положительные результаты оправдывают изложенную выше технологию этапной реконструкции комбинированных повреждений орбитальной области.

ПАЛЬПЕБРАЛЬНАЯ СКЛАДКА, ОРБИТОПАЛЬПЕБРАЛЬНАЯ БОРОЗДА: ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ НА ВЕРХНИХ И НИЖНИХ ВЕКАХ

Катаев М.Г., Захарова М.А., Трофимова И.Ю.
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад.
С.Н.Федорова» Минздрава России, Москва

Веки – объект наиболее пристального изучения лица сторонним наблюдателем. Помимо формы глазной щели огромное значение для эстетического восприятия имеет рельеф век. Если общий контур век, их проминенция, кривизна поверхности определяются глазным яблоком, то более тонкие детали рельефа, такие как орбитопальпепральная борозда и пальпепральная складка формируются элементами динамического каркаса и мышцами. Пластика этих деталей рельефа требует осторожного подхода. Шаблонное выполнение блефаропластики, как эстетической, так и реконструктивной, часто оставляет ощущение незавершенности из-за «неживого» рельефа век. Пациенты. Нарушение или потребность в коррекции рельефных зон в окулопластике встречается часто, их сотни и тысячи: это и кандидаты на эстетическую блефаропластику, и перенесшие жесткую пластику век, и пострадавшие от травм или хирургических операций, и больные с заворотом, выворотом, блефарохалазисом и флоппи-синдромом. Методы. Хирургические методы делятся на два типа: удаление мешающих тканей и создание новых связей между внутренними структурами и рельефной поверхностью. К первым относятся патологически рыхлые ткани, смещенные или гипертрофированные жировые пакеты, фиброзно-жировые грыжи после травм. Создание новых связей необходимо при отрывах кожно-мышечного слоя, укорочении или разрыве орбитальной перегородки, при операциях на леваторе и ретракторе, при орбитальной реконструкции, при устранении заворота век. Результаты. Оценка результатов базируется на констатации формы рельефа и его динамичности. Обсуждение. Нельзя недооценивать роль деталей рельефа в окулопластике. Отсутствие привычных складок кожи выглядит нелепо. Естественное движение форм не менее важно, чем их гладкость. При планировании вмешательства на веках следует оценить общее требование: сохранить или сформировать борозду/складку. Как правило, сохранение складки предусматривает удаление лишних тканей при сохранении внутренних связей, а воссоздание складки происходит за счет формирования новых связей между динамическими структурами и кожей.

АУТОАДИПОЦИТАРНЫЙ ЛИФТИНГ (CLEFT LIFT) МЕЖЪЯГОДИЧНОЙ БОРОЗДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТОЙ КОПЧИКА

Клименко К.В.

Введение. В последние годы в хирургической практике увеличилось количество обращений пациентов в возрасте от 17 до 23 лет, страдающих эпителиально-копчиковым ходом, с рецидивами заболевания, от ранее выполненных

хирургических вмешательств в крестцово-копчиковой области. Одной из главной причины является наличие у пациентов глубокой межъягодичной борозды с наличием множества вросших волос. Длительное наличие у пациентов глубокой (3,5- 4,0см и больше) межъягодичной борозды с наличием в ней волос, присутствие постоянной влажности, инфекции и недостаточной аэрации воздуха, ведет к формированию абсцесса с последующим формированием свища. Основные хирургические методы лечения направлены на устранение абсцесса или свища в межъягодичной борозде, но не на устранение глубины межъягодичной борозды. К распространенному хирургическому методу относится операция (Cleft lift), подъем межъягодичной борозды. Нами предложен новый, патогенетически направленный и малоинвазивный метод, устранения глубины межъягодичной борозды с использованием липофилинга собственной жировой тканью. Материалы и методы. В период с 2021 по 2022г. нами выполнено 27 коррекций межъягодичной борозды аутоадипоцитарный липофилинг клефт лифт, у пациентов с глубокой межъягодичной бороздой. Пациенты находились на амбулаторном лечении, соотношение мужчин и женщин составило 2:1. Всем пациентам выполнялся УЗИ контроль межъягодичной борозды на предмет локального воспаления. Выполнялось измерение толщины межъягодичной борозды, верификация фасции крестца. Всем пациентам, находившимся на лечении, была выполнена малоинвазивная аутоадипоцитарная коррекция межъягодичной борозды собственной жировой тканью (Патент на изобретение № 2760094 «Способ пластики послеоперационных ран после хирургических вмешательств в крестцовокопчиковой области»). Методика операции. С пациентом согласовывается, из какой анатомической области выполнить забор жировой ткани: это живот, ягодичная область. Из выбранного донорского участка, специальной канюлей диаметром 3-5 мм длиной 15-20 см выполняется аспирация жировой ткани, в количестве до 30-40 мл после этого, жировая ткань центрифугируется, очищается от элементов крови, выполняется подготовка области крестца для введения жировой ткани на всем протяжении. Под местной анестезией выполняется локальное рассечение кожного покрова до фасции крестца в длину 0,5 см строго по срединной линии крестца в верхней точке у места горизонтального пересечения проекции подвздошных костей. Канюлей Толедо вдоль крестца по срединной линии, выполняется диссекция мягких тканей, в виде тоннеля (скользя по фасции крестца) в ширину до 2,5 см и в длину до 15 см в направлении к анальному каналу, не доходя до него на 3,0 см. После того, как сформирован тоннель вдоль крестца, для введения жировой ткани, выполняется контроль гемостаза, затем выполняется введение отцентрифугированного жира, через металлическую канюлю с боковым окошком. Окошко нужно повернуть в сторону мягких тканей. Жировую эмульсию вводят очень медленно через шприц (луер лок), в количестве от 35 до 50 мл в зависимости от глубины и протяженности межъягодичной борозды до появления ее сглаженности или до полного ее исчезновения, под контролем УЗИ датчика. После введения липотрансфера, пальпаторно распределяется жир вдоль межъягодичной борозды. Линейная рана в верхней части крестца ушивается проленом 4-0 на две недели, чтобы введенный жир не имел возможности самостоятельно эвакуироваться из введенной полости. При-

живаемость жира составляет в среднем 2-3 недели. После выполненной операции необходимо проведение антибактериальной терапии, антибиотиками цефалоспоринового ряда 1,0 внутримышечно 1 раз в день, на протяжении 5 дней. После проведенной коррекции межъягодичной борозды у 25 пациентов отмечался стойкий результат, контрольные осмотры выполнялись через 1-3-5 месяцев. После операции, все пациенты находились под динамическим наблюдением, под УЗИ контролем. У 2-х пациентов требовалась докоррекция межъягодичной борозды. Гнойно-воспалительных изменений не было зафиксировано ни у одного пациента. Выводы. Данный хирургический способ липотрансферной коррекции, является малоинвазивным, позволяет устранить глубину межъягодичной борозды. Получить стабильный результат. Эффект после введения липотрансфера наступает сразу.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В КОРРЕКЦИИ ВИРИЛИЗАЦИИ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА

Кожевников П.А., Кожевникова М.А.

Клиника «Елена», Новосибирск

Введение. Нарушение формирования пола (Disorders of Sex Development, DSD) встречается с частотой 1 случай на 4500 живорожденных детей. Проблема хирургической коррекции наружных гениталий у девочек с DSD остаётся актуальной в связи с дискуссируемостью вопросов о методе и сроках оперативного лечения, а также с мультидисциплинарностью данной патологии. Цель исследования – анализ возможностей реконструктивно-пластической хирургии для улучшения результатов хирургического лечения девочек с DSD на основе дифференцированного подхода к решению вопроса о методе и сроках операции с учетом современных возможностей. Материалы и методы. С 2017 по 2021гг. нами было пролечено 10 девочек с DSD. Средний возраст – 3 года. В 9 случаях к вирилизации гениталий привела врожденная гиперплазия надпочечников (1 – вирильная форма, 8 – сольтеряющая), у 1 девочки выявлен химерный кариотип (80%XX 20%XY). По классификации A. Prader 7 девочек (70%) имели III степень вирилизации, 3 девочки (30%) – II степень. Все дети были осмотрены эндокринологом и гинекологом. Также оценивали уровень 17-ОНП, электролитные показатели плазмы крови, гормональный статус. Обязательно выполнялось кариотипирование, УЗИ органов малого таза, почек и надпочечников, МРТ органов малого таза. Также выполнялось исследование уrogenитального синуса (УГС). На этапе освоения методики нами использовалась двухэтапная техника, где первый этап заключался в проведении клиторопластики с пластикой половых губ и рассечением УГС – выполнено 4 операции. С 2019 начато применение одноэтапной техники – выполнено 6 таких операций. Проводилась нейросберегающая редуцирующая клиторопластика с сохранением дорзального сосудисто-нервного пучка и резекцией головки клитора по латеральным сегментам с сохранением

сенситивных зон головки. В большинстве случаев получен хороший косметический результат. В 2 случаях в послеоперационном периоде отмечали образование гематом под лоскутами малых половых губ и их отек, что не повлияло на исход. В 1 случае отмечалось временное нарушение кровоснабжения клитора. Выводы. Возможности современной реконструктивно-пластической хирургии позволяют выполнить феминизирующую пластику наружных гениталий девочек с DSD в 1 или 2 этапа. Необходимо полное предоперационное обследование, подбор индивидуальной гормональной терапии. Важнейшим условием получения хорошего косметического и функционального результата является сохранение сосудисто-нервного пучка и сенситивных зон клитора, что обеспечивает нормальную психосексуальную адаптацию пациенток.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ИСХОДОВ ОДНОЭТАПНОЙ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ С НЕМЕДЛЕННОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА

Колчанов Г.М., Алексеева Д.А., Мартиросян В.В.

Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер», г. Санкт-Петербург

Актуальность: Хирургическое лечение местнораспространенных злокачественных новообразований полости рта сопряжено с формированием сложных с анатомо-функциональной точки зрения комбинированных дефектов челюстно-лицевой области. Сложность восстановления дефектов челюстно-лицевой области в рамках комплексного лечения онкологических больных требует разработки новых методических подходов. Цель исследования: Оценка качества жизни пациентов с различными видами восстановления дефектов челюстно-лицевой области после орофарингеальных резекций по поводу местнораспространенных злокачественных новообразований полости рта. Материалы и методы: Всем пациентам, включенным в исследование выполнены расширенные орофарингеальные резекции с формированием комбинированных дефектов челюстно-лицевой области, не менее 6 месяцев назад. Для оценки клинических исходов использовался опросник EORTC QLQ-H&N35, состоящий из 35 пунктов, включающих в себя оценку интенсивности болевого синдрома, функций глотания, речеобразования, питания, а также степень социальной дезадаптации и сексуальную привлекательность. Работа проведена на основании наблюдений СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер». В исследование включены 10 пациента после различных способов реконструкции, утраченных орофарингеальных структур, включая 2х пациентов после пластики свободным ревазуляризированным малоберцовым трансплантатом с одномоментной дентальной реабилитацией. Результаты: Выборка включала 10 пациентов

(8 мужчин и 2 женщины) со средним возрастом 38 лет (диапазон от 25 до 63 лет) и средним периодом наблюдения 12 месяцев (диапазон от 6 до 22 месяцев). В 4 клинических случаях использовался лоскут височной мышцы с одномоментной контурной пластикой донорской (височной) области – удовлетворительное качество жизни (диапазон от 51 до 60 баллов). В 2 случаях использовалась методика одноэтапной комплексной реконструкции орофврингеального дефекта, при помощи свободного ревааскуляризованного костно-кожного-мышечного малоберцового аутотрансплантата с одномоментной дентальной реабилитацией – качество жизни хорошее (диапазон от 38 до 40 баллов). В 3 случаях реабилитация достигнута путем изготовления ортопедического obturatora – качество жизни не удовлетворительное (диапазон от 72 до 98 баллов). В 1 случае использовался свободный ревааскуляризованный лучевой лоскут – качество жизни удовлетворительное (55 баллов). Выводы: Применение комплексной одноэтапной реконструктивной методики в рамках хирургического лечения местнораспространенных злокачественных новообразований полости рта объективно позволяет улучшить клинические исходы лечения. Что доказывает актуальность мультидисциплинарного подхода к хирургическому этапу лечения онкологических пациентов. Разработка и внедрение комплексных одноэтапных реконструктивных методик у пациентов местнораспространенными злокачественными новообразованиями головы и шеи, являются востребованными в клинической практике.

КОМПЛЕКСНАЯ ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ГАРМОНИЗАЦИЯ ЛИЦА

Колыванов Г.А.

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

Гармонизация лица является одной из основных задач в эстетической хирургии лица. Часто, эстетическая хирургия лица ограничивается устранением возрастных изменений, не изменяя и не улучшая пропорции лица. Для гармонизации лица может быть эффективна эстетическая хирургическая коррекция одной или одновременно нескольких анатомических областей. Нередко, эстетическая хирургия лица затрагивает коррекцию одной анатомической области, особенно если этого желает пациент, даже если есть более выраженные эстетические изменения соседних областей. Комплексная одномоментная коррекция лица проводится редко, особенно если предполагается изменение носа, так как ринопластические хирурги часто являются узкими специалистами. Несмотря на необходимость одномоментного хирургического воздействия на различных областях лица, пациенты нередко отказываются от комплексной эстетической коррекции. Часть из этих пациентов, понимая недостаточное преображение лица, приходят на последующие этапы. Пациенты не всегда понимают, что необходимо изменить, чтобы лицо выглядело более гармонично, и полагаются на тактику пластического хирурга. Цели и задачи: оценить особенности одномоментной комплексной хирургической гармонизации лица. Материалы и методы исследования: в течение трех лет

в Центре косметологии и пластической хирургии имени С.В. Нудельмана для гармонизации лица мной проведена комплексная коррекция лица в сочетании с ринопластикой более 150 пациентам. Тактика хирургической коррекции определялась на основании эстетического анализа лица. Наиболее часто комплексная хирургическая гармонизация лица представляла собой сочетание ринопластики и увеличения подбородка (порядка 80 пациентов), изменение формы носа с коррекцией периорбитальной зоны (более 60) и коррекцией всех отделов лица и шеи (более 10). При выраженных эстетических изменениях всех отделов лица комплексная хирургическая коррекция была разделена на 2 этапа. Результат операций, в большинстве случаев, оценивался через 6 и более месяцев. Выводы: 1. Комплексная хирургическая коррекция в гармонизации лица, при наличии показаний, дает более выраженный эффект, чем монооперации. 2. Комплексная коррекция лица не увеличивает риск осложнений. 3. При большом объеме и продолжительности хирургических вмешательств целесообразна двухэтапная коррекция. 4. Целесообразно разделять ринопластику с остеотомией и тампонадой полости носа с эндоскопической коррекцией периорбитальной зоны и смас-лифтингом нижней трети лица и шеи.

ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Кононец О.А.

Клиника «Медлаз», Москва

Актуальность темы повторных операций эндопротезирования молочных желез остается по-прежнему высокой на сегодняшний день. Более 50 процентов пациенток, обращающихся по поводу эстетической коррекции молочных желез – это пациентки после увеличивающей маммопластики. Наиболее частой причиной повторных обращений является – изменение формы и положения молочных желез после эндопротезирования в результате разрыва, деформации, смещения, капсульной контрактуры имплантатов. Методы исследования: ультразвуковой, магнитно-резонансная томография, маммография, патоморфологический, клинический, лабораторно-экспериментальный. В контрольную группу пациенток, обратившихся за повторной маммопластикой в период с 2007 по 2022 год, вошло 235 женщин в возрасте от 33 до 64 лет. При повторных операциях с заменой силиконовых имплантатов были выявлены особенности взаимодействия имплантатов с тканями молочных желез, определены оптимальные, на наш взгляд, алгоритмы хирургической техники, которые позволяют достичь хорошего стабильного эстетического результата и снизить риск возможных осложнений.

МИНИИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДИАСТАЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА

Коробов А.В., Сергацкий К.И., Никольский В.И.

Медицинский институт ФГБОУ ВО «Пензенский
государственный университет», Пенза

Актуальность проблемы. Диастаз прямых мышц живота (ДПМЖ) – это патологическое состояние, которое характеризуется истончением и расширением апоневротической пластинки белой линии живота, а в более запущенных случаях – всего мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки, вплоть до спигелиевой линии (Юрасов А.В. и соавт., 2019). ДПМЖ истинной грыжей не является ввиду отсутствия характерного для неё патоморфологического субстрата в виде грыжевых ворот и грыжевого мешка. Основу патогенеза ДПМЖ составляет дисбаланс между производящими факторами (повышение внутрибрюшного давления (ВБД) и факторами защиты (тонус, эластичность передней брюшной стенки). Белая линия не может оказывать длительного активного сопротивления повышению ВБД, соответственно данную функцию осуществляют прямые мышцы живота с их фасциальными футлярами. Несмотря на большое количество предложенных методик коррекции ДПМЖ, главный вопрос хирургического лечения состоит в том, воспользоваться ли хирургу открытой техникой операции или отдать предпочтение лапароскопической методике. Не менее важным и не решённым до настоящего времени остаётся вопрос, касающийся целесообразности укрепления белой линии живота каким-либо имплантатом. Цель и задачи: разработка и клиническое внедрение способа хирургического лечения ДПМЖ, при котором в качестве операционного доступа используется кожный разрез в области верхнего края пупочной воронки, через который и осуществляются последующие манипуляции по ликвидации диастаза. Материалы и методы. Был разработан новый способ коррекции ДПМЖ (подана заявка на изобретение РФ). Согласно упомянутому способу, техника операции заключалась в следующем. По верхнему краю пупочной воронки выполняли небольшой кожный разрез. Осуществляли ретракцию кожного лоскута. Тупым путём выполняли отслойку подкожной жировой клетчатки от апоневротической пластинки белой линии живота. Последовательно от области мечевидного отростка до пупочного кольца осуществляли прошивание апоневротической пластинки белой линии живота, сближая прямые мышцы живота и ликвидируя их диастаз. Выполняли дренирование подкожной жировой клетчатки по Редону, операционную рану ушивали. После операции использовали компрессионное бельё. После получения разрешения Локального комитета по этике, элементы предложенного способа хирургического лечения ДПМЖ были применены у 5 пациентов с ДПМЖ. Результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений, воспалительные изменения в ране отсутствовали. Дренажи из подкожной жировой клетчатки удалены на 3 сутки после оперативных вмешательств. Швы на коже сняты через 7 дней. Средняя продолжительность госпитализации составила 3 суток. Наблюдение пациентов в течение года после операции не выявило у них данных за рецидив

ДПМЖ. Подчеркнем, что осмотренные пациенты не предъявляли жалобы на чувство инородного тела в зоне операции. Выводы. 1. Первый опыт применения предлагаемого способа хирургического лечения ДПМЖ, показал эффективность методики. 2. Дальнейшие исследования, сопряженные с вовлечением большего количества пациентов и использованием соответствующей доказательной базы, видятся перспективными.

ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ВЕК У БОЛЬНЫХ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ОЖОГОВ

Короткова Н.Л., Сафьянова Е.В., Меньшенина Е.Г.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России
(Сеченовский университет), ФГБОУ ВО «Приволжский
исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Москва, Нижний Новгород

Реконструкция век у больных, пострадавших от ожогов, остается актуальной проблемой, что связано с их высокой функциональной и эстетической значимостью. Свободная кожная пластика считается золотым стандартом при лечении рубцового выворота век, для устранения эпикантусов используют местно-пластические операции. Однако, эти деформации не исчерпывают весь спектр патологических изменений, которые возникают при ожогах. Большое разнообразие рубцовых деформаций диктует необходимость использования различных методик пластической хирургии, что затрудняет выбор тактики лечения. На основе проведенного анализа мы выбрали наиболее эффективные методы операций и предложили алгоритм реконструкции рубцовых деформаций глазничных областей. Цель исследования: Оценить возможности разработанного алгоритма при хирургической реабилитации пациентов с рубцовыми поражениями глазничных областей пострадавших от ожогов. Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением в отделении реконструктивно-пластической хирургии ФГБОУ ВО ПИМУ с 2015-2021гг находилось 65 пациентов с рубцовыми деформациями век (124 поражения верхних и нижних век). При реконструктивном лечении пациентов с последствиями ожогов использовали следующий алгоритм. Рубцовые тяжи, в основном эпикантусы, устраняли с использованием местной кожной пластики (Z, H, V-Y пластики) – 42,7%. При обширном (тотальном или субтотальном) поражении кожи век выполняли кожную пластику полнослойным трансплантатом 43,6%. При дефектах век 8,2% использовали лоскут на питающей ножке из смежных областей или отдаленных областей тела. При вторичных деформациях век вмешательство осуществляли путем коррекции области лица, являющейся причиной деформации. У 6 пациентов, имевших сочетанные поражения обеих глазничных областей и спинки носа с формированием эпикантусов внутренних углов глаз, применена разработанная методика (патент РФ №2394504) комбинированной кожной пластики. При лечении рубцовых деформаций лица у больных с последствиями ожогов проводили разрезы и иссечение грубых рубцов так, чтобы после выявления скрытого дефекта и его пластики с использованием полнослойного трансплантата границы последнего находились в пределах эстетической единицы или субъединицы. При необходимости

коррекции рельефа и цвета кожи проводили использовали хирургическую лазерную систему и липофилинг. Результаты исследования и их обсуждение. У всех пациентов получен положительный (хороший или удовлетворительный) результат. Для оценки результатов лечения мы также использовали балльную шкалу. Оценивали функциональное и эстетическое состояние пациента с использованием 10 позиций по 5-балльной шкале, где 10 баллов – отсутствие повреждений. Отмечено улучшение обоих показателей с $17,30 \pm 0,51$ баллов до $10,47 \pm 0,11$ (оценка функционального показателя) и с $20,70 \pm 0,6$ до $14,07 \pm 0,31$ баллов (оценка эстетического состояния). Значительная часть пациентов (15,5%) поступала на лечение в институт уже после восстановительного лечения в медицинских учреждениях своих регионов. У большинства из них оставались не устранённые функциональные нарушения и эстетические недостатки. Показатели функционального и эстетического состояния лица этой группы после лечения в других клиниках составили $16,6 \pm 1,3$ и $20,2 \pm 1,26$ баллов соответственно, что показывает их значительную удаленность от нормы (10 баллов). Показатели объективно подтверждают неудовлетворенность пациентов, заставившую их вновь обратиться за продолжением лечения. Особую проблему составляют возросшие требования к эстетическому результату, подтверждением чего служит увеличивающееся количество повторных обращений пациентов, завершивших лечение много лет назад, с целью дальнейшего улучшения их внешнего вида при использовании новейших достижений пластической хирургии. Таким образом, для определения тактики лечения и выбора метода лечения необходимо провести анализ причины рубцовой деформации – а именно оценить «скрытый дефект» или утрату тканей, которая произошла вследствие их гибели при термической травме. Полноценное определение истинного дефекта тканей при операции и замещение его в полном объеме пластическим материалом является надежной профилактикой рецидива деформации. Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение разработанного подхода позволяет восстанавливать функцию век и сохранить полноценное зрение у пострадавших от ожогов, а также значительно улучшить эстетические результаты при лечении этой сложной категории пациентов.

ТОТАЛЬНОЕ ОМОЛОЖЕНИЕ ЛИЦА И ШЕИ В ДОСТИЖЕНИИ ГАРМОНИЧНОГО РЕЗУЛЬТАТА

Кочнева И.С., Левицкая М.Г.

Клиника эстетической хирургии «Абриелль», Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить оптимальное сочетание, вид и последовательность методик в омолаживающей хирургии лица и шеи.

Материалы и методы. Нами было проанализированы результаты хирургических вмешательств у 374 пациентов в отдаленном послеоперационном периоде, который составил от 3 месяцев до 2 лет. Возраст пациентов варьировался от 25 до 73 лет. Пациенты были разделены на группы по возрастным изменениям лица и шеи. В первую группу вошли пациенты с возрастными изменениями централь-

ного овала лица. Во вторую – с возрастными изменениями центрального и боковых отделов. И третью группу составили пациенты с возрастными изменениями центрального и боковых отделов лица и шеи. Для получения удовлетворительного эстетического результата в первой группе выполнялись эндоскопический лифтинг бровей и/или средней зоны лица с блефаропластикой. Во второй группе – эндоскопический лифтинг бровей и средней зоны лица с блефаропластикой, липофилингом лица, хейлопластикой, липосакцией субментальной зоны. В третьей группе одновременно выполнялись: эндоскопический лифтинг бровей и средней зоны лица с блефаропластикой, липофилингом лица, хейлопластикой, SMAS пластика лица и шеи, с медиальной платизмопластикой и липосакция субментальной зоны. Во второй и третьей группе применялись аппаратные методики работы с кожей лица и шеи. Результаты и выводы. Клинический опыт проведения операций на лице и шее в течение 10 лет, а также наблюдение за отдаленными результатами позволили определить последовательность применения методик омоложения в том порядке, в котором происходят возрастные изменения лица и шеи. А именно: брови – центральный овал – боковые отделы лица – шея. При обращении пациентов с возрастными изменениями, которые затрагивают одновременно центральный овал и боковые отделы лица и шеи требуется комплексный подход для коррекции. Омолаживающие операции необходимо начинать с эндоскопического лифтинга бровей и средней зоны лица с блефаропластикой и одновременно проводить хирургическое вмешательство в области шеи: SMAS пластику лица и шеи, медиальную платизмопластику с липосакцией субментальной зоны.

ХЕЙЛОПЛАСТИКА КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ В КОМПЛЕКСНОМ ОМОЛОЖЕНИИ ЛИЦА

Кочнева И.С., Левицкая М.Г.

Клиника эстетической хирургии «Абриелль», Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, Санкт-Петербург

Цель исследования. Показать необходимость и эффективность хейлопластики, как неотъемлемую составляющую в комплексном омоложении лица

Материалы и методы. Проведен анализ результатов операций у 203 пациентов, в отдаленном послеоперационном периоде, который составил от 3 месяцев до 10 лет. Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошло 118 пациентов с выполненными омолаживающими операциями на лице. Во вторую – были включены 85 пациентов, у которых в составе омолаживающей комплексной операции на лице проводилась хейлопластика. Из них 40 пациентам хейлопластика была выполнена вторым этапом, так как в данной выборке пациенты не отмечали желаемого полноценного эффекта омоложения. При проведении анализа их лиц были выявлены показания к выполнению хейлопластики изолированно или в сочетании: булхорн, корнер лифт, VY пластика, резекция m.DAO.

Результаты и выводы. Губы являются центральным отде-

лом лица и при планировании омолаживающих операций имеют важное значение в достижении гармоничного результата. Избежать возможных осложнений и получить желаемый эстетический результат можно только при грамотном их применении и сочетании. Общепринятых стандартов для «совершенных губ» не существует. Следует учитывать основополагающие пропорции и характеристики, определяющие их внешнюю привлекательность.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ФЛЕГМОНАМИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Красенков Ю.В., Татьянченко В.К., Давыденко А.В.,
Сухая Ю.В., Богданов В.Л., Манулик А.Ф.

*Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону*

Актуальность. По данным литературы, на сегодняшний день, в хирургических стационарах РФ проходят лечения от 20% до 40% пациентов с гнойной патологией мягких тканей, и за последние 10 лет тенденции к снижению данной проблемы не зафиксировано. Известно, что образование гипертрофических рубцов зависит от неблагоприятных условий заживления раны и усиленной (гиперэргической) реакцией соединительной ткани на травму. Лечение гнойных ран сопряжено с не малым риском развития осложнений как в раннем, так и позднем послеоперационных периодах, среди которых существенная доля приходится на образование грубых гипертрофических рубцов, которые могут приносить не только эстетический дискомфорт, но и ограничение двигательной активности сегмента конечности.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с флегмонами верхней конечности путем оптимизации лечебной тактики по профилактике избыточного рубцеобразования.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе отделения гнойной хирургии МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону», в него было включено 134 больных с флегмонами верхней конечности (плеча и предплечья) в возрасте от 18 до 75 лет. Длительность заболевания до обращения в клинику у больных составила от 3 до 10 дней. Причиной позднего обращения за медицинской помощью, как правило, служили попытки самолечения. Больные были распределены на 2 клинические группы которые были сопоставимы по полу, возрасту, патологии. В I группу вошло 62 исследуемых, у которых хирургическое лечение флегмоны проводилось по известным технологиям. Во II группу вошло 72 исследуемых, лечение которых флегмоны проводили по разработанным нами технологиям (Патент РФ №2587972, 2699664, 2695367, 2755169, 2755388, 2709726), включающим мониторинг тканевого давления на предмет наличия компартмент-синдрома, лечение компартмент-синдрома при его наличии в соответствии с разработанным алгоритмом, профилактика развития гипертрофических рубцов в области оперативного вмешательства. Оценка результатов лечения осуществлялась в 2 этапа, оценка ближайших (выписка) и отдаленных результатов (6 месяцев после выписки из стационара). Результаты лечения оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворитель-

ные. При снижении объема движения какого-либо сегмента конечности, не превышающего 50%, наличии умеренно выраженных болевых «триггерных» зон, изменении цвета поверхности рубца и его ширины до 2 мм – результат лечения считали удовлетворительным. Развитие стойких контрактур, анкилоз, выраженная рубцовая дистрофия за счет гипертрофических рубцов, сокращение объема движений более чем на 50% в одном из сегментов конечности, а также наличие постоянных болевых «триггерных зон» и выраженного дискомфорта в зоне операции, результат лечения оценивали как неудовлетворительный.

Результаты. Хирургическое лечение пациентов осуществлялось в соответствии с национальными клиническими рекомендациями по хирургии. Антибактериальная терапия назначалась с момента госпитализации пациента в стационар. Нами был разработан оригинальный способ профилактики развития гипертрофических рубцов у больных основной группы (n=72) в послеоперационном периоде (патент РФ №2587972). Особенностью данного способа является определение тактики лечения пациента в зависимости от типа активности N-ацетилтрансферазы, типы были определены как: быстрый, средний, медленный. Был разработан алгоритм лечения в соответствии с типом ацетилирования, которое начинали со 2 фазы течения раневого процесса. При медленном типе (низкая угроза избыточного рубцеобразования) во 2 фазу осуществлялись местные инстилляциии мазью Эгаллохит в течение 5 дней; в 3 фазу Ультрафонофорез геля Контрактубекс в течение 5 дней. При среднем типе (средняя угроза) инстилляциии мазью Эгаллохит в течение 7 дней; Ультрафонофорез геля Контрактубекс в течение 7 дней и затем электрофорез Карипазима 350 ПЕ в течение 7 дней. При быстром типе (высокая угроза) внутримышечное введение Лонгидазы по 1,0 мл 1 раз в 3 дня в количестве 10 инъекций, местные инстилляциии мазью Эгаллохит назначались в течение 10 дней, внутримышечное введение Лонгидазы по 1,0 мл 1 раз в 3 дня в количестве 10 инъекций, местные инстилляциии мазью Эгаллохит назначались в течение 10 дней. **Выводы.** В ходе исследования было установлено, что использование в лечебном процессе оригинального способа профилактики патологического рубцеобразования патогенетически обосновано. Доказало свою эффективность клинически, хорошие результаты лечения были получены у 94,4%.

СПОСОБ ЗАКРЫТИЯ РАНЕВОГО ДЕФЕКТА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН МЯГКИХ ТКАНЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Красенков Ю.В., Татьянченко В.К., Давыденко А.В.,
Эдилов А.В., Сухая Ю.В., Богданов В.Л.

*Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону*

Актуальность. Сегодня до 40% пациентов хирургических отделений могут составлять пациенты с гнойной патологией мягких тканей. Лечение этого контингента больных сопряжено с высоким риском развития осложнений как в раннем, так и позднем послеоперационных периодах. Среди этих осложнений не только развитие гипертрофи-

ческих рубцов, болевых триггерных зон, но и обширные раневые дефекты, которые можно закрыть путем проведения кожной пластики. После лечения флегмоны, очистки раны, пациентов выписывают на амбулаторное лечение по месту жительства, откуда хирург поликлиники может направить пациента на плановую госпитализацию по закрытию дефекта мягких тканей. Распространенным и более простым в техническом плане является метод использования расщепленного кожного лоскута, однако метод имеет ряд существенных недостатков, которые не всегда удовлетворяют требованиям хирургов и пациентов.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с флегмонами верхней конечности путем внедрения оригинального способа закрытия раневых дефектов верхней конечности.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе отделения гнойной хирургии МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону», в него было включено 10 больных с обширными раневыми дефектами после флегмонах верхней конечности (плеча и предплечья) в возрасте от 18 до 75 лет. У 10 больных II серии (основная группа) для закрытия раневого дефекта был использован разработанный нами оригинальный способ пластики (патент РФ №2709726). Показаниями к разработанному нами способу операции являются: •Диаметр гнойной раны свыше 4 см; •Отсутствие свищевых затеков; •Площадь раневого дефекта более 20 см²; •По бальной шкале 2-3 степень тяжести течения патологического процесса; •Отсутствие тканевой гипертензии в послеоперационном периоде.

Результаты. Лечение основного заболевания пациентов (флегмона) осуществлялось строго в соответствии с национальными клиническими рекомендациями по хирургии. На момент проведения вмешательства, у всех исследуемых прооперированных по данной методике, признаки воспаления отсутствовали. Операция осуществлялась следующим образом, выкраивали кожно-подкожно-фасциальный трансплантат на основе плечелучевой мышцы включающий дистальный конец мышцы с расположенной над ним кожно-подкожно-фасциальной пластинкой по форме, идентичной форме раневого дефекта области верхней конечности. Трансплантат перемещали во фронтальной плоскости в области сосудисто-нервной ножки. Дистальный конец через подкожный тоннель подводили к дефекту тканей в области верхней конечности. Осуществляли послойную фиксацию. Для оценки кровоснабжения лоскута мы использовали метод полярографии, контроль показателей осуществлялся перед выпиской из стационара, и на 30 и 60 сутки после операции. Полярография осуществлялась при помощи двух электродов. Один электрод устанавливали в области питающей ножки кожно-подкожно-фасциального трансплантата, второй электрод – в зоне пластики дефекта сегмента верхней конечности. Показатели напряжения кислорода в области обоих электродов были относительно близки по значению друг к другу. Показатели насыщения кислородом сосудистой ножки были несколько выше, чем периферических отделов трансплантата ($p < 0,05$). Принимая во внимание динамику показателей t_1 , t_2 , t_3 , t_4 можно прийти к заключению, что оптимальные условия оксигенации мышечной части трансплантата, от которой зависит его жизнеспособность, определялись к 30 суткам исследования. К 180 суткам констатировали нормализацию показателей полярограмм мягких тканей зоны пла-

стики. Разработанная операция позволяет надежно закрыть дефект мягких тканей верхней конечности любой локализации за счет пластики однородными тканями со стороны трансплантата на питающей ножке (кожа, подкожная клетчатка, фасция, мышца).

Выводы. Выкроенный по разработанной методике кожно-подкожно-фасциальный трансплантат на основе плечелучевой мышцы обеспечивает получение хорошо кровоснабжаемого лоскута, достаточных размеров, что позволяет без дополнительного использования других тканей успешно производить пластику послеоперационной раны верхней конечности любой локализации на заключительном этапе лечения флегмоны мягких тканей верхней конечности. Разработанный способ позволяет сформировать трансплантат, который включает все составные части поврежденного сегмента верхней конечности (кожа, подкожная клетчатка, фасция, мышца).

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ФОРМИРОВАНИЯ УЗКОЙ ТАЛИИ С СОХРАНЕНИЕМ РЕБЕР

Краюшкин И.А., Кудзаев К.У.

ООО «Время красоты», клиника эстетической медицины, Москва

Введение. Формирование узкой талии является актуальной задачей современной пластической хирургии. В отличие от операций по коррекции формы и размеров груди или омоложения лица, этот сектор пластической хирургии не может похвастаться обилием хирургических методик. В сущности, на сегодняшний день коррекция тела в области талии чаще всего осуществляется посредством липосакции, абдоминопластики и манипуляций с ребрами. В 2017 году Кудзаевым К.У. был предложен и запатентован метод коррекции талии при помощи корригирующих остеотомий с изменением формы нижних двух, трех пар ребер. На сегодняшний день как ранние, так и отдаленные результаты демонстрируют высокую эффективность метода. Материалы и методы. За 2018-2019 гг. в клинике проведено 32 операций по коррекции талии новым методом. Все пациенты были женского пола, средний возраст составил $34,7 \pm 5,0$ лет (от 29 до 46). Средний индекс массы тела составил $22,5 \pm 1,3$ (от 19 до 24). Все пациентки имели специфическую форму грудной клетки с широким расположением нижних двух, трех пар ребер. ИМТ более 25 считали противопоказанием к операции. Хирургическая техника. В условиях комбинированной общей анестезии с обеих сторон от позвоночника выполняли проколы кожи по лопаточной линии над 10, 11, 12 ребрами. Пьезохирургическим инструментом производили остеотомию задней кортикальной пластинки 10, 11 и 12 ребер, после чего, надавливая по задней и средней подмышечным линиям на соответствующее ребро, производили его остеоклазию. Проколы ушивали. Сразу после операции пациенткам надевали корсет, в котором они находились в течение 3 месяцев послеоперационного периода с короткими перерывами, необходимыми для осуществления перевязок и гигиенических процедур. Чтобы оценить результаты вмешательства на ранних и поздних сроках проводили измерения окружности талии. Для стандартизации процесса процедуру у всех пациентов проводили не раньше, чем

через 4 часа после еды, во временном промежутке от 14 до 18 часов. Измерительную ленту располагали на том уровне, где угол талии наиболее выражен (уровень минимальной окружности). Измерение производили на выдохе. Окружность оценивали до операции, через 3, 12 месяцев и 3 года после операции. Выборку составляли пациенты ИМТ которых не изменялся на протяжении всего периода исследования. Удовлетворенность пациентов проведенной операцией оценивали с использованием 12-балльной шкалы удовлетворенности пациента, анкету которой пациенты заполняли на сроке 12 месяцев и 3 года после операции. На сроке 3 месяца из 32 пациенток данные удалось собрать у 30, на сроке 12 месяцев – 27, на сроке 3 года – 25 пациенток. Результаты Среднее предоперационное значение окружности талии составило $71,3 \pm 4,5$ см с разбросом значений от 65 до 83 см. На сроке 3 месяца после операции, через 2 дня после снятия корсета, среднее значение окружности составило $62,9 \pm 4,4$ см (от 59 – до 70), на сроке 12 месяцев – $63,9 \pm 4,2$ см с разбросом от 60 до 72 см, на сроке 3 года – $64,2 \pm 4,1$ см с разбросом от 60 до 72 см. Таким образом, средняя разница в окружности к 3 месяцам составила $8,45 \pm 1,7$ см (от 0 до 13), к 12 месяцам немного уменьшилась и оказалась $7,4 \pm 2,3$ см с разбросом от 0 до 13 см, а на сроке 3 года – $7,1 \pm 2,4$ см с разбросом от 0 до 12,5 см. Примечательно, что средняя разница между ранним и отдаленным результатом составила всего 1,35 см, что говорит в пользу устойчивости полученного результата. Анкеты пациентов по шкале удовлетворенности пациента на сроке 12 месяцев и 3 года показали одинаковый средний балл 9,7 (от 2 до 12), что означало высокую степень удовлетворенности пациентов. Осложнения. Случаев воспаления или нагноения послеоперационной раны не выявлено. Среди отслезенных пациентов наблюдали 1 случай двухстороннего ложного сустава без болевого синдрома. В 3 случаях имел место неудовлетворительный эстетический результат, а именно отсутствие изменений окружности талии. В 2 случаях из 3 возврат ребер в дооперационное положение был односторонним, что дополнительно создавало асимметрию. При анализе причин во всех 3 случаях имели место нарушения дисциплины ношения или затяжки корсета. Подобные проблемы решали продлением срока ношения корсета. Заключение. Разработанный метод позволяет эффективно и долгосрочно уменьшить окружность талии при низком риске осложнений. Наиболее выраженное влияние на результат в представленной серии имело нарушение пациентами дисциплины ношения корсета, которое приводило к отсутствию изменений, или, в худших случаях, к появлению асимметрии.

НАШ ОПЫТ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА КИСТИ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОТРЫВА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Кудзаев К.У.

Клиника Доктора Кудзаева, Владикавказ

Цель и задачи: Показать возможность восстановления первого пальца кисти после его полного отрыва, не жертвуя другими пальцами. Материал и методы: Пациент М.Р. 14 лет, поступил в клинику с отрывом первого пальца на уровне первого пястнофалангового сустава. С слов родителей, за два дня до поступления собака соседки откусила

и проглотила его палец. Нами была предложена реконструкция первого пальца кисти путем этапного восстановления из собственных тканей, взятых из области живота и таза. Результаты: Длина пальца восстановлена, сохранены основные виды функции захватов кисти. Выводы: Благодаря этапной реконструкции первого пальца кисти, удалось восстановить форму и функцию кисти.

НАШ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОМУ ОМОЛАЖИВАНИЮ ЛИЦА

Кудзаев К.У.

Клиника Доктора Кудзаева, Владикавказ

К.Кудзаев, кандидат медицинских наук, руководитель центра ортопедии и эстетической хирургии, почетный профессор Центра Илизарова, Владикавказ, Россия. Цель и задачи: поделиться нашим опытом в эстетической хирургии губ. Показать авторскую модификацию хейлопластики булхорн. Материалы и методы: За период с 2005 года прооперировано 104 пациентов. Минимальный возраст был 25 лет, максимальный – 80 лет. Все пациенты оперированы под местной и проводниковой анестезией. Показана актуальность хейлопластики «булхорн» в комплексе омолаживающих операций на лице, а также с ринопластикой. Нами разработана модификация хейлопластики «булхорн» с трансплантацией удаленного, дээпидермизированного дермо-субдермального лоскута в верхнюю или нижнюю губу. Результаты: у всех пациентов достигнут положительный результат. Период реабилитации составил в среднем 2-3 недели. Выводы: Хейлопластика «булхорн» является одной из важных операций в комплексе омолаживающих операций лица. Наша авторская модификация хейлопластики «булхорн» позволяет использовать резецированный лоскут с целью аугментации верхней или нижней губы.

НОВЫЕ НЮАНСЫ В ФОРМИРОВАНИИ УЗКОЙ ТАЛИИ С СОХРАНЕНИЕМ РЕБЕР

Кудзаев К.У.

Клиника Доктора Кудзаева, Владикавказ

Цель и задачи: Показать отдаленные результаты операции по формированию узкой талии, осложнения и динамику внедрения методики в клиническую практику. Материал и методы: За период с 2016 года прооперировано 248 пациенток, желающих иметь более узкую талию, с индексом массы тела не более 25. Около половины этих пациенток были намерены оперативным путем удалить себе нижние пары ребер, которым нами была предложена альтернативная методика. С целью формирования узкой талии всем пациенткам провели корригирующую, частичную кортикотомию с остеоклазией 11 и 12, а иногда и 10 пар ребер и последующим ношением специального корсета до сращения костных фрагментов в более эстетичном положении. За 5 лет прооперировано 9 пациентов – трансгендеров, желающих сделать узкую талию в комплексе феминизирующих операций. Данный метод внедрен в клиническую

практику пластических хирургов не только в России, но и в Украине, Грузии, Армении, Казахстане, Кыргызстане, Испании, Эквадоре, Турции. При анализе отдаленных результатов выявлено отсутствие ожидаемых результатов в 6% случаев. В основном это связано с нарушением пациентами послеоперационных рекомендаций

Результаты: у 94% пациентов достигнута коррекция нижней части грудной клетки в виде сужения талии на 5-12 см. Выводы: Предложенный нами метод формирования узкой талии с сохранением ребер – альтернатива резекции ребер. Он является малоинвазивным, малотравматичным и не деструктивным способом. Кроме того, эта операция находит широкое применение не только в России, но и за рубежом.

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И УДЛИНЕНИЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (БИОМЕХАНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ)

Кудзаев К.У.

Клиника Доктора Кудзаева, Владикавказ

Цель и задачи: Биомеханическое обоснование эстетической коррекции истинной о-образной деформации голеней. Показать оптимальные варианты и этапы эстетического удлинения сегментов нижних конечностей. Материал и методы: за период с 1991 года прооперировано 425 пациентов с истинной варусной деформацией голеней. С целью увеличения роста и улучшения пропорций тела, произведено удлинение голеней 70 пациентам, удлинение голеней и бедер – 37 пациентам. Результаты: У всех прооперированных пациентов достигнута коррекция голеней, восстановление нормальной биомеханической оси нижних конечностей. При одноэтапном эстетическом удлинении голеней достигнуто увеличение роста от 4 до 7 сантиметров. При двухэтапном удлинении голеней и бедер увеличение роста достигнуто от 10 до 12 сантиметров без ущерба для функции суставов. Показаны клинические результаты коррекции голеней в аппаратах нашей модификации и преимущества по сравнению с коррекцией в аппаратах кольцевого типа. Выводы: Остеосинтез по Илизарову с корригирующей остеотомией берцовых костей является малоинвазивным вмешательством и кроме эстетического результата, в отличие от контурной пластики, является эффективным методом профилактики медиальных гонартрозов, так как позволяет восстановить нормальную биомеханическую ось нижних конечностей. Применение аппаратов нашей модификации при коррекции деформаций голеней позволяет получить более предсказуемые результаты. Кроме того, оптимальные варианты эстетического удлинения нижних конечностей с использованием метода Илизарова, на основании изучения пропорций тела с использованием коэффициента «золотого сечения» позволяют получать увеличение роста от 4 до 12 сантиметров без ущерба для здоровья.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЙ ЭТАП В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЛОСТИ РТА

Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Мухамедов М.Р., Федорова И.К., Азовская Д.Ю.

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

Актуальность. Лечение больных раком полости рта часто требует комбинированного подхода с использованием лучевой терапии, химиотерапии и хирургического вмешательства в различной последовательности. Хирургическому этапу лечения отводится доминирующая роль при лечении местно-распространенных стадий, и в случае рецидива после ранее проведенного лечения. Выполнение подобных радикальных резекций часто приводит к образованию обширных дефектов, без адекватного устранения которых у пациента резко снижается как качество жизни, так и возможность проведения адекватного лечения. Ввиду чего реконструктивный компонент хирургического лечения у онкологических больных является важным звеном комбинированного лечения и требует разработки новых методических подходов. Материал и методы. В рамках данной работы проведен анализ 102 операций с реконструктивно-пластическим компонентом у больных плоскоклеточным раком полости рта. Большинство составляли больные в возрасте от 41 года до 60 лет. По местной распространенности опухолевого процесса больные разделились следующим образом: Т2 – 28 (27,5%), Т3 – 44 (43%) и Т4 – 30 (29,5%) больных. В 49 (48%) выполнялась реконструкция нижней челюсти, а в 53 (52%) случаях – реконструкция только мягких тканей полости рта (язык, дно полости рта). Больных, с первичным опухолевым процессом было 63 (62%). По поводу рецидива опухолевого процесса хирургическое лечение выполнено у 39 (38%) больных. Предшествующим лечением у больных с рецидивами рака полости рта, в 30 (29,5%) случаях была ЛТ в радикальной дозе, а 9 (8,5%) случаях комбинированное лечение. Для устранения возникающих дефектов нижней челюсти в 44 (43%) случаях применялся малоберцовый лоскут в различных его вариантах. Для устранения мягкотканых дефектов полости рта использовались свободные реvascularизированные лоскуты у 20 (19,5%) больных и перемещенные лоскуты у 33 (32,5%) больных. Результаты. Из 63 первичных больных в 43 (68%) случаях была проведена адекватная химиолучевая терапия в сроки от 14 до 28 дней от момента операции. Выполнение реконструктивной операции не удлиняло время начала лучевой терапии и не вызывало осложнений со стороны лоскута в течение всей химиолучевой терапии. Более того, наличие аутологичного реконструктивного материала в послеоперационной ране благоприятно сказывалось на процессах заживления и создавало благоприятные условия для последующей реабилитации больных. При реконструкции нижней челюсти, в зависимости от степени сложности дефекта, удалось реабилитировать от 100% до 71,1% больных. При устранении дефектов языка после гемиглоссэктомии реабилитировано 84,9% больных, при глоссэктомии – 50%. Прогрессирование опухолевого процесса отмечено в 28 (27,5%)

случаях: 12 (24,5%) – при устранении дефектов нижней челюсти; 16 (30%) – при реконструкции языка. Частота прогрессирования не зависела от выбора используемого реконструктивного материала: при использовании свободных ревааскуляризованных лоскутов – 23%; при использовании перемещенных лоскутов – 21,4%. Трехлетняя общая и безрецидивная выживаемость у больных с дефектами нижней челюсти составила 65,2% и 42,9%, у больных с дефектами языка – 43,5% и 57,1%. Выводы. Включение реконструктивно-пластического этапа в план хирургического лечения создает благоприятные условия для завершения комбинирования лечения, без существенного утяжеления послеоперационного периода у онкологических больных, а также способствует более ранней и полной реабилитации больных. Однако, с учетом онкологических результатов, необходим дифференцированный подход с поиском альтернативных реконструктивных методик, особенно при устранении дефектов нижней челюсти.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭСТЕТИЧЕСКИХ ПРОПОРЦИЙ ЛИЦА

Левицкая М.Г., Кочнева И.С.

Клиника эстетической хирургии «Абриелль», Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, Санкт-Петербург

Цель исследования. Грамотный предоперационный анализ анатомических особенностей строения костного и мягкотканного компонентов центрального овала лица. Определение показаний для сочетания с малоинвазивными методиками пластики, такими как: липофилинг, липосакция, хейлопластика, костная пластика подбородка, аппаратные технологии обработки кожи, которые позволяют усилить эффекты омоложения и бьютификации в результате выполнения эндоскопического лифтинга лба, бровей и средней зоны лица.

Материалы и методы. Нами было проанализированы результаты хирургических вмешательств у 212 пациентов в отдаленном послеоперационном периоде, который составил от 3 месяцев до 2 лет. Возраст пациентов варьировался от 21 до 68 лет. Пациенты были разделены на группы по возрастным изменениям лица и шеи. В первую группу вошли пациенты с возрастными изменениями центрального овала лица. Во вторую – с возрастными изменениями центрального и боковых отделов лица и шеи. С целью омоложения и бьютификации в первой группе выполнялись: эндоскопический лифтинг лба, бровей и средней зоны лица в сочетании с верхней и нижней трансконъюнктивальной жиросберегающей блефаропластикой, липофилингом лица, хейлопластикой, липосакцией субментальной зоны, аппаратной обработкой кожи лица и шеи. Во второй группе одновременно выполнялись: эндоскопический лифтинг лба, бровей и средней зоны лица в сочетании с верхней и нижней трансконъюнктивальной жиросберегающей блефаропластикой, липофилингом лица, хейлопластикой, SMAS пластикой лица и шеи, медиальной платизмопластикой и липосакцией субментальной зоны, аппаратной обработкой кожи лица и шеи.

Результаты и выводы. Клинический опыт проведения операций на лице и шее в течение 12 лет, а также наблюдение за отдаленными результатами позволили определить последовательность применения методик омоложения в том порядке, в котором накапливаются изменения лица и шеи. А именно: брови – центральный овал – боковые отделы лица – шея. Показания к эндоскопическому лифтингу лба, бровей и средней зоны лица определяется не возрастом, а особенностями строения костного и мягкотканного компонентов лица. Птоз мягких тканей центрального овала у молодых пациентов (21 год +) может быть обусловлен дефицитом костной опоры и большим объемом мягких тканей лица. Выполнение эндоскопического лифтинга лба и средней зоны лица приводит к омоложению, бьютификации и является профилактикой старения. Для улучшения результатов эндоскопического лифтинга лба и средней зоны лица и усиления эффектов омоложения, а также бьютификации, необходимо дополнять объем операции блефаропластикой, липофилингом лица, хейлопластикой, липосакцией субментальной зоны, аппаратной обработкой кожи лица и шеи. При обращении пациентов с изменениями, которые затрагивают центральный овал и боковые отделы лица и шеи требуется комплексный подход для коррекции: к вышеперечисленному объему оперативно-вмешательства необходимо добавлять SMAS пластику лица и шеи, медиальную платизмопластику с липосакцией субментальной зоны.

У пациентов с деформационным типом возрастных изменений и дефицитом костной опоры необходимо одновременно выполнять эндоскопический лифтинг лба, бровей, средней зоны лица и SMAS пластику лица и шеи для стабильности результата и профилактики осложнений. При наличии мелкоморщинистого или мускульного типов старения с хорошей костной опорой омоложение необходимо начинать с эндоскопического лифтинга лба, бровей, средней зоны, а SMAS пластику лица и шеи, медиальную платизмопластику можно выполнить вторым этапом.

Для улучшения тургора кожи пластические операции на лице и шее необходимо дополнить аппаратной обработкой кожи с помощью лазерного омоложения и радиочастотного лифтинга.

ВЫБОР СПОСОБА КОРРЕКЦИИ ГРУДИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ДЕФОРМАЦИИ

Левицкая М.Г., Кочнева И.С.

Клиника эстетической хирургии «Абриелль», Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, Санкт-Петербург

Цель исследования. Грамотный предоперационный анализ вида деформации молочных желез; определение показаний для изолированного липофилинга и сочетания его с другими техниками маммопластики; предоперационное планирование, строгое соблюдение техники операции и послеоперационная реабилитация позволяют увеличить объем груди на 1,5-2 размера за одну сессию и радикаль-

но изменить ее форму; получать эстетичные, стабильные результаты и высокую удовлетворенность пациентов в отдаленном послеоперационном периоде. Особую актуальность на сегодняшний день приобретает увеличение груди без применения инородного тела – импланта, а также выполнение реконструкции груди липофилингом в сочетании с вертикальной подтяжкой или без нее одновременно с удалением имплантов.

Материалы и методы. Нами было проанализированы результаты хирургических вмешательств у 395 пациенток в отдаленном послеоперационном периоде, который составил от 3 месяцев до 10 лет. Возраст пациенток варьировался от 21 до 65 лет. Пациентки были разделены на две группы, показания к операции в которых определялись видом деформации груди. В первую группу вошли пациентки, которым требовалось выполнение липофилинга груди изолированно, а именно: увеличение объема при идеальной форме, постлактационная инволюция молочных желез при отсутствии птоза, тубулярность груди без птоза или с 1-2 степенью птоза, наличие асимметрии (до 1 размера галантерейной чашки), дефекты мягких тканей после ранее выполненных операций/ травм, контурирование имплантов, риплинг, широкий кливидж, дабл-бабл, удаление имплантов при отсутствии птоза молочных желез. Во вторую вошли клинические случаи применения липофилинга груди в сочетании с другими техниками маммопластики: птоз 2 и 3 степени, в т.ч. тубулярной груди, значительная асимметрия (более 1 размера галантерейной чашки), большой «кожный чехол» молочной железы после удаления имплантов, эндопротезирование пациентов с высоким риском контурирования имплантов, риплинга, широкого кливиджа, дабл-бабла.

Результаты и выводы. На сегодняшний день, стандартом выполнения пластических, операций в области груди является применение липофилинга. Клинический опыт применения липофилинга груди в течение 12 лет, наблюдение за отдаленными результатами позволили определить показания для изолированного липофилинга, а также для сочетаний с другими видами маммопластики, в зависимости от вида деформации груди, сделать выводы о степени приживаемости жира, определить противопоказания, усовершенствовать технику липозабора, объема и области введения жировой ткани, разделить побочные явления и осложнения, разработать профилактику и тактику их лечения, улучшить эстетику и стабильность результатов.

Популярность липофилинга груди обусловлена малой травматичностью, относительно коротким периодом восстановления, перманентным результатом, минимальным процентом осложнений при строгом соблюдении техники операции. Стволовые клетки жировой ткани обеспечивают омоложение тканей в областях введения. Липофилинг является высокоэффективной методикой как при использовании в изолированном варианте, так и при сочетании с другими методиками маммопластики. Аутологичный жир является идеальным филлером, не вызывает аллергических реакций, не мигрирует, позволяет добиться увеличения на 1,5-2 размера за одну сессию, естественной консистенции и радикально улучшить форму. При наличии птоза, гигантомастии, асимметрии более 1 размера, необходимо выполнять подтяжку или редукцию для улучшения формы и изменения пятна

молочной железы, а окончательную коррекцию и увеличение объема выполнять липофилингом, что позволяет получать эстетичные, стабильные результаты и высокую удовлетворенность пациентов. Липофилинг молочных желез является альтернативой эндопротезированию, а также эффективным способом реконструкции груди после удаления имплантов.

ОПЫТ ЦЕНТРА КОСМЕТОЛОГИИ И ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ К ЭСТЕТИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ

Леонтьева Г.А.

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

Введение: Все пациенты перед проведением эстетических операций проходят предоперационное обследование целью которого является оценка потенциальных индивидуальных факторов риска хирургического вмешательства. По результатам обследования формируется комплексная программа коррекции патологических состояний и заболеваний, влияющих на периоперационные риски, степень достижения эстетического результата, и в дальнейшем составляется программа диспансерного наблюдения пациента. Пластическая операция предполагает особые требования к качеству заживления и восстановления тканей, недоучет соматических особенностей может влиять на окончательный эстетический результат. **Цель исследования:** Оценить взаимосвязь хронической соматической патологии с особенностью течения послеоперационного периода. **Материалы и методы:** В исследовании приняли участие 313 пациентов, имеющих особенности послеоперационного течения с января 2019г. по июль 2022г. Изучены особенности соматического статуса пациентов, оценивалась распространенность и выраженность таких состояний, как: гипертоническая болезнь, сахарный диабет и другие компоненты метаболического синдрома, патология щитовидной железы, железодефицитная анемия, состояния после бариатрических операций и основных показателей течения послеоперационного периода: длительность госпитализации, гематомы, серомы, неблагоприятное формирование рубца, послеоперационная анемия, ревизия послеоперационной раны. **Целью подготовки к эстетическим операциям было:** коррекция АД до целевых значений – менее 140/90 мм.рт.ст., коррекция анемии – гемоглобин выше 120 г/л, ферритин – выше 30нг/мл, коррекция тиреоидных гормонов ТТГ –0,4–4,0мМЕ/л, коррекция дефицита витамина B12 и уровня общего белка у пациентов после бариатрических операций, целевое снижение веса перед оперативным вмешательством – 5-10% от исходной массы тела. **Результаты и обсуждения:** Оценена взаимосвязь между предоперационным статусом пациентов и течением послеоперационного периода. Особое внимание уделяется необходимости динамической оценки нутритивного статуса пациента, выявления и комплексной коррекции нарушений углеводного и липидного обмена, как на этапе предоперационной подготовки, так и на протяже-

нии всей последующей жизни. Обсуждается персонализированный междисциплинарный подход к ведению пациентов при сотрудничестве врачей разных специальностей (терапевт, эндокринолог, кардиолог, гастроэнтеролог, диетолог, психотерапевт, пластический хирург) и использовании возможностей цифровых технологий дистанционного наблюдения и консультирования. Выводы: Единый алгоритм действий междисциплинарной команды специалистов с учетом персональных особенностей и потребностей пациентов, возможностей цифровых технологий, позволяет снизить риск развития коморбидной патологии, улучшить результаты эстетических операций, улучшить качество и продолжительность жизни пациента и обеспечить наилучший лечебный и эстетический результат, а также предупредить рецидивы набора массы тела в период долгосрочного диспансерного наблюдения пациентов после эстетических операций.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Лологаева М.С., Арутин Д.Г., Токтар Л.Р., Пак В.Е., Комарова Э.Н.

РУДН, ГКБ №29 имени Н.Э. Баумана, Москва

Актуальность. Несмотря на улучшение качества жизни женщин и снижение паритета, распространенность пролапса гениталий (ПГ) в течение нескольких десятилетий варьирует от 20 до 60%, и поэтому ежегодно привлекает все большее внимание к данной проблеме исследователей и клиницистов. На данный момент нет клинических протоколов и рекомендаций или каких-либо иных легитимных документов, описывающих стандартизированную тактику ведения пациенток с ПГ на той или иной стадии его развития. С учетом общей хаотичности исследований, связанных с изучением ПГ, определение тактики ведения и выбора метода лечения на настоящий момент является прерогативой индивидуального практикующего врача, в зависимости от его квалификации, клинического опыта, обладания навыков выполнения различных хирургических манипуляций, направленных на коррекцию ПГ. Результаты нашего исследования, свидетельствуют о клинической значимости знаний патогенетических аспектов развития ПГ. Они позволяют расширить представления о прогнозировании и предупреждении тяжелых форм заболевания, а также определить тактику лечения пациенток с наиболее ранними проявлениями ПГ. Целью нашего исследования стало разработать практические рекомендации по лечению пациенток с различными формами пролапса тазовых органов и его профилактика. Материалы и методы. В течение 2018-2020 гг. пациентки (110) поступившие для оперативного лечения ПГ и НТД, были отобраны в исследование по критериям включения (несостоятельность мышц тазового дна, пролапс гениталий (по МКБ-10 – N81.8, N81.2, N81.3), роды через естественные родовые пути в анамнезе (одни и более), информированное согласие пациентки на участие в исследовании) и исключения (рецидив ПГ, гистерэктомия

в анамнезе, злокачественные заболевания различного генеза) и распределены по группам. Было предложено расширить оперативное лечение биопсией *m. levator ani* с последующим морфологическим исследованием. Согласие на проведение морфологического исследования было получено у 40 пациенток из 110 (36,0%). Оперативное вмешательство выполняли в условиях стандартно оборудованной операционной. Операциями выбора для лечения пациенток служили: влагалищная экстирпация матки (при наличии сопутствующих доброкачественных заболеваний матки), эндоскопическая латеральная фиксация матки, передняя кольпоррафия, задняя кольпоррафия, леваторо- и перинеопластика. Во время оперативного вмешательства проводили биопсию медиальной порции *m. levator ani* (*m. puborectalis*) по самостоятельно разработанной методике. Заднюю спайку преддверия влагалища рассекали при помощи скальпеля в горизонтальном направлении, после чего продольно. Стенки влагалища отсепаровывали, выделяли пучки *m. levator ani*. После наложения на *m. levator ani* трех отдельных викриловых швов и ее фиксации специальным инструментом для панч-биопсии (*Epitheasy medax Ref: EPT600-00*) прицельно иссекали биоптаты мышцы диаметром 3 мм. Результаты: Морфологические изменения *m. levator ani* при генитальном пролапсе у всех женщин, перенёсших роды через естественные родовые пути, характеризуются свершившейся фиброзной дегенерацией скелетной поперечнополосатой мышечной ткани, составляющей $48 \pm 30\%$ от площади мышечного пласта. Замещение миоцитов соединительнотканым компонентом начинается до манифестации десценции тазовых органов, является компонентом формирования грыжевых ворот и не отличается по своей выраженности у пациенток с разными формами пролапса гениталий: $44,1 \pm 26,6\%$ от площади мышечного пласта при опущении стенок влагалища, $46,1 \pm 34,9\%$ – при неполном и $44,3 \pm 26,8\%$ – при полном выпадении матки ($p > 0,05$). Заключение: учитывая полученные результаты мы считаем, что для предупреждения тяжелых форм пролапса гениталий наиболее рационально проведение раннего расширения объема хирургического вмешательства. При выборе хирургической тактики коррекции ПГ независимо от формы (опущение стенок влагалища, неполное и полное выпадение матки) рекомендуется протезирование фиксирующего аппарата матки лапароскопическим доступом (сакровагинопексия, латеральная фиксация шейки матки и т.д.), а не влагалищные пластические операции нативными тканями. Таким образом, выполненное исследование расширяет представление о патогенезе ПГ и позволяет рекомендовать тактику ведения пациенток с ранними стадиями генитального пролапса, улучшить отдаленные результаты лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕТОДИК КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ АЗИАТСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Мантурова Н.Е., Нгуен Д.Б., Качкинбаев И.К., Алыбаев М.Э.
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова; Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Москва; Бишкек, Кыргызстан

Актуальность темы. Перiorбитальная область является важной анатомической областью для омолаживающих процедур на лице. Птоз надбровных дуг и дерматохалазис – две основные причины бокового птоза верхнего века. У азиатских пациентов более выраженный латеральный птоз при старении, который может постепенно закрывать надбоковое поле зрения, что приводит не только к усталости и тяжести, но и к затруднениям с нанесением макияжа на верхнее веко и снижением полей зрения.

Целью этого обзора литературы является поиск наиболее часто используемых и эффективных методик коррекции возрастных изменений перiorбитальной области у пациентов монголоидной расы.

Методы. Обзор английской литературы был выполнен с использованием PubMed, обзор русскоязычной литературы выполнен с использованием электронных ресурсов ФЭМБ, Российской государственной библиотеки и с различными ключевыми словами «перiorбитальное омоложение», «блефароптоз», «птоз бровей», «блефаропластика», «дерматохалазис», «азиатские пациенты», «подбровное иссечение» и «возрастные изменения».

Результаты и обсуждение. При поиске выявлены 72 статьи, из них 40 статей, в которых описаны исследования, в которых пациентам выполнили возрастную азиатскую блефаропластику, 24 статьей – об подбровном иссечении кожи (подбровная блефаропластика), 8 статьей, где использованы обе методики.

Краткое описание методики азиатской возрастной блефаропластики. Для разметки верхней блефаропластики отмечается претарзальная складка (при ее наличии). В среднем высота формируемой складки составляет 6-10 мм выше ресничного края. Основным моментом операции является подшивание круговой мышцы к апоневрозу мышцы, поднимающей верхнее веко. Полипропиленовой нитью 6.0 накладывают от трех до 7 фиксирующих шва: с захватом части круговой мышцы, поперечно волокнам кожного края нижнего разреза и апоневроза мышцы, поднимающей веко, а также поперечно вертикальным волокнам. При данной операции имеется возможность создания претарзальную складку при ее отсутствии, можно легко найти и удалить жировых грыж, но ее недостаток заключается в невозможности иссечь большого количества кожи при выраженном блефарохалазисе. Подбровная блефаропластика широко используется у азиатских пациентов для сохранения естественной складки верхнего века при лечении дерматохалазиса с образованием латерального капюшона. Предварительно осуществлялась разметка подбровной линии. Для разметки зоны подбровной резекции в положении сидя с открытыми глазами проводилась щипковая проба по краю подбровной линии. Формировался разрез

кожи до слоя подкожной жировой клетчатки. При этом лезвие наклоняли в сторону от брови на 30°. Затем обнажают и рассекают круговую мышцу глаза под подкожной клетчаткой в верхней трети. Нижний мышечный лоскут фиксировали к надкостнице надглазничного края и верхним мышечно-кожным лоскутам, формируя поперечный лоскут с блокировочной фиксацией, используя узловыми инвертированными швами Vicryl 6-0 (Ethicon), кожные покровы ушивались узловыми или внутрikoжными швами Nylon 6-0 (Ethicon). У данной методики имеются следующие достоинства: эту методику можно применить дополнительно к традиционной блефаропластике, также можно применить методику, когда пациенту необходимо иссечь большой объем лишней кожи, или же пациент хочет сохранить свою естественную претарзальную складку.

Заключение. Главные методики омоложения перiorбитальной области у азиатских пациентов – это азиатская возрастная блефаропластика и подбровное иссечение кожи. Нависание кожи верхнего века с латеральной стороны типично для людей старшего возраста с азиатской внешностью. Традиционная блефаропластика у них часто сопровождается избыточным рубцеванием за пределами латерального кантуса и не всегда приводит к удовлетворительному эстетическому результату. Изолированная резекция кожи под бровью или в сочетании с верхней блефаропластикой может быть хорошим вариантом коррекции выраженного блефарохалазиса с латеральным капюшообразным нависанием век для азиатских пациентов. Необходим поиск пути устранения недостатков вышеперечисленных методик для улучшения результатов хирургической коррекции возрастных изменений перiorбитальной области у пациентов азиатской этнической группы.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛИПОСКУЛЬПТУРЫ ТЕЛА

Мантурова Н.Е., Рахимов А.Я.
Институт пластической хирургии и косметологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Актуальность. Пластические операции по коррекции контуров тела всегда были востребованы среди пациентов. В последние годы одной из самых популярных операций направления Body contouring стала комплексная липоскульптура тела.

Цель исследования: провести обзор современной литературы по актуальным комплексной липоскульптуры тела, в том числе клинические рекомендации безопасного выполнения данной эстетической операции от профессиональных сообществ различных стран мира, представить статистику по частоте встречаемости, причинам, методам профилактики и лечения различных осложнений, поделиться личным опытом.

Материалы исследования: проведен анализ отечественных и зарубежных источников литературы, по актуальным вопросам комплексной липоскульптуры тела, изложены статистические данные, потенциальные механизмы развития и современные представления о профилактике и лечении осложнений.

Результаты: для каждого ключевого пункта дана подробная характеристика по исследуемым критериям.

Выводы. В представленном материале показана проведенная систематизация новейших знаний по наиболее актуальным вопросам липоскульптуры тела, представлены четкие критерии безопасности и даны рекомендации по их правильному применению в клинической практике.

УВЕЛИЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДЕР ИМПЛАНТАМИ

Мариничева И.Г.

*РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Медицинский институт РУДН,
Москва*

Красота ног во многом зависит от формы их внутреннего контура, которая определяется развитием мышц приводящей группы, длиной и положением костей, распределением подкожно-жировой клетчатки. В нашей практике мы встречаем пациентов, недовольных внутренним контуром бедра из-за недостатка мягких тканей. Как правило, это худощавые женщины с небольшой толщиной жировой клетчатки, у которых невозможно получить достаточное увеличение объема тканей с помощью липофилинга. Цель работы: изучить возможность увеличения внутренней поверхности бедра силиконовыми имплантатами. Материал и методы. Увеличение внутренней поверхности бедра выполнены 86 пациентам в период с 2010 по 2022 год. Всего установлено 168 имплантатов. Для обоснования вмешательства и подбора имплантата использовали ранее предложенный нами CCL-метод (ISAPS, Kyoto, 2016). При анатомическом исследовании выявлено распространение удерживателя сухожилия бедра краниально на среднюю треть бедра, что вызывает визуальное ощущение чрезмерного просвета между бедрами. Увеличение бедра выполнили по методу J. Anger с модификациями. Полость для имплантата формировали в приводящем футляре бедра непосредственно под тонкой мышцей. Полученные результаты. Выявлены осложнения, характерные для данной операции: смещение имплантата внутри фасциального футляра – у 4 пациентов и за пределы фасциального футляра – у 2 пациентов. Смещение имплантата за пределы фасциального футляра под кожу произошло через недиагностированный ятрогенный дефект фасции, после удаления гемангиомы – 1, после удаления ПААГ – 1. На следующий день больные были оперированы повторно. Внутрифутлярно имплантат смещался латерально между большой и длинной приводящими мышцами у 3 пациентов. Осложнение проявилось в виде асимметрии через 3-4 месяца. Пациентов повторно оперировали. Для стабилизации имплантата использовали внутренний слой фасции тонкой мышцы. В одном случае имплантат был смещен в краниальном направлении, при коррекции полость ограничили путем сшивания тонкой и большой приводящей мышц. Пациенты прослежены от 4 мес. до 8 лет после операции. Удовлетворенность результатом операции по шкале GAIS оценивалась в 2-3 балла. Болевой синдром обычно проходил в течение 7 дней. Вывод. Следует иметь в виду, что есть группа женщин, недовольных внутренним контуром своих бедер. Применение CCL-метода позволяет объективно охарактеризовать эту группу пациентов. Медиальная вогнутость

в средней трети бедра во многом обусловлена строением его мышечной фасции. Такое развитие тканей не всегда поддается коррекции липофилингом и требует увеличения силиконовыми имплантатами. При установке имплантатов необходимо учитывать возможность их смещения через имеющиеся фасциальные дефекты. Для предупреждения смещения внутрь футляра рекомендуется ограничивать созданный полость путем поворота внутреннего фасциального листка, покрывающего тонкую мышцу, кпереди. Увеличение бедер имплантатами при достаточном знании топографической анатомии является безопасной процедурой, которая может удовлетворить нуждающихся пациентов.

ЭВОЛЮЦИЯ ГЕЛЕНАПОЛНЕННОГО ИМПЛАНТАТА ИКРОНОЖНОЙ МЫШЦЫ

Мариничева И.Г., Мариничева Е.А.

*РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Медицинский институт РУДН,
Москва*

Первые имплантаты для увеличения объема мягких тканей голени были использованы J. Glitzenshtein в 1979 году. Это были геленаполненные имплантаты сигарообразной формы. В это же время свои имплантаты из сплошного силикона предложил L. Carlsen. Это были уплощенные жесткие изделия. Наш опыт применения, а также отзывы других хирургов говорят о чрезмерной и неестественной плотности имплантатов из сплошного силикона, поэтому мы их не рекомендуем к использованию. Форма имплантатов Glitzenshtein также не лишена недостатков. В 1983 году L. von Szalay предложил более плоские и широкие имплантаты, наполненные силиконовым гелем на 90%. Имплантат выполнялся симметричным. Это позволило получить большую наполненность средней трети голени. Также голень сохраняла естественную мягкость. L. Montellano в 1990 году изменил форму имплантата, сделал его асимметричным, более наполненным в верхней части, при этом имплантат оставался плоским. Опыт использования обоих видов имплантатов показал их недостаток – контурирование в области нижнего кончика. Из 534 пациентов, первично оперированных по эстетическим показаниям, нижний кончик имплантата визуализировался у 26 (4,9%) человек. Контурирование было обусловлено как чрезмерным растяжением мышечной фасции нижней трети голени, так и перемещением силиконового геля внутри имплантата. Цель исследования: усовершенствование конструкции имплантата, препятствующей перемещению геля в его нижние отделы, при этом позволяющей сохранить мягкость существующих изделий. Материал и методы: разработан имплантат асимметричной формы с узкой частью дистального отдела, эллипсоидность которого составляет менее 1,6, что препятствует перетеканию и накоплению силикагелевого наполнителя (Патент № 2671587 RU). При этом средний и проксимальный отделы имплантата выполнены с эллипсоидностью более 2,0, что позволило сохранить естественную мягкость изделия. Полученные результаты. Имплантаты усовершенствованной конструкции используем с 2016 года. Его применение у 123 пациентов для билатеральной пластики по эстетическим показаниям не сопровождалось контурированием в нижней трети голени ($p = 0,013$). Также контурирование не наблю-

дали среди 35 пациентов после применения имплантата при повторных коррекциях. Вывод. Имплантаты усовершенствованной конструкции позволяют уменьшить вероятность контурирования в нижней трети голени и могут быть использованы в контурной пластике голеней для улучшения результатов хирургического лечения, в том числе при повторных операциях.

СПОСОБ DROP-МАСТОПЕКСИИ В КОРРЕКЦИИ ПТОЗА 2-3 СТ.

Марков А.Г., Иванов В.В., Филимонов В.Б., Абрамов И.В., Огальцов И.А.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, ГБУ РО «ГКБСМП», Рязань, Вологда

Способ DROP-мастопексии в коррекции птоза молочных желез Цель предлагаемого способа – достичь максимально приемлемой эстетичной формы молочной железы, стабильного и длительно существующего отдалённого результата. Главными отличительными моментами и особенностями предлагаемого способа является: 1. Расширение пятна молочной железы за счет диссекции тканей в области верхней границы 2. Парциальное иссечение субмаммарной складки с экономной редукцией тканей нижнего склона молочных желез и формированием новой субмаммарной борозды на 1,5-2 см выше старой. 3. Формирование нижнего склона за счет двойной дубликатуры тканей молочной железы (вертикальной и горизонтальной) с ранней послеоперационной гиперкоррекцией (обратная каплевидность) молочной железы. 4. Адекватная элевация соска – получается путем увеличения проекции за счет вворачивания внутрь ткани нижнего полюса молочной железы с его фиксацией к фасции большой грудной мышцы и укреплением вертикальной дубликатурой нижнего полюса. Таким образом, при выполнении мастопексии по данному способу происходит краниальное увеличение пятна молочной железы, создание объема в субареолярной области и сохранение стабильности за счет двойной дубликатуры тканей и фиксации к фасциям передней грудной стенки.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО КОСОГЛАЗИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Матросова Ю.В., Катаев М.Г., Фабрикантов О.Л.

ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова» Минздрава России, Тамбовский филиал, Тамбов

Актуальность. Травматическое косоглазие является одной из наиболее сложных форм страбизма. Это объясняется, зачастую, комбинированным характером повреждений и, как следствие, вариативностью непосредственных механизмов его развития. Цель работы – выявить наиболее частые причины травматического косоглазия и изучить патофизиологические механизмы его развития. Задачи: – проанализировать данные визуального осмотра, объективного страбизмологического статуса и жалобы пациента – изучить данные анамнеза о характере трав-

мы – ретроспективно оценить степень и зону повреждения тканей – проанализировать информацию о проведенном ранее и рекомендованном лечении Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 182 пациентов с травматическим косоглазием. Установлено, что в 21,5% случаев имеет место повреждение экстраокулярных мышц: ущемление в зоне перелома, отрыв, разрыв. Снижение остроты зрения вследствие травмы привело к развитию страбизма у 25,5% пациентов, косоглазие у них носит характер обскурационного. Грубый фиброз в 25% случаев стала причиной рестриктивного травматического косоглазия. У 25% пациентов выявлен периферический парез или паралич экстраокулярных мышц, у 3% – центральный паралич. Далее была проанализирована тактика лечения этих пациентов. В 99% всех случаев было рекомендовано хирургическое лечение, лишь у 1% пациентов оно было признано нецелесообразным. В 1% всех случаев (у пациентов с хроническим увеитом вследствие травмы) проведена энуклеация с эндопротезированием полости орбиты. Операция на экстраокулярных мышцах выполнена в 71% всех случаев, пластика орбиты – в 29%, рассечение рубцов с целью мобилизации глазного яблока произведено в 7% всех случаев травматического косоглазия. В большинстве своем рассечение рубцов проводилось в комбинации с другими методами хирургического лечения: в 17% – с операцией на экстраокулярных мышцах, в 25% – с пластикой орбиты, в 42% – и на экстраокулярных мышцах, и с пластикой орбиты. У 16% пациентов была выполнена мобилизация глазного яблока исключительно рассечением рубцов. Результаты. Выявлено примерно равное соотношение повреждения экстраокулярных мышц, обскурации, рестрикции и поражения черепно-мозговых нервов: их доли в структуре колеблются в диапазоне 21% – 25%. Очевидно, что не существует единого, «узлового» механизма, изолировано воздействуя на который можно было бы исправить травматическое косоглазие. Повреждение экстраокулярных мышц встречалось при переломах стенок орбиты и проявлялось ущемлением или фиксацией в зоне перелома. Реже диагностировали разрыв мышцы костными отломками или непосредственным воздействием травмирующего предмета (рубленые, колотые и ушибленные ранения окологлазничной области и орбиты). В случаях, когда травматическое косоглазие было определено как преимущественно обскурационное (25,5%), изолированные повреждения глазного яблока встречались примерно с той же частотой, что и травмы глаза и окологлазничной области. Следовательно, сопутствующие патологические факторы также играют определенную роль в патогенезе. В анамнезе у этой категории пациентов ПХО проникающих ранений глазного яблока, операции по поводу отслойки сетчатки, фактоэмulsификация катаракты с имплантацией ИОЛ, имплантация иридохрусталиковой диафрагмы, витрэктомия и т.д. Рестриктивная форма косоглазия выявлялась в случаях переломов стенок орбиты и обширных повреждений тканей орбиты и окологлазничной области – при кранио-орбитальных повреждениях. Выраженность фиброза и, следовательно, рестрикции находилась в прямой зависимости от тяжести полученной травмы. Среди пациентов, у которых диагностирован парез/паралич экстраокулярной мышцы, подавляющее большинство составляют лица с поражением на уровне ствола черепно-мозгового нерва. Это согласуется с результатами,

полученными О.В. Груша с соавторами, согласно которым поражение черепно-мозговых нервов на основании мозга выявляется гораздо реже, чем поражение глазодвигательных нервов и глазодвигательных мышц в орбите. Выводы. Таким образом, травматическое косоглазие является актуальной проблемой современной офтальмологии. Эта патология очень обширна и включает в себя множество аспектов, часть которых остаются недостаточно изученными. Требуется особое внимание изучению роли всех патологических механизмов, комплексная оценка их влияния на прогноз и выбор оптимальной тактики лечения пациентов.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ СУСТАВОСОДЕРЖАЩИХ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Машкина А.А., Чкадуа Т.З., Ермолин В.И., Исайчикова О.В., Романовский М.А.

ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России, Москва

Сохранение долгосрочной стабильности достигнутого результата лечения является актуальной проблемой ортогнатической хирургии, поэтому послеоперационное положение суставной головки нижней челюсти является одним из определяющих факторов исхода лечения. Изменение пространственного положения максилло-мандибулярного комплекса (ММК) может нарушить ортопедически-стабильную позицию суставных головок, приводя к дисбалансу в функции и структуре височно-нижнечелюстных суставов. Возникающая в результате дислокации компрессия суставной головки инициирует процессы ремоделирования суставных поверхностей. В случае избыточной компрессии, ремоделирование приобретает патологический характер, приводя в своем исходе к кондиллярной резорбции и скелетному рецидиву зубочелюстной аномалии. Цель исследования: оценка линейных и ротационных изменений положения суставосодержащих фрагментов нижней челюсти в результате ортогнатической операции и нахождение статистически достоверной корреляции с факторами, потенциально оказывающими влияние на это положение. Материал работы: ретроспективное исследование мышечных отростков пациентов, которым была проведена двучелюстная ортогнатическая операция по поводу скелетных форм дисгнатий II и III классов. Мультиспиральная компьютерная томография черепа проводилась до оперативного вмешательства и на 1-3 сутки после него. В программном обеспечении для трехмерной визуализации проводилась полуавтоматическая суперимпозиция изображений до и после операции, мануальная сегментация ветвей нижней челюсти и объединение полученных объемов в пары «до/после» отдельно для левой и правой ветвей для каждого пациента. Для количественной оценки изменения положения суставосодержащих фрагментов введена трехмерная система координат, согласно которой ось X отражает медиолатеральное смещение, ось Y – верхне-нижнее, ось Z – переднезаднее. Для оценки линейного смещения вычислялась разность значений координат для каждой изучаемой точки. Для оценки ротационных изменений рассчитывались углы между векторами, проведенными через эти точки. Послеоперационное

положение суставных головок является непосредственным результатом мануального позиционирования суставосодержащих фрагментов и зависит от метода и степени пассивности фиксации фрагментов. Нами в рамках настоящего исследования суставная головка рассматривалась не как отдельная анатомическая структура, а как часть суставосодержащего фрагмента нижней челюсти, что позволило оценить, как линейные, так угловые изменения. В качестве факторов, потенциально оказывающих влияние на послеоперационное взаиморасположение суставных структур, нами были рассмотрены следующие: 1. Направление и величина запланированного перемещения ММК. Оценивались по линейным показателям в точке Pogonion и угловым значениям изменения наклона окклюзионной плоскости (ОП) согласно данным предоперационного моделирования. 2. Геометрия зубосодержащего фрагмента нижней челюсти. Оценивался угол, проведенный между линией, соединяющей самую нижнюю точку подбородочного симфиза с точкой на вершине язычка нижней челюсти, и линией, проведенной через вершины язычков нижней челюсти. 3. Степень соразмерности суставных элементов. Оценивалась на основании трехмерного анализа объемов суставной головки, суставной ямки, конгруэнтности их форм – для определения потенциального сдвига головки в ямке. Согласно проведенному анализу в результате ортогнатической операции происходят линейные и ротационные смещения суставной головки, которые проявляются в виде верхне-латерального торка всего суставосодержащего фрагмента. Выявлена прямая корреляция между смещением суставосодержащего фрагмента во фронтальной и сагиттальной плоскостях и величиной перемещения ММК в сочетании с вращением ОП против часовой стрелки. Степень смещения также прямо зависит от геометрии зубосодержащего фрагмента – чем острее исследуемый угол (более широкая парабола основания нижней челюсти), тем значительнее ожидается торк суставосодержащих фрагментов. Несоразмерность объемов суставных элементов определяет потенциальную дельту сдвига суставной головки в ямке. В ходе исследования определены линейные и угловые изменения положения суставосодержащих фрагментов, выявлены корреляционные связи между направлением и степенью торка суставосодержащих фрагментов и рядом факторов, влияющих на их положение. Полученные данные позволяют разработать методы прогнозирования и профилактики смещения суставосодержащих фрагментов на этапе планирования оперативного вмешательства

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛОГОВ ПРОСТАГЛАНДИНОВ В КОРРЕКЦИИ КОСМЕТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ

Меловацкий П.Д., Крылова Е.И.

Научно-исследовательский институт глазных болезней, Москва

Введение. В настоящее время эффективным методом лечения и реабилитации пациентов с эндокринной офтальмопатией (ЭОП) в неактивной стадии признана декомпрессия орбиты. Костная декомпрессия орбиты – технически слож-

ное вмешательство, с потенциально тяжелыми осложнениями. Легкая ЭОП может сопровождаться значительным ухудшением качества жизни, особенно у молодых пациентов. Такие пациенты нередко настаивают на назначении по косметическим показаниям (отечность век и периорбитальной области) системных глюкокортикостероидов (ГКС), невзирая на возможность серьезных побочных реакций и на то, что риск их применения превышает потенциальную пользу. В связи с этим поиск новых медикаментозных средств (лишенных выраженных системных осложнений), которые могут влиять на объем периорбитального жирового депо и к тому же могут быть применены местно, следует признать перспективным.

В 2004 г. была отмечена новая побочная реакция при длительном применении аналогов простагландинов у пациентов с глаукомой: углубление борозды верхнего века. Позднее предложен термин «простагландин-ассоциированная периорбитопатия», под которой понимают потерю объема нижнего века, углубление верхней пальпебральной борозды, блефароптоз или ретракцию верхнего века, уменьшение величины дерматохалазиса и изменение цвета кожи.

Цель нашей работы – изучение перспектив применения аналогов простагландинов (PGF2α) в коррекции косметических изменений при ЭОП.

Материалы и методы. Нами был проведен поиск по базам данных: PubMed, Clinicaltrials.gov, eLibrary.

Анализ источников литературы позволяет высказать предположение о потенциальной возможности применения препаратов на основе PGF2α у пациентов с ЭОП как в качестве дополнительного медикаментозного средства в комбинированной схеме лечения ЭОП, так и в виде монотерапии, направленной на уменьшение величины выстояния глаза, а также на улучшение внешнего вида. Данные клинических исследований применения биматопроста при эндокринной офтальмопатии свидетельствуют об отсутствии статистически значимой эффективности инстилляционного применения препаратов на основе PGF2α. Но авторы этих статей едины в оценке того, что применение простагландинов для уменьшения экзофтальма при ЭОП безусловно перспективно, и предлагают научному сообществу продолжить исследования в этой области, а также изучить альтернативные пути введения аналогов PGF2α для повышения эффективности терапии. Экспериментальные данные оставляют дискуссионным вопрос о целесообразности периорбитального введения разработанных в настоящее время препаратов на основе PGF2α в активную стадию ЭОП с целью раннего ингибирования путей дифференцировки жировой ткани. В перспективе может быть рассмотрена возможность включения препаратов PGF2α в комплексную терапию ЭОП.

Выводы. Нами проведен анализ перспектив использования аналогов простагландинов с косметической целью в коррекции периорбитальных и изменений при ЭОП. Несмотря на то, что имеющиеся данные о результатах применения препаратов данной группы противоречивы и основываются на коротких сроках наблюдения и минимальном количестве пациентов, мы считаем, что данная тема весьма актуальна. Многие авторы сходятся во мнении о необходимости проведения новых исследований, направленных на изучение возможностей достижения более ощутимого и стойкого результата применения аналогов PGF2α с целью уменьшения экзофтальма и периорбитальных изменений у пациентов с ЭОП.

«ЛИФТИНГ МАНЕКЕНЩИЦЫ» ИЛИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ФРОНТО-ТЕМПОРАЛЬНЫЙ ЛИФТИНГ ОТ РАЗМЕТКИ ДО КОНФЕТКИ

Мирзабекян Ю.Р.

Институт пластической хирургии на Цветном Бульваре, Москва

С сентября 2022 года по июнь 2022 нами было выполнено 170 эндоскопических лобно-височных лифтингов. Более 60% операция сочетались либо с блефаропластикой, либо со SMAS лифтингом 2/3 лица и платизмопластикой. При разметке области операции мы учитывали места выходов сосудисто-нервных пучков, анатомические границы височной мышцы, а также помечали места будущих доступов (5 штук). Начинали всегда с инфильтрации всей зоны операции 0,25% раствором лидокаина с адреналином. После небольшой экспозиции начинали с височного доступа. Острым и тупым путем доходили до собственной височной фасции, далее проводили отслойку поверхностной височной фасции под контролем глаза, если была необходимость, использовали эндоскоп. Визуализировав сторожевую вену, мы осознавали, что находимся в нужном слое, и трасса лицевого нерва не повреждена. Затем разрушали с помощью распатора лобно-височную адгезию. Далее поэтапно через доступы в теменной области под контролем эндоскопа проводили диссекцию надкостницы в надбровных областях, частично проводили миотомии корrugаторов. Лифтинг височного компонента проводили двумя нитями ПДС 2:0. В теменной области устанавливали фиксационные винты, с помощью спицы проводили поднадкостнично нить пдс 2:0, возвращались субдермально и фиксировались к винтам. Лифтинг проводили в трех местах. Фиксационные винты затем удаляли через несколько месяцев под местной анестезией при очередном осмотре пациента. После операции раны зашивались кожными скобами. И накладывалась тугая повязка на две недели. После снятия которой мы подкалывали ботулотоксин в мышцы корrugаторы и процерус а также в область круговой мышцы глаза. Чтоб облегчить нашу конструкцию. Из самой частой, а пожалуй единственной из жалоб пациентов было частичное и временное выпадение волос. Поэтому мы превентивно после операции назначали препараты для стимуляции роста волос.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДИВИДУАЛЬНО ИЗГОТОВЛЕННЫХ ШАБЛОНОВ С ЗАДАННЫМИ ЛИНИЯМИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО LE FORT I И ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫХ ТИТАНОВЫХ ФИКСИРУЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ

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. В настоящее время комбинированное лечение паци-

ентов со скелетными аномалиями челюстей, включающее в себя ортодонтические и хирургические этапы, широко распространено.

Главной целью комбинированного лечения пациентов с аномалиями развития зубочелюстной системы, объединяющей в себе задачи в виде достижения структурного, функционального и эстетического оптимума в челюстно-лицевой области, является улучшение качества жизни пациента. 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.

лии широко распространены и оказывают значительное влияние на эстетическое восприятие лица. Сложные пространственно-геометрические взаимоотношения зубочелюстной системы, костей лица и контура мягких тканей лица способствуют формированию стойких комбинированных деформаций при гнатических формах аномалий окклюзий. Внедрение современных цифровых технологий в медицинскую практику обеспечили большой прорыв для ортогнатической хирургии. Повсеместная цифровизация медицинской отрасли позволила внести множество инструментов, направленных на увеличение точности предоперационного планирования, а также визуализации будущих изменений пациента. В прошлом клиницистам для анализа лицевого скелета были доступны лишь двухмерные (2D) изображения. Лицо человека является трехмерной структурой, поэтому полноценное его изучение лишь в двух измерениях недостаточно. Трехмерное виртуальное планирование ортогнатической операции позволяет больше сосредоточиться на гармонизации лица в целом, а не только на его профиле.

Цель исследования. Совершенствование методов предоперационного планирования, протоколов интраоперационного вмешательства и повышение эффективности комбинированного лечения пациентов с аномалиями зубочелюстной системы путем внедрения цифровых протоколов, основанного на протоколе трехмерного компьютерного планирования.

Материалы и методы. На кафедре ЧЛПХ МГМСУ с сентября 2020 по март 2021 проведено обследование и лечение 44 пациентов в возрасте от 18 до 30 лет с гнатическими формами аномалии окклюзии. Пациенты были разделены на две группы по 22 человека. В первую группу вошли 11 пациентов со 2 скелетным классом аномалии развития челюстей и 11 пациентов с 3 скелетным классом аномалии развития челюстей, которым проводилось планирование с использованием хирургии гипсовых моделей. Вторая группа представлена 11 пациентами со 2 скелетным классом аномалии развития челюстей и 11 пациентами с 3 скелетным классом аномалии развития челюстей, которым проводилось планирование с использованием 3D-технологии. В рамках клинического метода обследования проводили оценку общего состояния здоровья, внешний осмотр и осмотр полости рта. На этапе диагностики и планирования лечения выполняли снятие оттисков с зубов верхней и нижней челюстей для изготовления гипсовых моделей, 3D-сканирование моделей челюстей, КТ черепа. Пациентам первой группы проводилось планирование с использованием лицевой дуги, артикулятора с последующей хирургией моделей, по которым изготавливались акриловые сплинты. Второй группе пациентов после получения всех данных исследований проводилось предоперационное виртуальное планирование с помощью программного обеспечения Dolphin Imaging. На основании будущих перемещений создавался 3D-сплинт, который распечатывался на 3D-принтере. Всем пациентам проводилась двучелюстная ортогнатическая операция. Послеоперационные результаты сравнивали с результатами планирования через 6 мес. после проведенной ортогнатической операции по данным КТ. Оценка до- и послеоперационных результатов проводили на основании цефалометрических ориентиров в переднезаднем, боковых и вертикальных направлениях, В качестве цефалометрических ориентиров использова-

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИФРОВЫХ ПРОТОКОЛОВ ДИАГНОСТИКИ, ПЛАНИРОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

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

Каждый человек оценивает достоинства своего лица, как и недостатки отдельных его частей. Это обстоятельство накладывает отпечатки на характер человека и оказывает влияние на качество его жизни. Зубочелюстные анома-

лись медиальные щечные бугры первых моляров верхней и нижней челюстей, срединная точка между центральными резцами верхней и нижней челюстей, точки А, В, PNS. Результаты. На основании цефалометрических ориентиров проводилась оценка точности воспроизведения двух разных методов планирования. Среднее отклонение между запланированными перемещениями и полученными результатами для верхней челюсти составило у пациентов первой группы: в переднезаднем направлении 1,09 мм, в боковых 0,99 мм, в вертикальном 1,17 мм. Среднее отклонение между запланированными перемещениями и полученными результатами для верхней челюсти составило у пациентов второй группы: в переднезаднем направлении 0,47 мм, в боковых 0,31 мм, в вертикальном 0,29 мм. Заключение. Сравнение двух методов планирования ортогнатической операции у пациентов с аномалиями развития челюстей позволило выявить значимую разницу. Виртуальное планирование показало себя как довольно точный метод планирования операций.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТЕОМОЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Молчанова Е.Б., Юнусов А.С., Поляков Д.П.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России, Москва

Остеогенные опухоли околоносовых пазух редко встречаются в педиатрической практике. Наиболее распространенным типом опухолей данной группы являются остеомы, на которые приходится более 66% случаев. Остеома – доброкачественное новообразование, отличающееся крайне медленным ростом. В синоназальной области чаще всего встречается остеома лобных пазух, далее по частоте поражения следуют решетчатая, верхнечелюстная и клиновидная пазухи. Тактика ведения детей с остеомами околоносовых пазух до настоящего времени неоднозначна. Что выбрать выжидательную тактику или оперативное лечение? В нашем докладе мы представляем современные тенденции хирургии остеом околоносовых пазух у детей. Цель данного исследования: оптимизировать подходы к хирургическому лечению остеом околоносовых пазух у детей. Материалы и методы: в обследовании вошли 20 пациентов в возрасте от 9 до 18 лет с диагнозом остеома околоносовых пазух. Методы обследования включали в себя подробный сбор анамнеза, клинический осмотр, включающий в себя риноскопию, отоскопию, фарингоскопию, эндоскопический осмотр, компьютерную томографию пазух носа и носоглотки. Результаты исследования. У 15 больных диагностирована остема лобной пазухи. У 5 больных остеома клеток решетчатого лабиринта. 7 пациентов наблюдались по месту жительства с диагнозом остеома лобной пазухи в течение нескольких лет. В 25% случаев больные жалоб не предъявляли, остеома была выявлена при случайно при обследовании. В 75% случаев отмечались жалобы на головную боль. У одного больного остеома лобной пазухи осложнилась гнойным фронтитом. Все пациенты были прооперированы. Открытым доступом было прооперировано 15% больных с остеомой околоносовых пазух. Эндоскопическим эндоназальным доступом 65% больных. Комбинированный доступ использовался в 20% случаев. Ослож-

нений в послеоперационном периоде не было. Выводы: Консервативное лечение (наблюдение) остеом возможно если нет клинических симптомов, отмечается медленный рост остеомы, или она занимает менее 50% лобной пазухи. Если более 50% пазухи занято быстро растущей остеомой, в случае внутрочерепного или интраорбитального осложнений необходимо хирургическое лечение. Также хирургическое лечение показано, когда остеома выходит за границы пазухи, размер ее увеличивается, локализация затрагивает область носолобного соустья. Также целесообразно проводить удаление остеом любого размера при наличии признаков хронического синусита. Выбор хирургического подхода зависит от локализации, размера и протяженности остеомы. Эндоскопический эндоназальный способ удаления остеом околоносовых пазух обладает анатомичностью, меньшим повреждением окружающих тканей, наилучшими эстетическими результатами, сокращением сроков госпитализации больного. Открытые хирургические доступы позволяют лучше и безопаснее экспонировать опухоль. Коронарный подход показан при больших опухолях, расположенных на передней стенке или латерально и больших лобных пазухах. Его преимущества: низкая частота рецидивов и хорошие эстетические результаты. Сочетание эндоназального эндоскопического подхода и открытого доступа позволяет радикально удалить остеому и минимизировать послеоперационные осложнения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИХ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КИСТИ

Муллин Р.И., Фасахов Р.Р., Филиппов В.Л.

ГАУЗ РКБ МЗ РТ, Казань

По данным Е.В.Усольцевой и К.И.Машкара в числе повреждений ожоги кисти составляют 5,1%. Из общего числа пострадавших каждый шестой имеет глубокие ожоги 3-4 степени с поражением глубоких структур: сухожилий, нервов, суставов, костей. Традиционное хирургическое лечение с удалением струпа на фоне его отторжения, последующим длительным купированием воспалительного процесса и кожной пластикой, как правило, завершается тяжелым нарушением функции кисти, необходимостью в дальнейшем длительного реабилитационного лечения с многоэтапными реконструктивными операциями. С учетом закономерности течения раневого процесса в отделении термической травмы ГАУЗ РКБ МЗ РТ хирургическое лечение глубоких ожогов кисти производим в первые пять суток до развития гнойных осложнений. Лечение включает в себя радикальную некрэктомию и одномоментную васкуляризованную кожную пластику. К одному из грозных осложнений термической травмы кисти следует отнести гнойный артрит мелких суставов. Профилактику его осуществляем дифференцированным подходом к оценке степени и объема повреждения капсульно-связочного аппарата мелких суставов кисти. При частичном поражении капсульно-связочного аппарата, признаками которого является ее тусклый, пигментированный вид, некрэктомию его поврежденных участков не производим, оставляя сустав не вскрытым. При тотальном повреждении капсульно-связочного аппарата производим его полную

некрэктомию с иссечением хряща суставных поверхностей. Операцию завершаем васкуляризированной кожной пластикой, способ которой зависит от локализации и площади повреждения кисти. Данный алгоритм при лечении больных с глубокими термическими поражениями кисти применили у 13 больных. Их них девять больных имели поражения электрическим током, четверо ожоги открытым огнем. У всех больных ожогов 3б-4ст локализовались, в том числе в области суставов пальцев кисти, имели поражения капсульно-связочного аппарата. В послеоперационном периоде гнойный артрит развился у трех больных. Причина – недооценка степени и глубины поражения капсульно-связочного аппарата. В двух случаях в дальнейшем потребовался артродез, в одном – эндопротезирование мелких суставов кисти. Таким образом, дифференцированный подход к повреждению капсульно-связочному аппарату при глубоких термических повреждениях 3-4ст позволяет избежать развития гнойных артритов мелких суставов кисти при условии ранней некрэктомии и одномоментной васкуляризированной кожной пластики.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИРТУАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ ОРБИТЫ

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

Цели. Повышение точности предоперационного планирования, 3D-моделирования и позиционирования ауто-трансплантатов, снижение травматичности и времени операции при хирургическом лечении пациентов с переломами средней зоны лица.

Материалы и методы. С 2020 по 2022 г. проведено оперативное лечение 29 пациентов с переломами орбиты и травмами средней зоны лица с использованием ауто-трансплантата кости свода черепа. Степень деформации оценивали на основании МСКТ с измерением горизонтального и вертикального размеров орбиты здоровой стороны. Смещение костных отломков и глазного яблока также измеряли на пораженной стороне. До операции на основании данных МСКТ выполняли виртуальное 3D-планирование и 3D-печать шаблонов для ауто-трансплантатов.

Полученные результаты. В результате оперативного лечения у 29 больных случаев диплопии не было. Послеоперационный гипoftальм и энофтальм выявлены в 9 случаях. Первая степень тяжести (1-2 мм) в 6 случаях и вторая степень тяжести (2-3 мм) в 3 случаях.

Выводы. Использование виртуального 3D-планирования позволяет минимизировать время планирования, оценить эстетический и функциональный результат, изготовить шаблон для забора ауто-трансплантата, позволяющий с высокой точностью восстановить анатомию орбиты.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕЗИНТЕГРАЦИИ ПРИ КАНАЛОПЛАСТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Мисюрин Ю.В., Семенов Ф.В.
Кубанский государственный медицинский университет, ККБ №3, г. Краснодар

Каналоластика является способом удаления костного выпячивания наружного слухового прохода при максимальном сохранении кожи путем формирования кожного лоскута на питающей ножке. Выполнение каналоластики возможно при помощи бормашины и с использованием долот и стамесок. Эти методы имеют определенные недостатки, так при работе бормашиной имеется риск повреждения мягких тканей, что приведет к ухудшению приживления лоскута. Пьезохирургия использует модулированную ультразвуковую вибрацию для контролируемого разрезания костных структур. Частота вибрации устройства регулируется и чаще всего устанавливается в диапазоне от 25 до 30 кГц, что обуславливает движения в диапазоне от 60 до 210 мкм, которые режут кость, но не повреждают мягкие ткани. Это свойство может быть успешно использовано при проведении каналоластики у пациентов с хроническим средним отитом. Цель работы: оценка особенностей использования ультразвуковой дезинтеграции при выполнении каналоластики. Материал и методы работы: в исследовании включены 27 пациентов, прооперированные с 2021 по 2022гг. по поводу хронического среднего отита. Всем пациентам выполнена каналоластика методом ультразвуковой дезинтеграции. Суть ее заключается в удалении кости после создания кожного лоскута с латеральным основанием. Производятся два радиальных разреза на 1-ом и 5-ти часах и медиальный циркулярный разрез, соединяющий предыдущие радиальные возле барабанного кольца. Кожа передней стенки отсепаровывается латерально с последующим удалением кости слухового прохода пьезоинструментом. Послеоперационный период составил 3 месяца. Сравнительными критериями оценки эффективности каналоластики стали: интраоперационный объем кровопотери, состояние кожного лоскута, отслоенного при проведении каналоластики. Фиксировались также выявляемые осложнения. Результаты. При использовании пьезоинструмента отмечены следующие положительные моменты: отсутствие неконтролируемого кровотечения, отсутствие травматизации отсепарованного лоскута в области костного отдела наружного слухового прохода. Следует отметить, что пьезометодика в хирургии удаления кости отличается от обычных пил или фрез. В отличие от обычных инструментов, которые требуют приложения значительного давления для выполнения разрезов, пьезотомом требуется только минимальное количество давления. В послеоперационном периоде при осмотре наружного слухового прохода наблюдался небольшой отек кожи наружного слухового прохода в течение 10 дней. Не отмечено выраженной рубцовой деформации кожи костной части наружного слухового прохода через 3 месяца после операции. Таким образом, применение пьезоинструмента позволяет удалить кость с минимальным травмированием прилежающих мягких тканей. Кроме того, отсутствие вращающей-

ся фрезы позволяет повысить точность удаления костных структур, снижение риска скользить или пропустить, как при использовании более обычных режущих фрез.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОРОФАЦИАЛЬНЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ

Муратов И.В., Соболев Д.Ю.

*Санкт-Петербургский медико-социальный институт,
Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Адекватно и своевременно проведенная первичная хейлопластика у детей с врожденными расщелинами верхней губы (ВРВГ) обеспечивает достижение хороших функциональных и эстетических результатов у пациентов детского возраста. Однако вторичная деформация носа и верхней губы по мере формирования лица остается практически неизбежной. Несмотря на постоянное совершенствование методик первичных и корригирующих операций при лечении пациентов с ВРВГ, восстановление полной анатомической и функциональной симметрии верхней губы и носа чрезвычайно проблематично. Методики хейлоринопластики не учитывают в полной мере возрастную динамику влияния на нос и верхнюю губу первично пораженной мимической мускулатуры, формируя в отдаленном послеоперационном периоде типичную деформацию. Одной из причин возникновения остаточных деформаций носа и верхней губы (ОДНВГ) наряду с первичными анатомическими нарушениями является несбалансированный мышечный тонус, действующий постоянно в процессе возрастной дифференциации мимической мускулатуры как непосредственно в зоне поражения, так и в окружающих ее отделах лица. Помимо учета анатомических особенностей мускулатуры пораженной зоны и характер нарушений межмышечных взаимоотношений в ней, необходимо учитывать степень влияния на формирование деформации остальной мимической мускулатуры, опосредованно связанной с мышцами зоны поражения (через кожу или SMAS). Мышцы, формирующие рисунок носа и верхней губы, работают только в группе и не имеют исключительно самостоятельного значения. К ним относят: *mm. procerus, levator labii sup. alaeque nasi, dilatator naris post. et ant., transverse nasalis, compressor narium minor, depressor septi nasi, anomalous, orbicularis oris, levator labii sup.* Их тонус и взаимодействие в аспекте роста определяют характерную индивидуальную форму носа и верхней губы, детерминированную генетически. При расщелинах верхней губы практически отсутствует зона синергичного взаимодействия мышц: *depressor septi nasi, levator labii sup. alaeque nasi, procerus, digastricus septi nasi labialis* на пораженной стороне. Простое сближение мягких тканей в зоне порога и дна носа без учета взаимодействий не приводит к устранению уже возникшей деформации носа. В результате структуры крыла и кончика носа попадают под влияние всей остальной мимической мускулатуры, формируя их деформации

и делая невозможным их правильный рост. На основании изучения анатомии мышц в области порога носа во время корригирующих оперативных вмешательств, а также исследований нормальной анатомии на свежих трупах, нами было установлено, что при деформациях практически отсутствует *depressor septi nasi*, а основу деформированного порога составляет верхний отдел рубцово измененной круговой мышцы рта, связанный с *depressor septi nasi* здоровой стороны в области основания перегородки, и с тканями носогубной складки пораженной стороны близко от мест прикрепления *m.levator alaeque nasi* и *m.zygomaticus minor*. Разработанный метод «статикодинамической миопексии», который в основе имеет целью восстановление нарушенных межмышечных взаимоотношений, утраченного рельефа и мимического рисунка в зоне деформации, с перспективой функциональной саморегуляции, можно дополнить предшествующей ему химической денервацией мышц в области последующей хирургической коррекции.

Целью химической денервации указанных мышц является обеспечение статического равновесия в покое и динамического равновесия при нагрузке. Инъекции ботулинического токсина типа А (БТА), позволяющие устранить дистонию мышц назолабиального комплекса, по нашему мнению, смогут создать условия для дальнейшего сращения тканей в правильном положении, а также обеспечить дополнительную стабилизацию хрящевого каркаса носа за счет отсутствия смещения мышцы, опускающей перегородку носа и устранить патологическое давление на область наружного клапана носа. Локальное введение БТА имеет ряд несомненных преимуществ: во-первых, лечение хорошо переносится и не связано с риском серьезных осложнений; во-вторых, возможен выбор одной или нескольких мышц для инъекции и подбор дозы препарата, обеспечивающей желаемую степень расслабления. Определены целевые мышцы и точки инъекции, дозы и сроки введения БТА на этапах комплексной реабилитации детей с орофациальными расщелинами. Комплексный подход – инъекции ботулинического нейротропина и хирургическое вмешательство (хейлопластика или устранение деформации) позволяют не только устранить видимый дефект, но и создать условия для синергичной работы мимических мышц.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕЭПИТЕЛИЗИРОВАННОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА В ЖЕНСКОЙ ИНТИМНОЙ ПЛАСТИКЕ В СОЧЕТАНИИ С ЛИФТИНГОМ ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ КОЖИ БЕДРА

Мурзаева Р.А., Курбанова З.В.

Клиника On Clinic, Москва

Цель исследования. Улучшить методику коррекции возрастных изменений в женской интимной сфере. Материалы и методы. Возрастные изменения в области наружных половых органов у женщин связаны, прежде всего, с уменьшением объема жировой ткани, атрофическими изменениями кожи вследствие снижения в коже коллагена и эластина. Что сказывается не только на эстетическом виде половых органов, но и на качестве сексуальной жизни.

ни и самооценке пациентки. В решении данной проблемы мы предлагаем методику использования дезэпителизованного кожно-жирового лоскута паховой складки и внутренней поверхности бедра. Операция выполняется под наркозом, может быть дополнена хирургической коррекцией малых половых губ, липосакцией внутренней поверхности бедер.

Результаты и выводы. Наполнение половых губ проводится собственными тканями, при этом осуществляется лифтинг кожи внутренней поверхности бедра и достижение желаемого эстетического результата. Считаем данную методику эффективной в практике пластического хирурга, с заявкой на внедрение в стандарты оказания медицинской помощи в разделе пластическая хирургия интимной зоны.

КОМПЛЕКСНЫЕ ОПЕРАЦИИ. КРИТЕРИИ ОТБОРА

Мурзаева Р.А., Мантурова Н.Е.

Международный медицинский центр On Clinic, Москва

Комплексные операции. Международный медицинский центр OnClinic Мурзаева Р.А. Москва 2022г. Цель исследования. Подбор оптимальных методов коррекции контуров тела после родов. Показать безопасность и эффективность методики. Материалы и методы. По данным ФГБУ «Научного центра психического здоровья» РАМН опросника BAS (Body Appreciation Scale), направленного на изучение отношения к собственному телу и опросника SCAA (Social and cultural attitudes about appearance), направленного на изучение связи между привлекательностью и разнообразными аспектами жизни, такими как социальное принятие, самооценка, успешность в жизни и личное счастье, убедительно доказано, что в современном обществе, зависимом от социокультурных стандартов и образов массмедиа вместе с востребованностью пластических операций по коррекции контуров тела растет и планка ожидания пациентов от проводимых операций. Мы предлагаем свой алгоритм выбора хирургической тактики в зависимости от объективных данных, ожиданий пациентки и результатов обследования. Под объективными данными понимаются рост, вес, выраженность птоза молочных желез, гипотрофии молочных желез, наличие циркулярного избытка ПЖК в области живота, поясницы, степени птоза передней брюшной стенки, наличие диастаза прямых мышц, наличие сопутствующей патологии (ФКМ, аденомиоз, недифференцированные дисплазии соединительной ткани). Обсуждаются критерии отбора пациентов, способы разметки и подтяжки, особенности послеоперационного ведения. Результаты. Комплексные операции позволяют достичь коррекции контуров, повысить степень удовлетворенности пациентов. Выводы. Правильное планирование, интенсивное послеоперационное ведение, использование современных методов профилактики тромбозоболоческих осложнений, должный отбор пациентов, делают методику безопасной в руках пластических хирургов и эффективной с точки зрения улучшения качества жизни пациенток.

МЕТОДИКА РЕКОНСТРУКТИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ СО СКЛЕРОЗИРУЮЩИМ АДЕНОЗОМ

Мурзаева Р.А., Мантурова Н.Е.

Международный медицинский центр On Clinic, Москва

Методика реконструктивного хирургического лечения фиброзно-кистозной болезни молочных желез со склерозирующим аденозом. Мурзаева Р.А. Мантурова Н.Е. Наиболее распространенными среди заболеваний молочной железы являются диффузные доброкачественные заболевания молочных желез, которые в свою очередь в некоторых вариантах мастопатий имеют риск малигнизации. Диффузные доброкачественные новообразования, встречаются у 30-60% женщин, и имеют выраженную клиническую картину в виде: болевого синдрома различной интенсивности как в самой молочной железе, так и в области позвоночника, отекающего синдрома – нагрубание молочных желез, появление узловых пальпируемых образований, ведущих к эмоциональной неустойчивости, перепадам настроения, астено-депрессивным состояниям, снижению социальной и физической активности. Цель исследования: повышение эффективности ранней диагностики и хирургического лечения ФКБ со склерозирующим аденозом, узловой формой ФКБ, ФКБ с преобладанием фиброзного и склерозного компонента. Материалы и методы: 1. Дифференцированный подход к хирургическому лечению ФКБ со склерозирующим аденозом, узловой формой ФКБ, ФКБ с преобладанием фиброзного компонента, заболеваний молочной железы, имеющих за основу гиперпролиферативные процессы, по сути являющиеся гормон продуцирующими опухолевидными разрастаниями ткани молочной железы. 2.Использование хирургического лечения ФКБ со склерозирующим аденозом, узловой формой ФКБ, ФКБ с преобладанием фиброзного компонента в купе с технологии мастопексии на нижней glandулярной ножке с дезэпителизованными медиальным и латеральным отрогами МЖ с учетом васкуляризации и локализации основного гиперпролиферативного очага с целью уменьшения или устранения клинических проявлений ФКБ. 3.Оптимизация нашего хирургического метода мастопексии с редукцией молочной железы при данной патологии выполняется не только с целью эстетической коррекции молочных желез, но и повышает удовлетворенность эстетическим результатом, психосоциальной гармонией, нормализацией гормонального фона.

РИСКИ ЛИПОСАКЦИИ

Мурзаева Р.А.

Международный медицинский центр On Clinic, Москва

Риски липосакции. Мурзаева Р.А. Международный медицинский центр «On Clinic» г.Москва Введение. В настоящее время отмечается рост числа пластических операций, направленных на коррекцию контуров тела, в то же время увеличивается и количество послеоперационных осложнений, требующих коррекции и дополнительного лечения. Цель исследования. Разработка алгоритма лечения ослож-

нений липосакции и липофиллинга, соответствующего мировым стандартам. Введение классификации осложнений и методов их хирургического лечения. Материалы и методы. В основу работы взят анализ лечения 16 пациентов, перенесших липосакцию, и обратившихся за помощью для коррекции осложнений. Выбор метода коррекции зависит от глубины дефекта ПЖК, его формы, наличия избытков кожи, вовлечение фасциальных структур в рубцовые сращения после липосакции. В результате исследования установлено, что поверхностные дефекты (глубина дефекта 0.3 см) подлежат вибрационному воздействию с использованием шифтинга (shifting от англ. перемещение) зоны кожной депрессии (зоны отрицательного контура поверхности кожи) но без липосакции. Дефекты средней глубины (дефекты 0.5 см) подлежат вибрационной сепаровке зоны отрицательного контура поверхности кожи и использование стимуляторов неоколлагеногенеза (липографты) Глубокие (глубина дефекта 0.8- 1.0 см) липосакция периметра зон западения, на ширину радиуса западения многоуровневый липофиллинг + диссекция и иссечение лишней кожи с пластикой местными тканями) Результаты. При контрольном осмотре через 2-3 месяца оценивается результат. В 90 % случаев он удовлетворяет пациентов, в 10 % – требует докоррекции. Заключение. По результатам проведенной работы нами разработана классификация осложнений липосакции, хирургические методы их коррекции, дополнены протоколы медикаментозного лечения и профилактики осложнений липосакции.

МЕТОДИКА МАСТОПЕКСИИ

Нудельман Н.С.

ООО «Центр косметологии и пластической хирургии С.В.Нудельмана», Екатеринбург

Актуальность моего доклада заключается в том, что существуют многочисленные методики, которые применяются при мастопексиях, а также отсутствие единого мнения коллег относительно выбора метода. А также дискуссии коллег о результативности различных методик и необходимость владением их максимальным количеством для выбора наиболее оптимальной, которая работает в руках доктора. В моем профессиональном пути я прошла несколько этапов по выбору наиболее подходящей, как мне кажется методики, которая хорошо работает в моих руках. За время моей практики (с 2015 года) мною было прооперировано 280 маммопластик без использования имплантов, из них 135 редуционных маммопластик и 145 мастопексий с вертикальным компонентом. Основными методиками моего выбора при мастопексиях являлись модификации методик докторов ЛеЖур, Нахаи, где чаще использовалась верхняя ножка и максимальное избегание Т-образного рубца. В 2018 году после прохождения стажировки в Бразилии в клинике доктора Р.Граф я обратила внимание и стала наиболее часто применять ее методику при мастопексиях, которая заключалась в формировании нижнего наполняющего лоскута при верхней ножке с использованием мышечной петли. При выполнении данной методики я внесла некоторые изменения, которые, по моему мнению, упростили методику, при этом не потеряв важного

эффекта – наполненности верхнего склона, который и был изначальной целью. В итоге я перестала использовать мышечную петлю, но фиксирую лоскут к грудной стенке с помощью нерассасывающейся нити, а также произвожу фиксацию тканей верхней ножки к грудной стенке в ретромаммарном пространстве. Эта методика имеет большие преимущества, т.к. позволяет легко «сложить» железу и иметь хорошее наполнение верхнего склона. Осложнения, с которыми я столкнулась за время использования этой методики: – расхождение рубца в области схождения 3-х лоскутов в основании железы, что прогнозирует более длительное заживление и формирование вторичного рубцевания -формирование «ушек» в медиальной и латеральной части горизонтального рубца, что корректируется через 6 месяцев. Выводы: Любой хирург в течении своей практики меняет применяемые им методики в поиске лучших. На данный момент в своей практике я использую модифицированную методику д-ра Р.Граф при мастопексиях молочных желез, фиксирую лоскуты к грудной стенке и часто использую Т-образный рубец. Осложнения стали более прогнозируемы, менее критичны и реже встречаемы. В своем докладе я хочу представить видео, где в подробностях рассматриваю разметку, операционные этапы, формирование лоскута, чтобы не было нарушено питание и показываю исходный и послеоперационные результаты в разные сроки.

АБДОМИНОПЛАСТИКА В СОЧЕТАНИИ В ХИРУРГИИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Нуриев А.Б., Алиева А.С.

МСЧ Нефтяник г. Тюмень

Цель исследования: Улучшить результаты операций на брюшной стенке при больших и гигантских грыжах в сочетании с эстетической абдоминопластикой. Материалы и методы: Передняя брюшная стенка всегда была зоной интереса как пластического хирурга, так и хирурга общего профиля. Наша работа предполагает объединение интересов как клинического, так и эстетического характера в одну операцию и одним хирургом. Принципы хирургического лечения грыж передней брюшной стенки сформулированы в национальных клинических рекомендациях по лечению грыж. В настоящее время рекомендована методика хирургической коррекции передней брюшной стенки с установкой импланта в ретромолекулярное пространство. Установка импланта на апоневроз в национальных клинических рекомендациях определена как вынужденная. Представленная работа не касается хирургической коррекции грыж малого и среднего размера, так как эти операции являются рутинными. Мы представляем наш опыт выполненных операций, когда дефект передней брюшной стенки превышает шириной 10 – 15 см. А в этом случае национальными клиническими рекомендациями операцией выбора считается выполнение задней сепарационной TAR-пластики. Эта методика предполагает выполнение тотальной герниолапаротомии, проведение всех необходимых манипуляций в брюшной полости, пересечение и перемещение поперечный мышцы для последующей медиализации пря-

мых мышц живота и восстановления белой линии. Только после полного восстановления целостности мышечно-апоневротического каркаса происходит переход к эстетическому этапу операции. Важным моментом является разделение этой операции на два этапа. На первом этапе важно не выполнять хирургический доступ по разметке, сформированной по принципу выполняемой абдоминопластики. Это позволяет минимизировать травматизацию кожной раны. Результаты и обсуждения. За период с 2016-го по 2022 г. нами выполнено 36 реконструктивных операций на брюшной стенке в сочетании с абдоминопластикой. Среди оперированных пациентов: женщин – 35, мужчин – 1. Во всех клинических случаях выполнена Абдоминопластика в сочетании с большой и гигантской грыжей передней брюшной стенки (W-3). На первом этапе – внутрибрюшном – все герниопластики выполнены с использованием композитных сетчатых имплантов с расположением их по методике sub lay. В 5 случаях пациентам сформирован неопуп. В одном клиническом случае Абдоминопластика выполнена в сочетании с резекцией правой почки по поводу Рака нижнего полюса. В пяти клинических случаях после герниолапаротомии на первом этапе операции выполнена холецистэктомия, резекция тонкой кишки с формированием первичного анастомоза, аппендэктомия. Все операции выполнялись одной хирургической бригадой. Во всех случаях достигнут полный клинический эффект. За период наблюдения отмечаются стабильные отдаленные результаты. Выводы: Вмешательство на передней брюшной стенке должно предполагать достижение не только эстетического результата, но и возможности сохранения всех функциональных свойств брюшной стенки и имеет важное значение в структуре современной пластической хирургии. Освоение правил реконструкции передней брюшной стенки позволит пластическим хирургам широко внедрять эту методику в свою практику.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ФАЛАНГИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТОВ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ

Обухов И.А.

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

Цель: оценка эффективности реконструкции дистальных фаланг (ДФ) пальцев кисти с использованием аппаратов внешней фиксации (АВФ) у пациентов после травматической ампутации.

Представлен опыт реконструкции 62 пациентов с частичными посттравматическими дефектами на уровне ДФ пальцев кисти. Возраст от 15 до 58 лет (34,3±8,6). 22 мужчин, 40 женщин. Частичные дефекты ДФ на разных уровнях: на уровне дистальной трети – 8, на уровне средней части фаланги – 33, на уровне основания фаланги – 21. Критерием исключения считались пациенты с тотальными дефектами ДФ, т.е. на уровне дистального межфалангового сустава (ДМФС). В большинстве случаев при дефектах ДФ имеет место комплекс проблем, требующих многоэтапного хирургического лечения и длительной реабилитации.

Практически в каждом конкретном случае реконструкция дистальной фаланги (ДФ) пальцев кисти представляет собой индивидуальную программу оперативного лечения и реабилитации, в реализации которой необходимо учитывать целую группу факторов: размеры дефекта кости фаланги, форма культи и ее деформации, сохранность и деформации ногтевой пластинки (НП), наличие контрактуры сустава, а также наличие рубцового блока на культе. Показаниями к РДФ служили ДФ более ¼ длины, неизбежно сопровождающиеся деформацией НП по типу «когтя». Во всех случаях РДФ включала использование АВФ, смонтированных индивидуально с учетом конкретных вышеперечисленных факторов. При дефекте менее 2/3 величины ДФ, т.е. наличии культи продольной длиной 5 мм и более, проводилась остеотомия ДФ и традиционное удлинение АВФ. Постепенное наращивание мягких тканей и костной структуры ДФ, с сохранением полноценной структуры кожи, чувствительности и кровоснабжения кончика культи, обеспечивало наиболее щадящий, безопасный малотравматичный вариант реконструкции. В случаях недостаточного кровотока (в связи с замедлением репаративного процесса) после удлинения проводилась костная аутопластика. Наибольшие трудности представляли дефекты ДФ с продольной длиной культи 4 мм и менее, в сочетании с дефектом НП. Первым этапом осуществлялась дистракция мягких тканей на уровне ДМФС за культю, наращивание мягких тканей на уровне смежного сустава на величину утраченной части фаланги. Вторым этапом выполнялась костная аутопластика трансплантатом из гребня подвздошной кости, с фиксацией пальца АВФ. Костная пластика совершалась в двух вариантах: в расчете на восстановление движений на уровне ДМФС или формирование артродеза в функционально выгодном положении. Выбор технологии определялся сохранностью хрящевого покрытия культи ДФ. Общие сроки фиксации в АВФ при традиционном удлинении на всех уровнях не превышали 10 недель, при двухэтапной оперативной технологии – 14 недель. Правильно сформированная НП имеет большое значение в эстетическом восприятии пальца. Поэтому восстановление формы, размеров и локализации НП поврежденного пальца считалось исключительно важным в определении программы реконструкции кончиков пальцев кисти. При сохранности ростковой зоны НП (даже при наличии только ¼ площади ногтевой пластинки в области основания) осуществлялось удлинение костной структуры фаланги одновременно с наращиванием НП и восстановлением ее локализации при угловых деформациях.

Результаты. Оценка результатов лечения (в сроки 6 месяцев, 1 год и более после операции) осуществлялась по шкале оценки DASH, по величине удлинения фаланги на рентгенограммах, по амплитуде движений в ДМФС. Удлинение фаланги составляло от 6 до 15 мм. УФ на планируемую величину достигнуто во 95,2% случаев. Оценка эстетического вида кончика пальца (эстетика) проводилась по субъективному критерию удовлетворенности самого пациента. В 3 случаях (4,8%) выявлена деформация дистракционного регенерата и трансплантата, что 2 случая потребовало выполнения корригирующих и стабилизирующих операций. Заключение. Формирование индивидуальной программы РДФ предполагает выбор оперативных технологий с учетом конкретного запроса пациента, величины, локализации, формы кости культи, состояния мягких тканей и НП.

Комплекс РДФ с использованием АВФ дает возможность существенно улучшить функцию и эстетический вид реконструированного пальца за счет воссоздания естественной формы и размеров кончика пальца, включая НП.

МОДЕЛИРОВАНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ DIEP-ЛОСКУТОМ

Овчинникова И.В., Гимранов А.М., Бусыгин М.А., Тагиева Г.Р.
ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер имени профессора М.З.Сигала» МЗ РТ, Казань

Цель: Внедрить универсальную методику моделирования при реконструкции DIEP-лоскутом для формирования симметричной по отношению к контрлатеральной груди и эстетически приемлемой молочной железы. Задачи: 1) Разработать универсальную методику моделирования молочной железы при реконструкции DIEP-лоскутом. 2) Формирование симметричной по отношению к контрлатеральной груди и эстетически приемлемой молочной железы. 3) При внедрении методики уменьшить длительность операций и улучшить эстетические результаты реконструкций. Материалы и методы: Работа основана на наблюдениях за 195 пациентками с раком молочной железы (РМЖ), которым была выполнена реконструкция с применением DIEP-лоскута в отделении маммологии и пластической хирургии РКОД МЗ РТ в 2016-22 гг. С 2022г. нами разработана методика моделирования молочной железы, о которой пойдет речь ниже, и применена у 35 пациенток. Данная методика возможна при односторонней реконструкции молочной железы. При разметке на лоскуте на передней брюшной стенке в центральной части отмечались границы будущей молочной железы (ширина и высота согласно размерам пятна контрлатеральной молочной железы), также длина разреза в области пупка соответствовала расстоянию от соска до субмаммарной складки. При перемещении DIEP-лоскута на грудную стенку он поворачивался на 180 градусов, чтобы область данного разреза располагалась в области субмаммарной складки по сосковой линии. После фиксации DIEP-лоскута в нижней части при необходимости проводилась его редукция и окончательное формирование молочной железы в положении пациентки на операционном столе с максимально приподнятым головным концом. Результаты: При применении данной методики нам удавалось стабильно добиваться хороших эстетических результатов реконструкции молочной железы на операционном столе. При этом лучшие эстетические результаты мы получили у пациенток при отсутствии птоза или при одномоментной Т-образной масторедукции (мастопексии) контрлатеральной молочной железы. Возможным оказалось применение этой методики и у пациенток с птозом молочной железы, если они отказывались от коррекции здоровой груди, в случае подкожного или кожесберегающего варианта мастэктомии с обязательным сохранением кожи в области нижнего полюса молочной железы. В этом случае приходилось вносить коррективы в методику. Во-первых, длина разреза в области пупка была равна расстоянию от грудной стенки до соска в положении пациентки стоя. Во-вторых, нижний край лоскута опускался в сохраненный кожный чехол ниже субмаммарной складки, чтобы иметь возможность воссоздать птоз

молочной железы. Благодаря внедрению данной методики удалось несколько сократить длительность операций. При реконструкции молочной железы лоскутом на 2 сосудистых ножках средняя длительность операции сократилась с 410 мин до 370 мин, при реконструкции лоскутом на 1 сосудистой ножке с 365 до 310 мин. Выводы: Предложенная методика является универсальной для моделирования молочной железы при односторонней реконструкции DIEP-лоскутом. Оптимально подходит для пациенток при отсутствии птоза или при одномоментной Т-образной масторедукции (мастопексии) контрлатеральной молочной железы. Возможно применение этой методики и у пациенток с птозом молочной железы при соблюдении ряда условий. Благодаря внедрению данной методики удалось не только прогнозируемо добиваться хороших эстетических результатов, но и несколько сократить длительность операции в следствие укорочения этапа моделирования молочной железы.

НАЛОЖЕНИЕ ЛИМФОВЕНОЗНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ОДНОМОМЕНТНО С АКСИЛЛЯРНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Овчинникова И.В., Гимранов А.М., Бусыгин М.А., Тагиева Г.Р.
ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер имени профессора М.З.Сигала» МЗ РТ, Казань

Цель: Уменьшить количество лимфедем верхней конечности после лечения рака молочной железы (РМЖ). Частота лимфедем после лечения РМЖ остается высокой. По данным Ассоциации лимфологов России эти цифры составляют 12-60%. Внедрение методик, уменьшающих объем лимфодиссекции, привело к уменьшению количества лимфедем. Но имеется большое количество пациентов, нуждающихся в полной лимфодиссекции. И в данном исследовании мы предлагаем метод, направленный на реконструкцию лимфатического аппарата у данной группы пациентов. Задачи: 1) Внедрить методику наложения лимфовенозных анастомозов (ЛВА) в подмышечной области одномоментно с аксиллярной лимфодиссекцией при лечении РМЖ. 2) Определить влияние наложения ЛВА в подмышечной области одномоментно с аксиллярной лимфодиссекцией на длительность операции и количество послеоперационных осложнений. 3) Проанализировать влияние наложения ЛВА в подмышечной области одномоментно с аксиллярной лимфодиссекцией на частоту лимфедем верхней конечности. Материалы и методы: Работа основана на наблюдениях за пациентками с РМЖ, клинически N+, не имеющими признаков лимфедемы до операции, которым выполняется хирургическое лечение, включающее в себя аксиллярную лимфодиссекцию в отделении маммологии и пластической хирургии ГАУЗ «РКОД им. проф. М.З.Сигала» МЗ РТ г. Казани в 2022 г. Пациентки разделены на 2 группы. В первую группу (23 человека) вошли пациентки, которым выполнялось наложение лимфовенозных анастомозов в подмышечной области одномоментно с аксиллярной лимфодиссекцией. Всем пациенткам этой группы проводилось картирование лимфооттока от верхней конечности

с помощью индоцианина зеленого, вводимого в дозе 5 мг на 1 мл воды для инъекций в межпальцевые промежутки руки на стороне операции непосредственно перед ее началом. Интраоперационно оценивались пути лимфооттока от молочной железы и приоритет в наложении анастомозов отдавался лимфатическим сосудам, окрашенным индоцианином зеленым. Во вторую (контрольную) группу (45 человек) вошли пациентки, которым выполнялась лимфодиссекция без наложения ЛВА. Объемы хирургических вмешательств в обеих группах соответствовали клиническим рекомендациям по лечению РМЖ в Российской Федерации, но всегда выполнялась аксиллярная лимфодиссекция. Всем пациенткам в течении 3 лет будут проводиться измерения объемов верхних конечностей для мониторинга и определения лимфедемы, а также оценка согласно международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. Результаты: Отмечалось увеличение длительности операции в 1-й группе пациенток. Средняя длительность операции в 1-й группе - 125 минут, во 2-й - 65 мин. При этом отмечалось уменьшение количества послеоперационных осложнений. В 1-й группе не отмечено послеоперационных кровотечений, во 2-й было 2 случая (4,4%). Длительность лимфореи была меньше в 1-й группе (в среднем в 1-й группе - 5,6 дня, во 2-й - 14,9 дня). В 1-й группе пациенток успешное картирование лимфатических протоков, отводящих лимфу от верхней конечности, произошло у 21 пациентки (91,3%). В 2 случаях - окрашивания не было. Всем пациенткам в этой группе были наложены лимфовенозные анастомозы «конец в конец», у 2 пациенток - по 2 ЛВА, у 5 пациенток - по 1 ЛВА, у 16 пациенток - по 1 мультилимфовенулярному анастомозу (от 2 до 7 лимфатических протоков соединены с 1 веной). Оценка частоты возникновения лимфедем произведена через 3 мес после операции, составила 8,6% в 1-й группе, 17,7% во 2-й группе. Выводы: Методика наложения лимфовенозных анастомозов в подмышечной области одновременно с аксиллярной лимфодиссекцией при лечении рака молочной железы является перспективной в плане профилактики лимфедем. При этой методике, несмотря на увеличение времени операции, количество послеоперационных осложнений не увеличилось и даже отмечено уменьшение длительности лимфореи. Чтобы оценить влияние данной методики на частоту лимфедем требуется более длительное наблюдение (наблюдение за пациентками планируется в течение 3 лет), но ранние результаты (3 мес) показали снижение количества лимфедем у пациенток, у которых она выполнялась.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛУБОКОПЛОСКОСТНОГО ФЕЙСЛИФТИНГА ПРИ ОТЕЧНО-ДЕФОРМАЦИОННОМ ТИПЕ СТАРЕНИЯ

Петрова Д.Ю., Подгайский В.Н., Петров И.Ю.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь

Введение. В практике пластического хирурга, пациенты с отечно-деформационным типом старения лица относятся к «нелюбимым». У таких пациентов эффект от операции мало заметен и чаще всего, именно они, бывают

недовольны результатом. Среди представительниц славянской этнической группы преобладает именно отечно-деформационный тип старения. На практике изолированный морфотип встречается редко, чаще мы сталкиваемся с их комбинацией. В большинстве случаев таких пациентов объединяют плотная кожа, гипертрофия жировых пакетов, склонность к нарушению микроциркуляции и задержке жидкости, что затрудняет достижение хорошего эстетического результата и требует комплексного подхода к омоложению. Цель. На основании ранних и отдаленных результатов оптимизировать комплексный подход к омоложению при отечно-деформационном типе старения.

Материалы и методы. Проанализированы ранние (до 3-х месяцев) и отдаленные (более 12 месяцев) результаты лечения 126 пациентов в период с 2015 по 2022 год. Среди них более 60% - пациенты с отечно-деформационным типом старения или смешанным типом с преобладанием деформационного. Возраст пациентов варьировал от 39 до 76 лет. 95% - женщины, 5% - мужчины. У 76 пациентов выполнен комбинированный фейслифтинг (Space lifting). При необходимости дополнительно выполняли липосакцию шеи, медиальную платизмопластику, эндоскопический лифтинг лба или височный лифтинг. Из них 6 пациентам выполнили повторную операцию - расширенный глубокопослойный фейслифтинг (Deer plane facelifting) в течение 5 лет, в связи с недостаточным эстетическим результатом. 50 пациентам выполнили расширенный глубокопослойный фейслифтинг, включающий медиальную и латеральную платизмопластику, височный лифтинг и/или эндоскопический лифтинг лба и височных областей. В 57% случаев расширенный глубокопослойный фейслифтинг дополняли верхней и/или нижней блефаропластикой. Пациентам с отечно-деформационным типом старения в предоперационном периоде рекомендовали пройти курс инъекций непрямым липолитиков в поверхностные гипертрофированные жировые пакеты, а также курс инъекций пептидов или полинуклеотидов. В послеоперационном периоде назначали курс физиопроцедур: магнитотерапия, светотерапия, курс гипербарической оксигенации, лимфодренажное тейпирование, курс плазмотерапии.

Результаты. Основным в омоложении пациентов с отечно-деформационным типом старения является хирургическое лечение. Мы отдаем предпочтение расширенному глубокопослойному фейслифтингу. Поверхностная диссекция над круговой и скуловой мышцами, решает проблему «малярных мешков», рассечение удерживающих связок и перераспределение жировых пакетов в «глубоких пространствах» позволяют скорректировать непосредственно центральную часть лица, что не всегда удается при использовании классических методик. При сравнительной оценке результатов комбинированного фейслифтинга и расширенного глубокопослойного фейслифтинга, отмечается значительное улучшение проекции именно средней зоны лица, за счет перераспределения поверхностных и глубоких жировых пакетов, более четкого контура нижней челюсти и выраженного шейно-подбородочного угла в результате расширенной медиальной и латеральной платизмопластики. У 4 пациентов не достигнут желаемый результат из-за предшествующих агрессивно выполненных косметологических процедур. Средняя продолжительность реабилитации составила 15 дней. Выводы. Таким образом, глубокопослойный фейслифтинг предсказуемая хирургическая техника, которая может

быть эффективной в комплексном омоложении пациентов с отеочно-деформационным типом старения. Пациенты данной группы должны избегать инъекционной косметологии, нитевого лифтинга и отдавать предпочтение хирургическому лечению. Предоперационная подготовка и комплекс мероприятий в послеоперационном периоде позволяют улучшить клинические результаты и ускорить процесс реабилитации.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗРЫВОВ ИМПЛАНТАТОВ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Плаксин С.А., Пономарев Д.Н., Храмова Н.И.

Пермский государственный медицинский университет, Пермь

Цель: проанализировать частоту разрывов имплантатов молочных желез и физические характеристики оболочки удаленных протезов.

Задачи: изучить вероятность нарушения целостности оболочки имплантатов молочных желез в зависимости от технических характеристик капсулы и длительности нахождения в организме.

Материал и методы. За 26 лет аугментационная маммопластика выполнена 1345 пациенткам имплантатами различных фирм: Eugosilicon – в 825 случаях, Motiva 299, имплантаты российского производства с полиуретановой оболочкой («Балтик Салве» и НПО «Биопротез») – в 100, Института резиновых и латексных изделий (ИРЛИ) – в 16, CUI – в 38, McGhan – в 16, Silimed – в 23, Sebbin – в 12, Nagor – в 7, Mentor и Allergan – по одному. Разрывы оболочки имплантов были диагностированы в 44 случаях методами УЗИ и МРТ молочных желез, что было подтверждено интраоперационно.

Результаты. Повреждение оболочки выявлено у 34 имплантатов (2,7%) фирмы Eugosilicon, семи протезов с полиуретановой капсулой (7%), двух имплантатов (12,5%) производства ИРЛИ, один протез фирмы Nagor. Указанная частота разрывов имплантатов не является достоверной, так как пациентки за столь длительный период времени меняли место жительства или могли обратиться в другое лечебное учреждение. Нарушение целостности протеза без всяких клинических проявлений было выявлено у 9 пациенток (15,6%) при плановом УЗИ молочных желез. В 4-х случаях разрыв был обнаружен во время компьютерной томографии по поводу новой коронавирусной инфекции COVID-19. Разрывы имплантатов, заполненных когезивным гелем, носили внутрикапсулярный характер, тогда как повреждение протезов с жидким силиконом во всех 5 случаях сопровождалось формированием гелиом и гранулем в молочных железах и мягких тканях. У 5 пациенток отмечены двусторонние разрывы. Нарушение целостности оболочки протезов каплевидной формы отмечено в 29 случаях, тогда как круглых у 15 пациенток ($p=0,58$). Субпекторальное расположение поврежденных имплантов встретилось существенно чаще (в 39 случаях), чем ретромаммарное (3) и субфасциальное (2) ($p=0,012$). Мышечные сокращения, возможно, способствовали более интенсивному давлению на капсулу имплантата и ее износу. Капсулярная контрактура 3-4 степени диагностирована у 19 пациенток (43,2%), что также вызывало

более жесткий контакт с оболочкой и трение об нее. Все разрывы имплантов с когезивным гелем носили внутрикапсулярный характер. Гель свободно располагался в парапротезной капсуле. В 5 случаях отмечено локальное сращение оболочки имплантата и парапротезной капсулы рядом с местом разрыва. Исходя из этого, можно предположить, что одним из механизмов разрыва может служить смещение имплантата вследствие давления при наличии плотной фиксации на небольшой площади. В 4-х случаях разрывы сопровождалась формированием средних или больших сером. Среднее время нахождения в организме до возникновения разрыва равнялось 11 годам (Me, Q1-6,5, Q3-15), а максимальные сроки достигали 26-28 лет. Все пациентки были прооперированы. В 31 случае выполнено удаление поврежденных имплантатов с одномоментным репротезированием. У 13 человек (29,5%) протезы были удалены с отсроченной повторной операцией через 4-6 месяцев при наличии сером, гелиом и инфильтрации окружающих тканей. Резекция имбибированных гелем тканей молочной железы и окружающих тканей приводила к деформации и создавала технические сложности при повторном протезировании. Четыре женщины предпочли полностью удалить имплантаты. Выводы. К факторам повышенного риска повреждения капсулы маммопротеза можно отнести время его нахождения в организме, капсулярную контрактуру 3-4 степени, субпекторальное расположение имплантата за счет повышенного трения оболочки и парапротезной капсулы в местах изгибов оболочки имплантата. Одним из механизмов разрыва может служить сильная боковая тракция вследствие сдавления груди при наличии точки фиксации на ограниченном участке в результате сращения оболочки протеза и парапротезной капсулы.

РАЗЛИЧИЕ ПОДХОДОВ В РАБОТЕ С ГЛАДКИМИ И ТЕКСТУРИРОВАННЫМИ ИМПЛАНТАМИ ПРИ ТРАНСАКСИЛЛЯРНОЙ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКЕ

Погосян Д.А., Гузик А.А., Гарипов Р.Р.

Клиника «Форма», Москва

Аугментационная маммопластика – одно из самых распространенных оперативных вмешательств в пластической хирургии. Согласно имеющимся данным, в 2011 году она занимала третье место среди всех оперативных вмешательств в пластической хирургии, после ринопластики и липосакции, а в последние годы вырывается в лидеры. В нашей практике мы все чаще используем аугментационную маммопластику с использованием трансаксиллярного доступа. Частота его применения колеблется от 25- 30 % от общего числа аугментационных маммопластик. Преимуществами данного метода аугментации молочных желез являются отсутствием рубцов в области груди и травматизации тканей молочной железы, а также полная визуализация субмукулярного кармана. Но также есть свои недостатки: ограниченность показаний для данного метода, дороговизна оборудования, сложность

и длительность операции. Цель исследования: анализ результатов использования гладких и текстурированными имплантами при трансаксиллярной видеоассистированной аугментационной маммопластике за 2017-2021 гг. Материалы и методы: произведен ретроспективный анализ результатов 250 пациентов с диагнозом «микромастия» которым была выполнена трансаксиллярная видеоассистированная аугментационная маммопластика круглыми имплантами. Женщин в группе 250 (100%). Средний возраст ± 30 . Из них 125 (50%) пациентами были установлены гладкие (нанотекстурированные) импланты, 125 (50%) установлены текстурированными имплантами. Результаты и обсуждение: при выполнении трансаксиллярной видеоассистированной аугментационной маммопластики при работе с гладкими имплантами, при формировании субмускулярного кармана рассечение большой грудной мышцы выполнялось с сохранением lamina superficialis f. pectoralis, которая является дополнительным опорным слоем для гладкого импланта, что является профилактикой диспозиции импланта и формирования деформации по типу Bottoming out. При выполнении данной операции с использованием текстурированных имплантов большая грудная мышца рассекается с пересечением lamina superficialis f. pectoralis, так как адгезивные свойства текстурированного имплантата и формирование более толстой фиброзной капсулы, само по себе является профилактикой диспозиции импланта и формирования деформации по типу Bottoming out. Сохранение этой слоя является существенной разницей при работе с гладкими и текстурированными имплантами при трансаксиллярной видеоассистированной аугментационной маммопластике. При переходе с текстурированных на гладкие имплантаты в позднем послеоперационном периоде у нескольких пациентов с круглыми гладкими имплантами возникло осложнение по типу Bottoming out, что мы связываем с пересечением lamina superficialis f. pectoralis во время операции. В дальнейшем во время операции поверхностная пластинка сохранялась и деформации по типу Bottoming out, не наблюдалось. При повторе переходе в нашей практике с гладких на текстурированных имплантов, в нескольких случаях отмечалось возникновение диспозиции импланта. Что связано с сохранением lamina superficialis f. pectoralis во время операции. Выводы: исходя из проведенного анализа послеоперационных результатов и анализа практического применения методики, выявлена существенная разница при использовании гладких и текстурированных имплантатов при трансаксиллярной видеоассистированной аугментационной маммопластике, ключевым моментом является тактика работы с большой грудной мышцей, а в частности сохранение lamina superficialis f. pectoralis при работе с гладкими имплантами, и рассечение ее при работе с текстурированными имплантами. Это позволяет избежать осложнения по типу Bottoming out и диспозиции имплантов.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, КАК ПРОФИЛАКТИКА ЯТРОГЕННЫХ ПАРАЛИЧЕЙ И ПАРЕЗОВ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Польшина В.И., Решетов И.В., Бабкова А.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

На сегодняшний день одним из основных методов лечения новообразований как доброкачественного, так и злокачественного характера околоушно-жевательной области, является хирургическая тактика. Особое внимание в этом процессе уделяется проблеме профилактики ятрогенных параличей. Несомненно, для определения тактики и объема оперативного вмешательства, необходима полноценная предоперационная подготовка пациента, включающая в себя не только стандартное обследование для хирургического лечения в стационаре, но и дополнительное комплексное исследование, позволяющее оценить, и минимизировать, возможные хирургические риски. Зачастую специалисты выбирают один из методов исследования, который и будет основополагающим в формировании оперативной тактики.

Цель исследования – произвести сравнительный анализ методов комплексного обследования пациентов на предоперационном этапе с новообразованиями околоушно-жевательной области и предложить алгоритм обследования пациентов для профилактики ятрогенных параличей и парезов.

Материалы и методы. В настоящее исследование были включены результаты обследований до операционного этапа 31 пациента (18 женщин и 13 мужчин) в возрастном интервале 18-55 лет.

Результаты. По данным проведенного исследования было выявлено, что мультиспиральная компьютерная томография (было выполнено 21 пациенту, 67,7%) и магнитно-резонансная томография (было выполнено 31 пациенту, 100,0%) с контрастом являются оптимальными методами диагностики как для доброкачественных, так и для злокачественных образований околоушно-жевательных областей. По данным исследования, было отмечено, что МРТ дает более точную информацию по выявлению опухоли и ее взаимоотношения с окружающими мягкими тканями, тогда как МСКТ реализовывает возможность определить инвазивный рост новообразования, и ее регионарные метастазы, что важно для оперативного хирургического объема. Также МСКТ нами использовалась как дополнительный метод к МРТ, в случае если в процесс были вовлечены костные структуры и при наличии абсолютных противопоказаний к МРТ исследованию. Данные исследования позволили спрогнозировать хирургическое лечение с одномоментным удалением новообразования и реконструкцией лицевого нерва у 18 пациентов (58,0%). Ультразвуковое исследование (УЗИ) использовалось как дополнительное исследование для предоперационного планирования и разметки пациентов (выполнено у 19 пациентов, 61,2%) и как скрининговый метод обследования (было выполнено у 29 пациентов, 93,5%). Также у 15 па-

циентов (48,3%) было выполнено электромиографическое (ЭМГ) исследование донорской зоны и мимических мышц, так как у пациентов в анамнезе были выявлены парестезии и признаки пареза мимической мускулатуры. Данное исследование позволило скорректировать хирургический план лечения на дооперационном этапе.

Выводы. Комплексное использование МРТ и МСКТ-исследований как основных методов диагностики новообразований околоушно-жевательной области, позволяют полноценно спрогнозировать тактику и объем оперативного вмешательства с определением возможности сохранения или одномоментной реконструкции лицевого нерва. Тогда как использование УЗИ позволяет лоцировать новообразование для хирургического лечения, а ЭМГ исследование – оценить способность лицевого нерва к регенерации.

О ВЛИЯНИИ ВИТАМИНА D НА РАЗВИТИЕ КАПСУЛЯРНОЙ КОНТРАКТУРЫ

Пржедецкая В.Ю., Пржедецкий Ю.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» МЗ РФ, Ростов-на-Дону

Актуальность. В последние годы появились единичные публикации о влиянии дефицита витамина D на развитие аутоиммунных состояний. Витамин D, как известно, является решающим фактором в гомеостазе кальция и также необходим для иммунитета. Важно отметить, что дефицит витамина D может представлять собой глобальную проблему со здоровьем, которая была недооценена в течение многих лет (Colaris M. et al., 2017). В современной литературе было показано, что дефицит витамина D связан с повышенным риском развития инфекционных заболеваний (Grant W.B. et al., 2020). Несмотря на тот факт, что витамин D был впервые обнаружен в 1931 году, в последние десятилетия к нему проявляется повышенный интерес со стороны научного сообщества. Материал и методы. Изучен уровень витамина D в крови 16 здоровых доноров женского пола, 16 пациенток без онкологической патологии после аугментации молочных желез и у 46 больных раком молочной железы, которые подверглись кожесохраняющей мастэктомии с реконструкцией имплантатом и разной выраженностью капсулярной контрактуры. Исследование проводили на иммуноферментном планшетном анализаторе Тесап методом иммуноферментного анализа (Diasource, Бельгия). В данной работе определялся суммарный уровень эргокальциферола (витамин D2) и холекальциферола (витамин D3). Результаты и обсуждение. У женщин, подвергшихся аугментации молочных желез, уровень витамина был ниже, чем аналогичный показатель в крови здоровых доноров: при 1–2 степени – в 2 раза, при 3–4 степени – в 2,4 раза, т.е. уровень витамина D снижался по мере увеличения степени капсулярной контрактуры. Было установлено, что в крови больных раком молочной железы с 1–2 степенью контрактуры содержание витамина D было в среднем в 3,1 раза ниже, чем у доноров и в 1,5 раза ниже, чем при такой же степени контрактуры у неонкологических пациентов. При 3–4 степени контрактуры у больных раком молочной железы уровень витамина D был снижен относительно показателя при 1–2 степени контрактуры

в 1,5 раза, а относительно неонкологических пациентов с 3–4 степенью капсулярной контрактуры – в 2 раза. При исходной распространенности процесса pT1-2N1M0 уровень витамина D не имел достоверных отличий от показателей у соответствующих больных без регионарных метастазов, а при 3–4 степени контрактуры был в 4,4 раза ниже, чем у доноров и в 1,5 раза ниже, чем у больных раком молочной железы с 1–2 степенью капсулярной контрактуры. Получены достоверные различия между показателями больных с контрактурой 1–2 и 3–4 степени в обеих группах (с регионарными метастазами и без таковых). Это означает, что недостаток витамина D в крови был ассоциирован только со степенью капсулярной контрактуры и не зависел от наличия или отсутствия регионарных метастазов. Заключение. Анализируя результаты изучения уровня витамина D в крови больных, следует отметить, что на него оказывал влияние как рак молочной железы (вне зависимости от распространенности процесса), так и степень развития капсулярной контрактуры – по мере ее нарастания уровень витамина в крови достоверно снижался. Витамин D является мощным регулятором иммунной системы и его дефицит способствует гиперактивности В-клеток, являясь фактором риска развития аутоантител у пациентов с аутоиммунным/воспалительным синдромом (синдром несовместимости силиконового имплантата). Таким образом, можно утверждать, что сниженный уровень витамина D в крови пациентов является не только прогностическим маркером развития капсулярной контрактуры, но, по-видимому, и одним из патофизиологических механизмов развития этого осложнения. Вероятно, фармакологическая коррекция данного показателя в крови сыграет как превентивную, так и лечебную роль в отношении капсулярной контрактуры, но это предположение является темой для дальнейших научных изысканий.

БЛЕФАРОПТОЗ. ТАК ЛИ ПРОСТА ПРОБЛЕМА?

Пржедецкий Ю.В., Пржедецкая В.Ю., Ткачева М.С., Пандова О.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» МЗ РФ, Ростов-на-Дону

Актуальность. Блефароптоз известен как опущение верхнего века, и пациент обычно предъявляет жалобы на дефект зрения и эстетики лица. Он может быть врожденным или приобретенным, а также иметь нейрогенное, миогенное, апоневротическое, механическое или травматическое происхождение. Правильная оценка, диагностика и лечение являются залогом эффективного лечения птоза верхнего века. В работе рассматриваются варианты оценки и лечения птоза, а также подчеркивается важность координации между членами межпрофессиональной бригады для улучшения результатов лечения пациента. Материал и методы. В исследование вошли 16 пациентов с различными видами блефароптоза. Мужчин было 9, женщин – 7. Односторонняя локализация процесса составила 11 наблюдений. Апоневротических (инволютивных) птозов было – 9, травматических (ятрогенных) – 4; миогенных – 2, механических – 1. Всем больным проведено оперативное лечение: доступом через кожу (Everbursch) резекция

сухожилия леватора – 11; резекция мышцы, поднимающей веко – 3; изолированная резекция мышцы Мюллера в модификации R. Khooshabeh и H. Baldwin) – 2. В исследование не были включены нейрогенные птозы, такие как миастения, пальпебральный и Маркуса-Гунна синдромы. Результаты и обсуждение. Хорошие эстетико-функциональные результаты получены в 9 наблюдениях, удовлетворительные, с приемлемым уровнем асимметрии – в 4 случаях, неудовлетворительные – у 3 больных. Неадекватная предоперационная оценка этиологии блефароптоза привела к безуспешности хирургического лечения у этих пациентов. Заключение. Блефароптоз – это сложное полиэтиологическое заболевание, имеющее различные причины возникновения. Неправильная оценка вида блефароптоза, как правило, приводит к неудаче оперативной коррекции данного состояния. Опущение верхнего века – это лишь симптом, но не диагноз. Крайне важным представляется дооперационное консультирование невропатологом, офтальмологом и эндокринологом. При апоневротических, механических и травматических видах блефароптоза оптимальным способом оперирования для нас явилась резекция сухожилия леватора чрезкожным доступом. Данный подход позволяет лучше контролировать результирующую высоту глазной щели и ее форму (линию кривизны).

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ПОДТЯЖКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Протасов К.А.

Санкт-Петербургский Государственный Медицинский университет им. академика И.П.Павлова, Санкт-Петербург

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 рептозирования. 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 железу 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 срав-

нении 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.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ИССЛЕДОВАНИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫХ СТРУКТУР ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛИПОФИЛИНГА ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ

Рахимов А.Я., Гущин А.В., Мантурова Н.Е.

Мультипрофильный аккредитационно-симуляционный центр и кафедра пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Актуальность. Проблема грозных осложнений при проведении липофилинга ягодичных областей, вопросы повышения эффективности самой процедуры, наличие различных подходов к операции заставляет практикующих хирургов заранее планировать вмешательство. Однако подходы к такому планированию могут различаться ввиду отсутствия четких алгоритмов использования результатов экспериментальных и клинко-диагностических методов исследования. Данная работа явилась результатом совместных исследований анатомов и клиницистов в этом направлении.

Цели и задачи. В ходе экспериментальных анатомических и инструментальных интраоперационных методов исследования соединительнотканых структур при планировании и проведении липофилинга ягодичных областей определить критерии значимости визуализации архитектоники фасций и их отрогов для повышения эффективности данной операции и поиска безопасного подхода к проведению процедуры.

Материалы и методы. В экспериментальной части данного исследования проводилась регистрация морфологического состояния соединительнотканых образований подкожно-жирового и мышечно-фасциального слоя при послойном препарировании (нефиксированные ягодичные области (n=32) после низкотемпературного хранения (t-6°/-20 °C) 6 мужчин и 10 женщин в возрасте от 40 до 75 лет) после введения филлера различными техниками и методиками (n=25). В качестве последнего использовался компонентный состав из УЗИ-геля, красящих пигментов различных цветов и гидроколлоидов. Применялась фото- и видеофиксация результатов с координатным топографическим измерением зон расположения экспериментального вещества, его контакта с фасциальными отростками и мест проникновения в различные слои клетчатки и мышц. В условиях клиники применялось интраоперационное ультразвуковое исследование линейным датчиком 7,0 МГц мест расположения филлера при использовании веерной канюльной техники введения липоаспирата.

Результаты. Данные морфологического исследования свидетельствовали о нахождении красящего состава

над прерывистыми горизонтальными элементами поверхностной (скарповской) фасции (24). В 19 случаях он располагался в глубоких слоях. В 9 отмечалось его размещение во всех слоях клетчатки. В 8 случаях он располагался неравномерно, с преобладанием в том или ином слое. В 3-х случаях произошла травматизация собственной фасции с введением филлера в толщу большой ягодичной мышцы. А в одном – препарат локализовался вблизи крупных ветвей нижнего ягодичного сосудисто-нервного пучка. При использовании методики веерного фракционного мануально-контролируемого введения филлер оказался равномерно распределен в слоях клетчатки без повреждения собственной фасции, мышц и сосудов. Клиническая часть интраоперационного ультразвукового исследования проводилась при использовании данной методики, так как она показала свою безопасность и эффективность при экспериментальном морфологическом исследовании. УЗИ-контроль позволил определить равномерное распределение липофиллера в слоях ПЖК без проникновения его под поверхностных листов собственной фасции.

Выводы. При выборе методики и техники липофилинга ягодичных областей важно экспериментально обосновывать тот или иной способ и технику введения филлера, ориентируясь на следующие критерии значимости визуализации архитектоники фасций и их отрогов: разделение клетчатки на слои элементами поверхностной фасции, прерывистость фасциальных отрогов, концентрация соединительнотканых элементов в слое, повышающая их барьерную и проводниковую (для филлера) функцию, а также близость расположения непрерывного листа собственной фасции к канюле.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЛОСТИ РТА С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ

Решетов И.В., Закирова А.А.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Университетская клиническая больница №1, Москва

Актуальность. Несмотря на развитие микрохирургии и применение различных типов аутоотрансплантатов, реконструкция органов полости рта после радикального хирургического лечения, по-прежнему остается актуальной проблемой для хирургов. Идеальная реконструкция должна не только восполнять объем резецированных тканей, но и выполнять функции утраченных органов. Основоплагающим является восстановление глотания, речи, чувствительности, предупреждение аспирации. Сложность заключается в воссоздании прежней биомеханики и анатомических соотношений языка с полостью рта и глоткой, невозможности восстановить нативные движения языка в трех ортогональных плоскостях. Материалы и методы. В период с 2014 по 2022 годы в Сеченовском Университете был прооперирован 131 пациент с опухолевыми поражениями ротовой полости. 61,9% составили мужчины, и 38,1% – женщины. Средний возраст составил 55 лет (диапазон 26-82 года). 1 группе пациентов – 70 человек, была выполнена одномоментная реконструкция ротированными лоскутами, как без иннервации в качестве «операции спасения» – 60 человек (45,8%), так и с иннервацией 10 человек (7,6%) (лоскут на передних мышцах шеи, лоскут большой грудной мышцы). 2 группа пациентов – 61

человек, была выполнена свободная микрохирургическая пересадка, из них у 37 (28,2%) использовались лоскуты восстановления иннервации, и у 24 (18,3 %) ретроспективная группа – реиннервация не выполнялась. Для оценки качества жизни использовался опросник EORTC QLQ – H&N43. Использовались шкалы оценки восстановления речи, глотания и типа питания. Определялась тактильная, дискриминационная, болевая и температурная чувствительность стандартными методами. На сроке 6 месяцев выполнялась биопсия и проводилась гистологическая и иммуногистохимическая оценка прорастания нервных волокон. Результаты: Локализации процесса в 1 группе преобладал язык – 33% и дно полости рта – 28%, 2 группа – большую часть занимал язык – 45,6%, небо – 12%, десневая поверхность – 7%, а дно полости рта лишь – 4%. В 1 группе неоадьювантная химиотерапия проводилась в 65,5%, а во 2 группе – 50,9%. Лучевая терапия до операции в 1 группе – 38,6%, в 2 группе 45,8%. Трахеостома в 1 группе выполнялась чаще – 81,7%, тогда как во 2 – 68,4%. Средняя длительность пребывания в стационаре также в 1 группе – 26,97 дней (диапазон 7-85), в 2 группе отличалась незначительно 24,72 (диапазон 5-48). Процент осложнений в 1 группе 9,8%, что ниже, чем в 2 группе – 19,3%. В 1 группе выживаемость лоскута составила 100%, в 2 группе – 96,5%. Иммуногистохимически прорастание нервных волокон во всех типах лоскутах с реиннервацией было доказано в 94,2% случаев, тогда как в группах без реиннервации нервные волокна были обнаружены только в 56,4%. В группе речь оценивалась чаще всего как хорошая и удовлетворительная, тогда как в группе 1 как приемлемая. В 70,6 % достигнуто питание через рот жидкой и протертой пищей. При оценке качества жизни баллы по всем параметрам были лучше в группе с реиннервацией. При этом, в группе без реиннервации пациенты отмечали дискомфорт в виде ощущения лоскута как «холодного инородного тела во рту», тогда как в группе с иннервацией это ощущение постепенно исчезало. Заключение: Согласно проведенному исследованию, при выборе пересадки свободного лоскута необходимо учитывать статус N+, а также возраст и наличие сопутствующей патологии. Микрохирургическая техника предпочтительна для реконструкции наиболее важного органа полости рта – языка. Свободные лоскуты с реиннервацией являются методом выбора для достижения хороших функциональных результатов.

РАННЯЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМЫ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ровная А.В.

Санкт-Петербургский Медицинский Университет им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург

Актуальность: одной из самых важных проблем вторичной лимфедемы является проблема ранней постановки диагноза и раннего начала лечения, так как, к сожалению, большинство пациентов попадают к специалисту только на 2й или даже 3й стадии лимфедемы, когда стоимость и продолжительность лечения вынужденно возрастают, а результаты лечения не настолько выражены, как если начинать лечение на 1й стадии заболевания. Другая проблема – недостаток информации для пациентов о методах снижения

лимфатической нагрузки на повреждённую лимфатическую систему и о самостоятельном уходе. Цель: снизить количество дебютов вторичной лимфедемы, улучшить раннюю диагностику лимфедемы, начинать лечение в 1й стадии заболевания, предотвращать осложнения. Методы: На отделении маммологии ПСПбГУ были организованы «Школы пациентов» – 2х часовые лекции каждые 1-2м месяца для тех, кто начал лечение рака молочной железы в том месяце. За 3 года мы провели 21 лекцию для 194 пациентов, 142 из них до сих пор под наблюдением. Во время лекций пациентам предоставлялась следующая информация: основы анатомии и физиологии лимфатической системы и механизмы ее повреждения при лечении онкологии, механизмы развития лимфедемы и ее лечения, факторы, увеличивающие и уменьшающие лимфатическую нагрузку, методы профилактики лимфедемы – использование компрессионного трикотажа, упражнения, рекомендации по питанию, профилактика рожки, уход за кожей, самостоятельное измерение конечностей для контроля и раннего выявления отека. В дальнейшем – наблюдение пациентов каждые 6 месяцев или раньше, если пациент заметил увеличение объемов конечности. Результаты: у 94 пациентов до сих пор нет признаков лимфедемы. У 43 была диагностирована 1 стадия лимфедемы, у 5 – 2ая. 17 пациентов контролируют начальные проявления отека при помощи стандартного трикотажа круглой вязки 2го класса компрессии, поддерживая разницу между окружностями рук (окружности руки со стороны операции и пуки со здоровой стороны) не более 1 см. 28 пациентов прошли КФПТ (комплексную физическую противоотечную терапию – мануальный лимфодренаж, компрессионное бандажирование бинтами низкой степени растяжимости, уход за кожей, физические упражнения) с целью уменьшить отек и поддерживают результат при помощи компрессионного трикотажа плоской вязки индивидуального пошива, сохраняя разницу между окружностями рук в пределах 0-1,5 см, 3 пациентов используют бандажные системы с теми же результатами. Ни у кого из наблюдаемых 142 пациентов разницы между окружностями конечностей не превышает 1,5 см. Только у 2х пациентов были эпизоды рожки (в обоих случаях связаны с госпитальной инфекцией во время хирургического этапа лечения рака молочной железы). Выводы: предоставление пациенту информации о лимфедеме и обучение самостоятельному уходу сразу после хирургического этапа лечения лимфедемы имеет следующие положительные эффекты: психологическая уверенность пациента (держит ситуацию «под контролем»), снижение лимфатической нагрузки и провоцирующих факторов (и возможно, частоты дебютов лимфедемы, но для этого необходимы дальнейшие научные исследования, которые сейчас проводятся), ранняя диагностика лимфедемы (преимущественно на 1й стадии) и раннее начало лечения, что позволяет достичь хороших результатов и удерживать их с минимальным влиянием на качество жизни пациента. Предоставление информации в виде лекций («школы пациентов») более эффективно по сравнению с индивидуальными консультациями с точки зрения временных затрат.

ЛИМФЕДЕМА/ЛИПЕДЕМА/ОЖИРЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ – ОТЛИЧИЯ, ВЗАИМОСВЯЗИ, АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ

Ровная А.В.

*Санкт-Петербургский Медицинский Университет
им.акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург*

Актуальность: Как минимум, 50% пациентов с лимфедемой не получают правильный диагноз, ситуация с диагнозом липедема еще сложнее. Из-за этого многие пациенты не получают вовремя корректное лечение и их состояние прогрессивно ухудшается. Еще одна трудность заключается в проведении дифференциальной диагностики между лимфедемой, липедемой и ожирением, а также существуют сложности в определении тактики лечения, когда все эти три заболевания встречаются у одного и того же пациента. Цели: провести подробный анализ научных работ по данной проблеме – этиология и патогенез каждого заболевания, диагностика, лечение. Провести анализ собственного клинического опыта по работе с этими заболеваниями. Выявить механизмы взаимосвязи этих заболеваний друг с другом. Разработать алгоритм дифференциальной диагностики, который можно было бы использовать для ежедневной практики докторам различных специальностей для того, чтобы пациенту могло бы быть назначено корректное лечение как можно раньше, разработать алгоритм лечения липедемы. Методы: был проведен систематический обзор литературы с использованием таких источников как PubMed, Medline, Cochrane library database, и пр., а также данных ILA, ALF, ILF. Так же был проведен анализ историй болезни наших пациентов с лимфедемой, липедемой, ожирением и их сочетанием. Результаты: были отмечены следующие взаимосвязи – лимфедема не бывает причиной ожирения, но приводит к адипогенезу, липогипертрофии в области отечной конечности; морбидное ожирение приводит к развитию вторичной лимфедемы. Лимфедема не бывает причиной развития липедемы; у пациента с липедемой лимфатический отек может наблюдаться только на фоне развития ожирения. Липедема и ожирение: это два отдельных диагноза, они могут встречаться у одного и того же человека, увеличение массы тела будет ухудшать симптоматику липедемы, но сама по себе липедема к ожирению не приводит при адекватном контроле нормальной массы тела; ожирение не приводит к развитию липедемы. Также был разработан и включён в клиническую практику алгоритм дифференциальной диагностики и алгоритм подходов к консервативному и хирургическому лечению липедемы.

АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФЕДЕМОЙ СЕГОДНЯ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Ровная А.В., Макаров И.Г.

*Санкт-Петербургский Медицинский Университет им. акад.
И.П.Павлова, Санкт-Петербург*

В России – как и во многих странах мира – есть множество проблем с лечением лимфедемы при огромном количестве пациентов (более 5000000 чел.): отсутствие страхового

покрытия; отсутствие стандартов диагностики и лечения; отсутствие в течение долгого времени образовательных программ по лимфологии и, соответственно, недостаток квалифицированных специалистов, из-за чего многим пациентам ставят неверный диагноз или не ставят диагноз вовремя, назначают некорректное лечение; отсутствие четких взаимодействий между специалистами по консервативному и хирургическому лечению лимфедемы, в результате чего теряется эффект от проведенной хирургической коррекции и пр. Цели: построить систему лимфологического лечения и обучения в России, увеличить количество специалистов в области лимфологии, увеличить раннюю выявляемость лимфедемы, что позволит вовремя начинать лечение, увеличить информационную доступность материалов о лимфедеме среди медицинского персонала и пациентов, наладить взаимосвязи между консервативными и хирургическими специалистами в области лечения лимфедемы. Методы: Анализ мировых и европейских консенсусов по лечению лимфедемы (ISL, ELS, GLS, BLS, LE&RN, etc.), изучение подходов к консервативному и хирургическому лечению лимфедемы мировых специалистов и международных хирургических школ (RMES). Развитие деятельности Ассоциации Лимфологов России и взаимодействие с другими профессиональными Ассоциациями (пластическая и реконструктивная хирургия, онкология, флебология и сосудистая хирургия, реабилитация и восстановительная медицина и пр.), участие в смежных конференциях. Совместная разработка и написание единых национальных стандартов по диагностике и лечению лимфедемы, разработка алгоритмов ведения пациента с лимфедемой, показаний к хирургическому лечению, пред- и послеоперационных протоколов консервативной поддержки. Утверждение образовательных программ по лечению лимфедемы, организация учебного процесса. Разработка и распространение информационных материалов по профилактике и лечению лимфедемы для пациентов (школы пациентов, «Всемирный день лимфедемы», канал YouTube, чат поддержки пациентов Telegram, журнал LIMPNA, книги и брошюры, и пр.) Результаты: специалисты и члены Ассоциации лимфологов России разработали и внедрили образовательные программы по консервативному лечению лимфедемы, аккредитованные в системе НМО, проходящие на базе двух медицинских вузов, благодаря чему увеличилось количество специалистов в различных регионах России. В данный момент, на основании международных и европейских консенсусов по диагностике и лечению лимфедемы, находятся в процессе написания стандарты оказания медицинской помощи при лимфедеме. На основании зарубежного опыта, рекомендаций международных экспертов по хирургическому лечению лимфедемы и Европейской школы микрохирургии разработаны алгоритмы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов, прошедших хирургический этап лечения лимфедемы. Основными пунктами этого алгоритма являются: обязательное устранение жидкостного компонента отека до хирургического лечения и до ICG диагностики при помощи комплексной противоотечной терапии, обязательная и достаточная диагностика до хирургического вмешательства для оценки состояния лимфатической системы с целью выбора оптимальной тактики лечения и снижения рисков осложнений (ICG лимфография при лимфовенулярном шунтировании, пересадке лимфатических узлов, МР лимфография и лимфосцинтиграфия при пересадке лимфатических узлов), обязательное ношение компрессионного трикотажа плоской вязки индивидуального пошива после

любых операций (ЛВА, пересадка лимфатических узлов, липосакция, пластические резекционные операции). Благодаря взаимодействию на площадках совместных конференций и конгрессов растет уровень кооперации между лимфатическими хирургами и специалистами по консервативному лечению лимфедемы.

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В МЯГКИХ ТКАНЯХ ОКОЛОРАНЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ВЗРЫВНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ

Ростовцев С.О., Шперлинг И.А., Шулепов А.В.,
Баженов М.В., Семакин Р.В.

*Военная академия материально-технического обеспечения
им. генерала Армии А.В. Хрулева, Санкт-Петербург*

Цель и задачи исследования – оценка сроков, продолжительности и характера микроциркуляторных и метаболических изменений в мягких тканях области повреждения, а также их различие в коже и мышце при экспериментальном взрывном повреждении у крыс во все фазы раневого процесса.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на 40 половозрелых лабораторных крысах-самцах линии Вистар. Животным опытной группы под наркозом моделировали взрывное повреждение тазовой конечности с более выраженными местными повреждениями на фоне минимально проявляющихся общих нарушений (патент RU № 2741238 от 22.01.2021 г.). Из эксперимента были исключены крысы с переломами бедренной кости и обширными разрывами кожи и мышц. Для исключения внешнего вмешательства в течение патологического процесса экспериментальным животным лечение не проводилось. После моделирования взрывного повреждения у всех животных на 1, 3, 5, 7, 14 и 28 сутки оценивали общее состояние, потребность в воде и пище, активность, а также течение и выраженность фаз раневого процесса, включая объем поврежденной тазовой конечности и характерное время заживления раны. Аппаратным способом определяли микроциркуляторные и метаболические изменения в мягких тканях (кожа и мышца) области повреждения методом лазерной доплеровской флоуметрии и флуоресценции. Статистический анализ, полученных данных проводился с использованием программного продукта Statistica 10.0. Различия между величинами считали статистически значимыми, если вероятность их тождества оказывалась менее 5% ($p < 0,05$).

Результаты. Взрывное повреждение мягких тканей тазовой конечности крысы приводило к деградации микроциркуляторных и метаболических процессов в коже и мышцах области повреждения, более выраженных в мышце. Нарушения микроциркуляторных показателей в мягких тканях области повреждения выразились снижением постоянной составляющей перфузии (M) в коже на 54,5-63,3% ($p < 0,05$), мышце на 38,4-44,4% ($p < 0,05$), уменьшением флукса (σ) на 78,4-74,5% ($p < 0,05$) и 78,0-74,8% ($p < 0,05$), депрессией флуоресцентного показателя потребления кисло-

рода (ФПК) в коже на 28,0-21,2% ($p < 0,05$) и 60,1-47,3% ($p < 0,05$), снижением комплексного показателя эффективного кислородного обмена (ЭКО) на 82,6-78,8% ($p < 0,05$) и 93,0-90,7% ($p < 0,05$) соответственно. При анализе полученных данных отмечено, что микроциркуляция и метаболизм в поврежденной области быстрее восстанавливался в коже, чем в мышце, однако отмечалась двухволновая деградация внесосудистой регуляции микрокровотока в мышце, выраженное в снижении флакса на 32,5-27,7% ($p < 0,05$), по сравнению с показателями у крыс интактной группы. Динамика восстановления базовых микроциркуляторных и метаболических показателей в мягких тканях области повреждения отражает более выраженную активность регенераторных процессов в коже и менее выраженную в мышце, сопровождаемую рецидивом экстравазальных нарушений в мышце.

Вывод. Таким образом, депрессия интенсивности регенераторных процессов в мышце области взрывного повреждения, напрямую связанная с микроциркуляторными и метаболическими нарушениями, требует совершенствования существующих способов лечения, с учетом наиболее оптимальных способов транспорта биологически-активных средств и лекарственных препаратов в область взрывного повреждения мягких тканей в ранние сроки течения раневого процесса, для усиления локального кровотока и создания благоприятных условий для стимуляции регенерации мышц в области повреждения, а также сокращения сроков течения раневого процесса и снижения риска формирования патологических рубцов.

ОБОСНОВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПО ТЕХНИКЕ ВЫКРАИВАНИЯ РАСШИРЕННОГО ЛОСКУТА НА ЗАДНЕЙ ПЕРЕГОРОДОЧНОЙ АРТЕРИИ

Русецкий Ю.Ю., Елумеева А.Н.

ФГБУ ДПО Центральная государственная медицинская академия УДП РФ, Москва, Россия, ФГБУ Центральная клиническая больница с поликлиникой УДП РФ, Москва, Россия, Москва

Введение. Пластическое закрытие перфорации перегородки носа (ППН) продолжает оставаться сложной и не всегда предсказуемой операцией. Несмотря на наличие большого количества техник, которые позволяют успешно закрывать дефекты перегородки носа (ПН), вопрос о выборе хирургической тактики для пациентов, имеющих послеоперационные ППН, остаётся открытым. Особенности оперативного лечения в таких случаях заключаются в анатомических изменениях оперированной перегородки. Как правило, вокруг зоны дефекта отсутствует костно-хрящевой остов, а листки перихондрия плотно спаяны между собой. Разделение слоев оперированной перегородки трудновыполнимо, а иногда невозможно, что затрудняет процесс выкраивания лоскута и создаёт дополнительные риски возникновения реперфорации в позднем послеоперационном периоде. Важно отметить, что большая

часть разработанных методик не подходит для пластического закрытия больших послеоперационных дефектов, поскольку, как правило, ситуацию осложняют рубцовые изменения позади перфорации и отсутствие остаточной перегородки в нижних отделах. Нередко ППН продолжается практически до дна полости носа. Для закрытия таких перфораций мы используем комбинацию нашей авторской техники отворота краёв в сочетании с выкраиванием большого лоскута, который кровоснабжается ветвями решетчатых и задней перегородочной артерии. Цель. Описать комбинированный метод пластического закрытия ППН по технике выкраивания расширенного лоскута на задней перегородочной артерии (модификация техники Исама Алобида) и продемонстрировать его эффективность. Пациенты и методы. В период с 01.01.2022 по 01.08.2022 на базе ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ, клиники «Семейная» (Москва) были прооперированы 24 пациента с перфорацией перегородки носа в возрасте от 19 до 70 лет, у 10 из которых дефект перегородки закрыт с использованием комбинированной техники с отворотом краёв перфорации и выкраиванием лоскута на задней перегородочной артерии. При поступлении большинство пациентов предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, свист при дыхании, ощущение сухости в носу. У всех пациентов из данной группы ППН имела ятрогенную природу. Размер дефекта варьировался от 0,9х1,2 см до 3,5х2 см. Края перфорации, как правило, были эпителизированы, костный остов позади дефекта в большинстве случаев отсутствовал. Все пациенты, имеющие большие послеоперационные дефекты ПН прооперированы с использованием техники выкраивания васкуляризованного лоскута на задней перегородочной артерии. Результаты. Для закрытия послеоперационных ППН нами разработана комбинированная техника, основанная на отвороте краёв перфорации (авторская методика), что позволяет закрыть дефект или уменьшить его размер, получить хорошую раневую поверхность (как ложе для большого васкуляризованного лоскута), а на другой стороне – с выкраиванием лоскута на ветвях задней перегородочной артерии (наша модификация техники доктора Исама Алобида). При выкраивании лоскута разрез производится по границе твердого и мягкого неба, далее уходит в нижний носовой ход. После чего ткани отсепаровываются вперед до края грушевидного отверстия. При этом обязательно, чтобы задняя часть перегородки была больше, чем ППН, потому что периост оставшейся части ПН служит в качестве питающей ножки лоскута, а основной пластический материал для закрытия забирается со дна полости носа. При выкраивании лоскута важно не проводить разрез слишком высоко, поскольку у края хоаны проходит задняя перегородочная артерия, при сохранении которой лоскут получает кровоснабжение не только от решетчатых артерий, но и от мощного дополнительного сосуда (задней перегородочной артерии). Пластика больших послеоперационных дефектов ПН у пациентов из представленной группы произведена с применением описанной выше техники. Контрольные осмотры пациентов были проведены через 1,3 и 6 месяцев после вмешательства. Через 6 месяцев ППН полностью закрыта, донорская зона забора лоскута восстановилась. Клинические проявления купировались. Выводы. Представленная техника пластического закрытия ППН имеет ряд преимуществ, которые обуславливают

рациональность её применения в клинической практике: операция производится с минимальной травматичностью для слизистой оболочки перегородки носа, что минимизирует риск развития реперфорации; для закрытия дефекта используется лоскут, получающий питание от крупных сосудов, что, безусловно, увеличивает вероятность благоприятных исходов в позднем послеоперационном периоде.

МЕТОДЫ ФИКСАЦИИ ПИРАМИДЫ НОСА ПРИ СОХРАНЯЮЩЕЙ РИНОПЛАСТИКЕ

Русецкий Ю.Ю., Чернова О.В.

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

В современной сохраняющей ринопластике существует проблема рецидива горба на спинке носа. В публикациях отечественных и зарубежных коллег предложены маневры, направленные на максимальное распрямление горбинки при сохраняющей ринопластике (балерина манёвр), но публикация о костной фиксации мы не нашли. Предложенный нами способ фиксации костей пирамиды носа после полной круговой остеотомии позволяет удержать носовые кости в заданном положении, что особенно актуально при хирургии «кривых» носов.

ВЛИЯНИЕ ИНЪЕКЦИЙ СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ НА СВОЙСТВА КОЖИ ДОНОРСКИХ РАН У ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Рябков М.Г., Егорихина М.Н., Колошеин Н.А., Петрова К.С., Орлинская Н.Ю., Лузан А.С., Чарыкова И.Н., Арефьев И.Ю.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород

Введение. Стромально-васкулярная фракция (СВФ) и мезенхимальные стволовые клетки (МСК) жировой ткани потенциально способны стимулировать восстановление кожи в обширных инфицированных ранах. Количество лабораторно-экспериментальных подтверждений этой способности нарастает [Силина Е.В. и соавт., 2020]. Однако экстраполяция экспериментальных технологий в клинику затруднена: структура кожи и физиологических реакций лабораторных животных и человека существенно различаются [Lukomskij A.O. et al., 2022]. Необходимо преодолевать дефицит объективных клинических данных о влиянии СВФ и МСК на свойства новообразованной кожи у пациентов с обширными ранами. Гипотеза. Трансплантация СВФ с МСК аутологичной жировой ткани в раны донорской зоны (далее – РДЗ) у пациентов с глубокими ожогами ассоциирована с клинически значимым улучшением структурно-функциональных свойств новообразованной кожи. Цель. Оценить структурные и функциональные особенности свойств новообразованной кожи РДЗ после введения стромально-васкулярной фракции жировой ткани. Материал и методы. В проспективное плацебо-контролируемое клиническое

исследование включены 38 пациентов с глубокими термическими ожогами кожи на площади от 10 до 60 % (Ме [Q1;Q3] – 35 [30; 55] %). Этапы трансплантации: 1 – забор жировой ткани (липосакция); 2 – ферментная обработка жировой ткани, получение стромально-васкулярной фракции жировой ткани, обогащенной МСК; 3 – рандомизация участков РДЗ и введение препаратов (СВФ с МСК в исследуемый участок, 0,9% р-р NaCl в контрольный участок); 4 – через 10 суток контроль раневого процесса по данным теваметрии, кутометрии, термографии и гистоморфометрии. Для сравнения количественных показателей в группах применяли критерий Манна-Уитни, для сравнения качественных показателей – точный критерий Фишера. Результаты. На 10 суток после введения препаратов РДЗ были эпителизированы на 88 [84;92] % площади. Статистически значимых различий в площади эпителизации исследуемого и контрольного участков не выявлено ($p=0,106$). При этом функциональные характеристики кожи на исследуемом и контрольном участках ран различались: медиана показателя потери воды на исследуемых участках РДЗ составила 4 [3,5;6], на контрольном – 8 [5;9,5] у.е. ($p=0,004$). Эластичность новообразованной кожи на исследуемом и контрольном участках раны достоверно не различалась: показатель составил 77 [75; 97] и 76 [71;97], соответственно ($p=0,521$). Гистоморфометрия показала, что суммарная толщина эпидермиса и дермы в исследуемых участках ран была на 22 % больше, чем в контрольных участках ран ($p=0,046$) преимущественно за счет более выраженного эпидермального слоя. Выводы. Участки ран донорской зоны через 10 суток после инъекции СВФ с МСК достоверно отличались от контрольных участков меньшей проницаемостью для воды и большей глубиной новообразованной кожи. Работа выполнена в рамках реализации «Приоритет-2030».

МОДЕЛИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ НЕВРОПЛАСТИКИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ПАРАЛИЧАХ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИПСИЛАТЕРАЛЬНОЙ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА И КРОСС-ЛИЦЕВОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ЩЕЧНОЙ ВЕТВЬЮ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИКРОНОЖНОГО НЕРВА ГОЛЕНИ

Саидова З. Т.-А., 2. Шток А.В., 3. Курбанова З.В., 4 Цыганов С.Е., 5. Добровольский Г.Ф.

«Институт пластической хирургии и косметологии», ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н. Н. Бурденко» Минздрава России, ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ «Городская клиническая больница №4 Департамента здравоохранения города Москвы»

Введение. По данным ВОЗ поражения лицевого нерва занимает второе место в патологии периферической нервной системы и первое место среди поражений черепных нервов. Ежегодно выявляется от 20 до 30 случаев лицевого паралича на 100 000 населения, в равной степени среди мужчин

и гелеомы – 5, поздняя гематома – 1). В 5 случаях имелись крайне редкие новообразования: анапластическая Т-крупноклеточная лимфома – 2 случая; десмоид – 2, плоскоклеточный рак – 1. Отдельно изучена группа с РМЖ. Средний возраст – 45 лет. Интервал времени между аугментацией и диагностированием рака составил от 2 до 15 лет, средний статистический показатель – 10 лет. При аугментации применяли импланты следующих фирм: Mentor – в 4 случаях, Allergan – в 12 случаях, Arion – в 2 случаях; PIP – в 2 случаях; не установлена фирма изготовителя – 5 случаев. Выбор варианта операции определялся двумя факторами необходимостью соблюдения принципа онкологического радикализма и получения удовлетворительного эстетического результата. Учитывая локальный характер поражения и благоприятные характеристики новообразования, у 10 больных выполнена резекция молочной железы, включающая удаление опухоли с прилегающей паренхимой молочной железы, проекционного лоскута кожи. Одним из главных условий для выполнения подобных операций являлось достаточное количество и подвижность покровных тканей, позволяющих получить удовлетворительный эстетический результат. 12 больным выполнена – подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией силиконовым эндопротезом. В 3-х случаях, в связи с близким расположением к сосково-ареолярному комплексу и риском наличия атипичных клеток в соске – выполнено удаление САК – кожно-сохранная операция с одномоментной реконструкцией тканевым экспандером, с последующей отсроченной заменой на постоянный эндопротез. В решении вопроса об объеме регионарной лимфаденэктомии применяли стандартный подход, учитывающий стадию заболевания. Биопсию «сторожевого» лимфатического узла – 18 случаев, регионарная лимфаденэктомия выполнена – в 7 случаях. Во всех случаях с редкими новообразованиями – крупноклеточной лимфомой и десмоидами выполнены операции с удалением имплантов. Выводы. В поздние послеоперационные сроки после выполненной аугментации МЖ возможно развитие различных патологических процессов, как доброкачественных в виде гранулем, фиброаденом, так и злокачественных – рака МЖ, а также редких форм опухоли. Диагностика новообразований на фоне имплантата имеет свои технические особенности. Обязательна верификация путем трепанбиопсии по специальной методике, которая должна выполняться квалифицированным диагностом в специализированном учреждении. При выборе варианта хирургического вмешательства необходим персонифицированный подход.

ОТКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЭСТЕТИКИ И ФУНКЦИИ

Саутин М.Е., Газимиева Б.М., Заволович Ю.Д.
Европейский медицинский центр, Олимп Клиник, Москва

Цель: создать протокол реконструктивных вмешательств при травматических повреждениях пальцев кисти для достижения максимального функционального и эстетического результата лечения. Задачи работы: определить последовательность действий при реконструктивных вмешательствах на пальцах кисти. Определить пред-

почтительные временные промежутки при выполнении вмешательств. Предложить материалы для интраоперационного применения для предотвращения интраоперационных осложнений. Материалы и методы В Европейской клинике спортивной травматологии и ортопедии Европейского медицинского центра, и Олимп Клиник за период с 2014 по 2022 год был прооперирован 131 пациент с открытыми повреждениями пальцев кисти. Среди пациентов 65 детей в возрасте от 1 до 17 лет. Травмам чаще подвержены мужчины, чем женщины (61% мужчины против 39% женщины) Хирургическое лечение в 91% 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 (подногровая гематома, флотация ногтевой пластины, нестабильность ногтевой пластины) была рекомендована ревизия с последующим восстановлением поврежденных структур ногтя. При массивных повреждениях с потерей мягких тканей с пациентом обсуждали варианты замещения дефекта при помощи лоскута. 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 пальца крайне болезненно воспринимаются пациентом. Это приводит не только к эстетическим последствиям, но и функциональной дисфункции. Кисть является не только органом взаимодействия с внешней средой, но ее состояние является важным косметическим фактором. 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, шовный материал для восстановления микроструктур и для шва кожных повротов. Оптимальным шовным материалом для выполнения шва ногтевого ложа у детей и взрослых стал PDS 6-0 и PDS 7-0 для детей до 5 лет. Для шва кожных повротов оптимально использовать PDS 5-0. 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. Воссоздание эстетически важных элементов пальца как ногтевой валик, создание формы ладонной поверхности ногтевой фаланги. Выводы: Хирургическое лечение повреждений пальцев кисти следует проводить в срочном порядке, создавая таким образом исходно благоприятные условия для заживления. Повреждение ногтевого ложа – частая сопутствующая патология при травмах дистальной фаланги Восстановление различных элементов пальца кисти – важный фактор любого хирургического вмешательства, направленный не только на функциональное, но и эстетическое восстановление пальца. Применение рассасывающегося материала PDS 5-0, 6-0 и 7-0 приводит к оптимальным результатам и соответствует требованиям, предъявляемым для восстановления анатомии. Применение различных локутов и из

комбинации должно быть направлено не только на восстановление функции пальца, но и на максимальное воссоздание эстетики.

ПРИНЦИПЫ ОМОЛОЖЕНИЯ ШЕЙНО-ПОДБОРОДОЧНОГО УГЛА

Силкина К.А.

клиника «Елена», Новосибирск

Введение: Основная проблема в получении хорошего результата омоложения лица и шеи заключается в правильном диагностировании существующих возрастных изменений. Современный уровень развития пластической хирургии предлагает нам множество способов омолодить шею, это и липосакция, и пересечение тяжей платизмы (всей платизмы или переднего ее края), и корсетная платизмапластика, и латеральная суспензия, фэйслифтинг или только медиальная платизмапластика, Z или W-пластика шеи и т.д. Кто-то выбирает для себя один способ и использует его при любой степени старения, кто-то пробует разные, но все могут получить не такой предсказуемый результат, на который рассчитывали. Цель работы: улучшение результатов хирургической коррекции возрастных изменений лица. Разработка единой структуры вариантов омоложения и предсказуемым результатом. **Материалы и методы:** Мы хотим представить опыт нашей клиники в лечении возрастных изменений и рассмотреть варианты применения разных методик при преобладании той или иной анатомии у пациента. Опираясь на классификацию Dedo, мы ограничиваем или расширяем хирургическую агрессию. Красивая, молодая шея подразумевает наличие четкой шейно-подбородочной тени, выраженный шейно-подбородочный угол с максимальной точкой излома в области подъязычной кости, отсутствие визуализации поднижнечелюстных слюнных желез. Идеально, если на коже вертикальной части шеи отсутствуют горизонтальные линии заломов. На консультации мы выясняем потребности пациентки и какой результат она считает для себя желательным. Превзойти его можно, получить меньше-нет. Некоторые пациентки слишком боятся большой операции, типа фэйслифтинг, но имеют в голове представление, что липосакция, нитевой лифтинг, face-tite, агрессивные лазеры или дермабразия не являются полноценными операциями и на них легко соглашаются. Если имеются все показания для максимального объема вмешательства, но пациентка отказывается от него, то мы вынуждены менять план операции в сторону уменьшения объема. Иногда, пациентки вдохновляясь результатом и относительной легкостью изменений, через некоторое время соглашаются на больший объем. Принципиально необходимо помнить, что шея и лицо-продолжаются друг в друга смас-слоем, они по сути стареют единой системой и коррекция одного без другого практически невозможна. Также коррекция глубоких структур может минимально отразиться на качестве кожи и обещать разглаживание морщин даже при самых инвазивных вмешательствах нецелесообразно. При 1 классе старения возможны аппаратные методики омоложения. Если пациентка не удовлетворена ими, то хороший результат опосредованной коррекции ШПУ дают эндо-

скопические лифтинги. Класс 2 при кажущейся простоте нуждается в фэйслифтинге, это может быть или короткорубцовый лифтинг или полный. Медиальная платизмапластика необходима в случаях гипертрофии или выпадения поднижнечелюстной слюнной железы. При 3 классе возможно проведение липосакции подбородка с положительным результатом, особенно помогает в сокращении кожи сочетание липосакции с методиками прогрева тканей. При птозе подчелюстных слюнных желез показана медиальная платизмапластика с резекцией слюнных желез. Класс 4: медиальная платизмапластика, с резекцией слюнных желез, если они пролабируют; лифтинг лица и шеи. Класс 5: все то же, но с выдвижением подбородка гениопластикой или имплантом. Класс 6: лифтинг лица и шеи с глубокой пластикой шеи. **Результаты:** У всех пациентов был получен удовлетворяющий их эстетический результат. В случаях применения эндоскопического лифтинга средней зоны лица для опосредованной коррекции ШПУ, мы столкнулись с проблемой непринятия новой внешности нашими пациентками. Также мы получили 1 случай гипертрофии и значительного расширения рубца. В нескольких случаях наблюдали парез лобной ветви, в 2-х случаях парез щечной ветви лицевого нерва, с одной стороны. В одном случае при полном пересечении платизмы получили дискинезию краевой ветви нижней челюсти предположительно из-за повреждения шейной ветви лицевого нерва и наличия комиссур между указанными ветвями. Все случаи парезов разрешились в течение 3 месяцев при терапевтическом лечении. Ни одного случая паралича не наблюдали. **Выводы:** Мы убедились в жизнеспособности используемой классификации.

РАЗМЕТКА ВНУТРЕННЕГО УГЛА ПРИ ВЕРХНЕЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННЫМИ ИЗБЫТКАМИ КОЖИ

Сковородникова И.В.

ООО Клиника микрохирургии глаза «Евростиль», Барнаул

Введение: Блефаропластика — операция с высокими стандартами эстетических результатов. Основная задача — избежать каких-либо осложнений. Важны детальное знание анатомии век, орбиты и параорбитальной области, щадящие манипуляции с тканями во время операции, правильное и аналитическое предоперационное планирование, реалистичные ожидания хирурга и пациента, а также правильное и безопасное использование технологии со всеми необходимыми мерами безопасности. Серьезные осложнения возникают редко, при условии, что вышеперечисленные факторы хорошо изучены и реализованы. Однако их появление может привести к серьезным функциональным или косметическим повреждениям. Более того, незначительные осложнения являются следствием недооценки мелких и простых моментов со стороны хирурга. Предоперационная маркировка и планирование хода операции — важнейшие этапы проведения операции. При нанесении контуров удаляемого лоскута особое внимание необходимо уделить углам предполагаемого разреза. В большинстве источников говорится об иссечении кожи по границе нависающей кожной складки, но не сказано, как точно ее определить. Также,

не учитывается размер нависания при открытом веке. К сожалению, существующие подходы к верхней блефаропластике в настоящее время не исключают возможность возникновения осложнений в медиальной части верхнего века. Цель: предложить вариант дизайна разметки внутреннего угла кожи при блефаропластике верхних век, который может быть использован при наличии выраженных избытков кожи верхнего века. Материалы и методы: Нами предложен следующий вариант разметки медиального угла верхнего века при проведении верхней блефаропластике. Разметку выполняем сидя, для лучшей визуализации избытков кожи, без натяжения кожи верхнего века. Выполняем разметку двух линий разрезов – нижней в виде дуги, проходящей по тарзальной складке с изгибами под тупыми углами у внутреннего и наружного углов глаза, и верхней – по границе нависающей кожной складки. При открытых веках отмечаем нижнюю границу избытка кожи внутреннего угла и соединяем эту линию с нижней линией предполагаемого разреза. Используя предложенный способ разметки верхних век при проведении верхней блефаропластики, нами было прооперировано в период 2020-2022гг 620 пациентов. Для оценки долгосрочной удовлетворенности пациентов было проведено телефонное интервью со 100 пациентами, выбранными случайным образом, чья операция была проведена не менее 6 месяцев назад, участники были отобраны в алфавитном порядке из списка пациентов, перенесших верхнюю блефаропластику в 2020 и 2021 году. Пациентов спрашивали об их общей удовлетворенности операцией (очень удовлетворены, удовлетворены, недовольны) и степени видимости их шрамов (незначительные, заметные). Результаты опроса случайной выборки пациентов: очень довольны результатом операции 82 пациента, довольны 16 пациентов, недовольны-2. Незначительная видимость шрама у 91 пациента и заметный шрам у 9 пациентов. Выводы: Предложенная модификация традиционного способа разметки блефаропластики включает в себя высокоточную коррекцию избытков кожи медиального угла верхнего века. Результаты операции оцениваем, как положительные и более естественные, чем у традиционной блефаропластики. Как функциональные, так и эстетические результаты были отличными, и никаких существенных осложнений не произошло.

ФОНОХИРУРГИЯ: ИЗМЕНЕНИЕ ВЫСОТЫ ГОЛОСА

Слущкая А.В.

Rambam Hospital, Хайфа

Актуальность. Сила, высота и тембр голоса обладают специфическими параметрами. Гармоничное соответствие голоса гендеру, возрасту, внешности, и самоощущению человека – неочевидная, но чрезвычайно важная проблема. Избыточная высота голоса у мужчин и андрофония у женщин (как у цисгендерных, так и у трансгендерных) могут вызывать снижение качества жизни и дестабилизацию психоэмоционального фона вплоть до развития тревожно-депрессивных расстройств или суицидального поведения. Цель. Проанализировать эффективность имеющихся хирургических методик долгосрочной коррекции голосовой функции. Изучить различные анатомические вариации

строения гортани и их связь с качеством и параметрами голоса. Материал и методы исследования. В выборку включены 64 пациента, которым в период с 2013 по 2021 проводилась хирургическая коррекция голосовой функции. 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 на различных этапах заместительной гормональной терапии. Для оценки изменений высоты голоса всем пациентам проводилась запись речи на диктофон до операции и после операции, в качестве речевых шаблонов использовались стихотворения. Проводилась оценка акустических параметров голоса до и после хирургического лечения. Также проводилось предоперационное 3D – моделирование анатомических структур гортани с последующей 3D-печатью смоделированного образца гортани конкретных пациентов. В качестве методов предоперационной визуализации нами использовались компьютерная томография (КТ) или эндоскопическое исследование гортани (видеоларингостробоскопия или фиброскопия). Пациентам были выполнены следующие виды хирургических вмешательств: тиреоластика III типа, тиреоластика IV типа и комплексная феминизирующая ларинголастика 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 (тиреоластика 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 тиреоластика 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.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНИКИ ПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА У ДЕТЕЙ

Спиранская О.А., Русецкий Ю.Ю.

ФГАУ НМИЦ «Здоровья детей» МЗ РФ, Москва

Перфорация перегородки носа – это патология которая достаточно хорошо изучена у взрослых пациентов. Но перфорация перегородки нередко встречается и в детском возрасте. Особенности хирургической тактики при закрытии перфорации перегородки носа, актуальные и подходящие именно для детей, описаны и изучены еще недостаточно. В детском оториноларингологическом отделении ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России было прооперировано

с использованием различных эндоскопических техник 75 детей с перфорациями перегородки носа. Возраст пациентов колебался от 6 до 17 лет, средний возраст 13,5 лет. У 45,1 % детей, наблюдались спонтанные перфорации, возможно в связи с привычкой самостоятельного туалета полости носа. В 31% случаях перфорации возникли у детей на фоне активного применения деконгестантов и интраназальных глюкокортикостероидов. Доказать точную связь применения упомянутых групп лекарств с образованием перфорации затруднительно. Травма носа была причиной перфорации в 7,3%, еще в 8,3% – дефект перегородки носа сформировался из-за инородного тела носа (батарея). В 8,3% случаях в анамнезе септопластика и коагуляция сосудов перегородки носа в связи с кровотечением.

Для закрытия перфорации перегородки носа мы использовали несколько техник: intranasal bipediced advancement flap, sublabial mucosal flap, Anterior ethmoidal artery septal flap, cross-septal returned flap, inverted edges technique, free temporal fascia graft, Superior spenoethmoidal septal flap.

Период послеоперационного наблюдения детей составляет от 3 недель до 87 месяцев. Эффективность пластического закрытия перфорации перегородки по всем техникам составила 83%.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВТОРИЧНОГО ПТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОБСТВЕННОЙ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ

Стефкивская О.В., Жуков М.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность. По статистике международных организаций пластической хирургии, аугментационная маммопластика занимает лидирующие позиции во всем мире. Проблемы осложнений пластических операций по аугментации молочных желез, на сегодняшний день, чрезвычайно актуальны, о чем свидетельствует большое количество повторных обращений пациенток и количество публикаций в специализированных изданиях. Мировой опыт проведения увеличивающих маммопластик дает возможность анализа многолетних отдаленных результатов. Поэтому поиск путей коррекции осложнений аугментационной маммопластики продолжает быть актуальной. Одним из часто встречаемых осложнений отдаленного послеоперационного периода является вторичный птоз молочных желез. Данный вид осложнений ранее разделен на несколько подвидов, с чем связана разница в хирургической тактике. Многолетний опыт нашей работы по хирургической коррекции вторичного птоза после аугментационной маммопластики включал использование соединительнотканной капсулы имплантата. Материалы и методы: Нозологическими формами, при которых применялись методики коррекции различных видов вторичного птоза являлись: «snoopy breast», «ball – in – sock», «bottoming out». С 2020 по 2022 гг. прооперировано 54 пациентки различными видами вторичного птоза после аугментационной маммопластики, возраст: от 25 до 48 лет. Все пациентки разделены на три группы: первая («ball – in – sock» -26 человек), вторая («snoopy breast» – 19 человек), третья («bottoming out» –

9 человека). Всем пациенткам была предложена техника моделирования соединительнотканной капсулы в различных интерпретациях с и без замены имплантата. В некоторых случаях с использованием полипропиленовой сетки, а также метода липофилинга. Результаты и обсуждение: Были определены критерии оценки, на основании которых проводился отбор пациенток для конкретной хирургической тактики: 1. Степень птоза молочных желез. 2. Отношение пациентки к конкретной группе вторичного птоза. 3. Наличие или отсутствие капсулярной контрактуры. 4. Оценка состояния исходного имплантата. 5. Оценка состояния покровных мягких тканей. 6. Наличие или отсутствие инфекционных процессов в анамнезе. 7. В случае реимплантации, оценка возможных оптимальных параметров имплантатов для пациентки. 8. Подбор возможных дополнительного методов коррекции: применение проленовой сетки, липофилинга, малоинвазивной мастопексии. В процессе хирургической коррекции использовалась собственная фиброзная оболочка имплантата с целью фиксации молочной железы более краниально на полипропиленовую сетку, как варианта вертикальной ретромаммарной мастопексии. Далее осуществлялась субпекторальная установка правильно подоранного имплантата, формировалась дубликатура нижних листков фиброзной капсулы. Операция завершалась периареолярной мастопексией. Анализ исходной ситуации и причины возникновения вторичного птоза в виде «ball – in – sock», изучение инваляционных изменений, дают понимание о целесообразности комплексной оценки, на основании которой определяется наиболее оптимальная для конкретной пациентки хирургическая тактика. Выводы. Применение хирургического лечения вторичного птоза молочных желез после аугментационной маммопластики с использованием собственной фиброзной капсулы, позволило внедрить в нашу практику хирургические техники, расширяющие возможности коррекции с более стабильным и эффективным результатом в отдаленном периоде.

ВТОРИЧНАЯ ПОДТЯЖКА ЛИЦА И ШЕИ: ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ МЕТОДИКИ

Тарасенко В.С.

АО «Медицинский центр РАМИ», Санкт-Петербург

С развитием эстетической хирургии лица увеличивается частота обращений после выполненных ранее подтяжек лица и шеи. Разнообразие существующих методик пластики лица и шеи усложняет выбор оперативного вмешательства в данной группе пациентов. Цель исследования: определить оптимальный алгоритм выбора методики вторичной подтяжки лица и шеи. Материалы и методы: выполнен анализ 109 наблюдений вторичных/третичных подтяжек лица и шеи, выполненных автором в период с 2015 по 2022 год. Пациенты были разделены на группы по срокам обращения, типам ранее выполненных операций. Произведён ретроспективный анализ интраоперационных особенностей, послеоперационных осложнений. Субъективная оценка результатов проводилась при помощи «шкалы удовлетворенности». Результаты и выводы: тип выполненных ранее оперативных вмешательств удалось достоверно установить

до операции лишь у 35% пациентов. Рубцовые изменения, затрудняющие подкожную диссекцию, наблюдались у 20 пациентов. Грубое рубцевание на уровне SMAS встречалось чаще (46 пациентов). Самые частые затруднения возникали с выделением подкожной мышцы шеи в латеральной части после ранее выполненной липосакции в области шеи, при этом отмечалось снижение прочности платизмы (разрывы и разволокнения) даже при минимальном ее натяжении. С учетом полученных данных, при вторичных подтяжках преимущество имеет глубокий композитный лифтинг или пликация SMAS. Наибольшая удовлетворенность результатами выявлена у пациентов, после первичной подтяжки у которых прошло 5 и более лет.

ВЗГЛЯД ОФТАЛЬМОЛОГА НА ПРОБЛЕМУ ХЕМОЗА КОНЪЮНКТИВЫ ПОСЛЕ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ

Твердова Д.В., Бацева Л.Р., Соголовская Е.Е., Сахнов С.Н.
*ФГАУ НМИЦ МНТК Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова
 Краснодарский филиал, Краснодар*

Цель: определить эффективность предложенной схемы лечения хемоза конъюнктивы после блефаропластики. Материалы: 27 пациентов обратились с жалобами на чувство дискомфорта, раздражения глаз, «слезостояния», неполного закрытия век при моргании и во время сна, ощущения сухости в глазах. В анамнезе у 17 пациентов (34 глаза): одномоментная верхняя и нижняя блефаропластика, у 10 пациентов (20 глаз) расширенная нижняя блефаропластика с лифтингом средней зоны лица. По степени выраженности хемоза: легкий – 6 глаз, умеренный – 40 глаз, тяжелый – 8 глаз. При биомикроскопии в синем свете с окрашиванием глазной поверхности вовлеченность роговицы на 48 глазах. Выявлен ССГ (синдром сухого глаза) на 54 глазах (100 проц). При опросе только 15 пациентам после операции хирургом назначена кератопротекция – декспантенол гель. В нашей клинике выполнено: вскрытие пузырей хемоза при средней и тяжелой степени выраженности с обязательным вскрытием субконъюнктивы в нескольких точках с последующей инъекцией раствора дексаметазон + лидокаин. При тяжелой степени и лагофтальме более 2,5 мм – временная частичная блефарорафия. Тейпирование, массаж параорбитальной зоны, инъекции дипроспана по ходу лимфодренажных путей. Назначены инстилляции: гормонального препарата, кератопротекторы, увлажнители с гепарином по схеме. Контроль внутриглазного давления. Результаты. В зависимости от выраженности послеоперационного хемоза конъюнктивы схема и сроки лечения варьировались от 1,5 недель до 4-6 месяцев. Все пациенты отмечали уменьшение жалоб. Биомикроскопия с окрашиванием отразила положительную динамику состояния глазной поверхности, уменьшилась степень тяжести ССГ. Выводы. Профилактика хемоза – щадящая хирургия, предоперационное выявление и лечение ССГ и конъюнктивохалазиса. Адекватность схем послеоперационных инстилляционных назначений и физиопроцедур, своевременность устранения пузырей хемоза уменьшает риски вовлечения органа зрения в патологический процесс и облегчает период реабилитации как для пациента, так и хирурга.

ОРТОПЛАСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ХИРУРГИИ АРТРОЗА 1 ЗАПЯСТНО- ПЯСТНОГО СУСТАВА КИСТИ

Фартдинов М.Ф., Муллин Р.И., Панков И.О.
*Казанская государственная медицинская академия филиал
 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Государственное автономное учреждение «Республиканская клиническая больница министерства здравоохранения Республики Татарстан», Казань*

Артроз первого запястно-пястного сустава или ризартроз весьма распространен среди современных проблем кистевой хирургии. По данным различных авторов, данная патология составляет 5 % от всей патологии кисти. Заболевание развивается как вследствие перенесенных травм области запястно-пястного сустава (переломы, вывихи, повреждение связочного аппарата), так и идиопатически. Чаще страдают женщины, поражая все более молодые слои населения. «Золотым стандартом» лечения артроза любой локализации является базовая схема, состоящая из физиотерапевтических процедур, применения анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, хондропротекторов, глюкокортикостероидов и в большинстве случаев заканчивается различными методиками хирургического лечения. Классические методики хирургического лечения ризартроза несут собой высокую хирургическую агрессию, оставляют заметные «следы» проведенной операции и требуют длительной реабилитации, что нередко заставляет пациентов отказаться от лечения. Сложность анатомического строения, многообразие движений и высокие функциональные требования, предъявляемые к 1 пальцу кисти, обуславливают необходимость максимально точного, бережного и малоинвазивного выполнения хирургических манипуляций данной области. В качестве дешевого и безопасного биологического стимулятора, действующего на всю цепочку регенерации, в современной клинической практике активно применяется обогащенная тромбоцитами плазма (Platelet rich plasma- PRP), содержащая в своих альфа-гранулах многочисленные факторы роста, влияющие на процессы коллагенеза, хондрогенеза, остеогенеза, улучшение микроциркуляции и метаболизма, усиление питания и кислородного обмена, повышение местного иммунитета и противовоспалительного эффекта. В отделении травматологии №2 (микрохирургии) ГАУЗ РКБ МЗ РТ в период с 2016 по 2022 год проходили стационарное лечение 22 пациентов с диагнозом артроз первого запястно-пястного сустава. Из них 15 женщин и 7 мужчин. Средний возраст составил 45 лет. В 14 случаях артроз являлся посттравматическим, в 8- идиопатическим. Нами был предложен малоинвазивный хирургический метод лечения артроза 1 запястно-пястного сустава в сочетании с клеточной терапией -инъекциями PRP (Патент №2662896). С целью улучшения локального кровоснабжения и провокации околосуставной регенерации производится закрытая субхондральная туннелизация спицей Киршнера от диафиза до основания 1 пястной кости под рентгенологическим контролем. Затем производится интра- и паратрикулярная инъекция PRP в объеме 3 мл. Первый палец фиксируется ортезом жесткой фиксации или гипсовой лонгетой на 10 суток. Инъекции PRP

повторяются на 4 и 8 сутки. На 10 сутки назначается стандартный курс физиотерапии. Весь курс лечения проводится амбулаторно. Оценка результатов лечения на сроке до 1 года показала хорошие исходы лечения во всех случаях. Болевой индекс визуально-аналоговой шкалы снизился с 7 до 1 балла, субъективная оценка по вопроснику DASH снизилась с 55 до 10 процентов. Таким образом, применение инъекций плазмы обогащенной тромбоцитами в сочетании с закрытой субхондральной туннелизацией пястной кости является перспективным, новым и малоинвазивным методом лечения артроза 1 запястно-пястного сустава, способствует снижению болевого синдрома и восстановлению активности кисти, а так же не оставляет заметных рубцов на кисти, что является важным эстетическим аспектом для пациентов.

ВЫБОР ТРАНСПЛАНТАТА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО КОНЧИК НОСА

Фетисов И.С., Грачев Н.С.

Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО МГУПП МИНО, Москва

Внешний вид кончика носа, его положение и форма являются одним из ключевых компонентов оценки качества проведенной современной ринопластики. Наибольшее распространение в ринопластике получили свободный трансплантат, устанавливаемый между медиальными ножками нижних латеральных хрящей, так называемый колумеллярный страт и односторонний трансплантат удлиняющий четырехугольный хрящ различной формы. Мы поставили цель оценить эффективность применения двух видов поддерживающих трансплантатов для формирования кончика носа. Нами проанализированы случайно выбранные 20 пациентов, которым была проведена ринопластика в нашей клинике. Эти пациенты были поделены на две группы в каждой было 10 человек. В первой группе пластика кончика носа проводилась с использованием свободного трансплантата между медиальными ножками нижних латеральных хрящей, во второй группе пластика кончика носа проводилась с использованием одностороннего трансплантата, удлиняющего четырехугольный хрящ треугольной формы. Во всех группах были только женщины в возрасте от 18 до 45 лет. Всем пациентам проводилась первичная ринопластика с подхрящевым доступом без пересечения колумеллы, проводилось уменьшение объема кончика носа, увеличение носогубного угла, удаление костно-хрящевой горбинки, симметризация носа. Во всех случаях пациенты проходили стандартный осмотр носа, проводилось фотографирование согласно общепринятым рекомендациям перед операцией и не ранее чем через 12 месяцев после операции. Мы провели анализ фотографий пациентов до и после операции. Оценку результатов операции проводили по следующим параметрам: носогубный угол, симметрия кончика носа, симметрия колумеллы, симметрия крыльев носа, наличие выступов в области каудального отдела четырехугольного хряща, наличие выступов в надкончиковой зоне, наличие провалов или углубление в надкончиковой зоне. Мы получили следующие результаты. В первой группе через 12 месяцев

после операции носогубный угол вернулся к изначальному 3 пациентов, стал меньше чем планировался у 5 пациентов, симметрия кончика носа нарушена у 4 пациентов, симметрия колумеллы нарушена у 3 пациентов, симметрия крыльев носа у 5 пациентов, наличие выступов в области каудального отдела четырехугольного хряща у 2 пациентов, наличие выступов в надкончиковой зоне у 0 пациентов, наличие провалов или углубление в надкончиковой зоне у 4 пациентов. Во второй группе через 12 месяцев после операции носогубный угол не вернулся к изначальному ни у одного пациента, стал меньше чем планировался у 3 пациентов, симметрия кончика носа нарушена у 3 пациентов, симметрия колумеллы нарушена у 2 пациентов, симметрия крыльев носа у 4 пациентов, наличие выступов в области каудального отдела четырехугольного хряща у 2 пациентов, наличие выступов в надкончиковой зоне у 2 пациентов, наличие провалов или углубление в надкончиковой зоне у 1 пациента. Анализ полученных данных показал, что использование одностороннего трансплантата, удлиняющего четырехугольный хрящ треугольной формы по сравнению со свободным трансплантатом между медиальными ножками нижних латеральных хрящей, позволяет сохранять носогубный угол более стабильным, не отличается значимо по частоте возникновения асимметрий кончика носа в различных отделах. Возникновение неровностей в области надкончиковой области и уменьшение носогубного угла у пациентов второй группы был связан со смещением удлиняющего трансплантата, что могло быть связано с недостаточно надежной фиксацией к четырехугольному хрящу, поскольку такие нарушения мы выявили у пациентов, которые были прооперированы в самом начале нашего исследования и тогда методика была нами недостаточно отработана. Таким образом можно сделать вывод, что использование одностороннего удлиняющего четырехугольный хрящ трансплантата в пластике кончика носа является предпочтительнее по сравнению со свободным трансплантатом между медиальными ножками нижних латеральных хрящей, и позволяет добиться более стабильного и предсказуемого результата операции в отдаленных сроках.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПТОЗА ВЕРХНЕГО ВЕКА НА ОСНОВЕ ДИНАМОМЕТРИИ

Филатова И.А., Кондратьева Ю.П., Шеметов С.А., Трефилова М.С.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней имени Гельмгольца» Минздрава России, ул. Садовая-Черногрозская 14/19105062, Москва, Москва

Блефароптоз (БП) – патологическое состояние, при котором положение верхнего века смещается книзу при первичном положении взгляда. Цефалгия, снижение остроты зрения, изменение поля зрения, появление вынужденного положения головы — это лишь часть осложнений, развивающихся вследствие анатомического и морфологического изменения леватора верхнего века. Птоз верхнего века может быть врожденным и приобретенным, при этом расовых и гендерных закономерностей нет. Согласно различным исследова-

ниям, распространенность птоза у детей составляет 1-2%, а у взрослых – 10%. По этиологии, он может быть нейрогенный, миогенный, апоневротический или механический. При врожденном птозе около 20-70% пациентов имеют амблиопию. Хирургическая операция по устранению птоза верхнего века может быть сложной задачей для врача, даже для самого опытного глазного и лицевого пластического хирурга. Согласно литературным данным, частота повторных операций в большинстве случаев приобретенного птоза варьируется от 5% до 35%. Для минимизации повторных операций и усовершенствования послеоперационной симметрии, необходима детальная предоперационная диагностика. Цель работы: оптимизация выбора тактики хирургического лечения птоза верхнего века на основании предоперационных динамометрических данных. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: на базе ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» в отделе пластической хирургии и глазного протезирования с 2021г. по 2022г. было проведено динамометрическое исследование леватора верхнего века с измерением его сократительной способности и утомляемости у 85 пациентов. Двусторонний птоз верхнего века выявлен у 19 пациентов (22,4%), односторонний – 66 пациентов (77,6%). Всем пациентам было проведено оперативное лечение в зависимости от вида птоза верхнего века и функционирования леватора верхнего века. Возраст пациентов составил от 5 лет до 71 года, мужчин – 31,7%, женщин – 68,3%. Врожденный птоз верхнего века выявлен в 55,3 % случаев (47 пациентов), приобретенный – 44,7% случаев (38 человек). Всем пациентам проведено стандартное комплексное офтальмологическое обследование. Всем пациентам проводили динамометрическое исследование с использованием устройства для определения сократительной способности и утомляемости леватора верхнего века, состоящее из набора металлических грузиков. РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: в результате предоперационного динамометрического исследования при птозе верхнего века: сократительная способность составила от 0,8гр. до 1,5 гр., утомляемость – от 0,8гр. до 3,0гр. Проводен расчет динамометрического индекса (ДИ): отношение сократительной способности к утомляемости. При величине ДИ = 0,25 и менее выполнялась пластика апоневроза леватора, при ДИ = 0,26-0,28 – резекция леватора, при ДИ = 0,29-0,65 – обратная дубликатура леватора верхнего века, при ДИ = 0,66 и более – подвешивающую операцию к брови. Была выявлена разница в сократительной способности и утомляемости леватора верхнего века при приобретенном и врожденном птозе верхнего века, а также различие между показателями на глазах у пациентов при птозе на одном глазу. Выявлена закономерность полученных динамометрических данных с методом хирургического лечения птоза верхнего века. В послеоперационном периоде во всех случаях был отмечен положительный эффект по устранению одностороннего и/или двустороннего птоза верхнего века. У всех пациентов в раннем послеоперационном периоде в течение месяца, наблюдался лагофтальм в пределах 2 мм. Складки верхних век были симметричны и выражены. Критерием эффективности по коррекции птоза являлось положение края верхнего века по отношению к зрачку. При двустороннем птозе верхнего века, критерием хорошего результата было положение верхнего века на уровне или выше верхнего края зрачка, симметричность глазной щели на обоих глазах. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: 1. Расчет динамометрического индекса помогает получить данные по силе леватора

верхнего века, что способствует выбору адекватной тактики хирургического лечения. 2. Согласно полученным данным динамометрического исследования и выбора оптимального оперативного лечения птоза верхнего века, возможно получение лучших послеоперационных результатов за счет дифференцированного подхода к выбору тактики оперативного лечения птоза верхнего века.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕК

Филатова И.А., Шеметов С.А., Кондратьева Ю.П.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней им. Гельмгольца» МЗ РФ, Москва

Одним из тяжелых последствий травмы глаза является посттравматическое рубцевание тканей век, что приводит к нарушению их функционального и косметического состояния. Даже в исходе посттравматического периода рубцы могут привести к осложнениям со стороны органа зрения и негативно повлиять на качество жизни пациентов. Существуют различные методы лечения рубцов век как консервативные, так и инвазивные. В последние годы широкое распространение находит применение для регенеративных целей применение факторов роста, содержащихся в богатой тромбоцитами плазме (БотП). Наиболее перспективным, на наш взгляд, является применение лизата БотП, так как особенность технологии изготовления, позволяет долговременное хранение полученного персонализированного трансплантата. Цель: оценить эффективность применения лизата богатой тромбоцитами плазмы (БотП) при лечении пациентов с посттравматическими рубцовыми изменениями век. Материал и методы: Лечение проводили на базе ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» МЗ РФ в отделении пластической хирургии и глазного протезирования в течение 2019-2021гг. Клиническую группу составили 50 пациентов в возрасте от 13 до 67 лет ($m=38,6\pm 13,1$). Из них 91% – пациенты трудоспособного, молодого возраста. У пациентов имелись посттравматические рубцовые изменения тканей век, которые являлись причиной нарушения функционального и косметического состояния вспомогательного аппарата глаза. Пациентам проводили реконструктивно-пластические операции на веках с пластикой местными тканями (22 пациента) и с пересадкой свободного кожного лоскута (20 пациентов). Всем пациентам до начала хирургического лечения выполняли 1-3 инъекции БотП в рубцовые ткани в качестве подготовки рубцов к операции, а пациентам с пересадкой свободного кожного лоскута дополнительно в завершении операции проводили инъекции БотП вокруг пересаженного лоскута. Изготовление лизата БотП проведено на базе ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ. Полученный лизат БотП вводили в рубцовые ткани инъекционно. Для уменьшения неприятных ощущений у пациента, до введения проводили инфильтрационную анестезию раствором Лидокаина. Результаты. Положительный эффект от лечения (уменьшение плотности рубца, смещения рубцом окружающих тканей, разницы цвета рубцовых тканей и окружающей кожи, снижение ощущения дискомфорта и косметического дефекта у пациента) отмечали у всех пациентов (100%). 8 пациентов

отказались от реконструктивной операции после лечения с применением лизата БоТП (16%). У остальных пациентов (84%) в процессе последующего хирургического лечения отмечали изменения рубцовых тканей, которые облегчали течение реконструктивных операции (рубцовые ткани легче отсепаровывались от окружающих тканей, более выраженный эффект действия инфильтрационной анестезии, ткани были более эластичными и податливыми для перемещения). При дополнительном обкалывании пересаженного свободного лоскута лизатом БоТП отмечали более быстрое приживание лоскута, менее заметные границы и отсутствие сокращения лоскута. Обсуждение. Использование лизата БоТП показало свою эффективность при ремоделировании рубцовых тканей век. Через 3 месяца после инъекционного введения лизата БоТП у пациентов отмечали значительное улучшение косметического и функционального состояния век. Рубцы становились бледнее, мягче, менее отличались по цвету и плотности от окружающих тканей. Данные изменения тканей способствовали сокращению сроков выполнения реконструктивных операций на посттравматических рубцах и повышали эффективность проводимого реконструктивного лечения. Применение инъекций БоТП вокруг пересаживаемых свободных лоскутов на травмированных тканях способствовало благоприятному приживлению лоскутов без осложнений. Заключение: У всех пациентов наблюдали выраженную положительную динамику за счет улучшения процессов репарации и регенерации тканей после применения лизата БоТП, что облегчило выполнение отсроченных реконструктивно-пластических операций на веках, повысило их эффективность, улучшило условия приживания свободных кожных лоскутов при их пересадке и позволило сократить срок реабилитации пациентов при восстановлении функционального и косметического состояния вспомогательного аппарата глаза. 8 пациентов на фоне положительной динамики состояния рубца отказались от запланированных хирургических вмешательств, что позволяет рассматривать данный метод, в некоторых случаях, как альтернативу реконструктивным операциям.

МАЛАЯ ХИРУРГИЯ ВЕК РАДИОВОЛНОВЫМ МЕТОДОМ

Филатова И.А., Кондратьева Ю.П.

*Национальный медицинский исследовательский центр
глазных болезней им. Гельмгольца, Москва*

Новообразования кожи век являются актуальной проблемой современной офтальмологии, а частота доброкачественных образований достигает 80% случаев от общего количества новообразований глаз. В подавляющем большинстве случаев рост доброкачественных новообразований медленный при этом не вызывает жалоб у пациента, однако, в 1-20% случаев они способны к злокачественному перерождению. Сравнительный анализ различных методов хирургического лечения новообразования век позволяет выделить преимущество радиохрургического ножа аппарата Сургитрон. Учитывая частоту встречаемости доброкачественных новообразований и желание пациента иметь эстетический комфорт, мы решили провести обзор патологий и особенностей техники операций с помощью радиоволновой хирургии.

Цель работы – анализ хирургического лечения доброкачественных новообразований век с помощью радиоволновой хирургии.

Материалы и методы. Клиническую группу составили 248 пациентов (356 глаз), из них 51 – мужчин и 197 женщин, средний возраст — 39,4±4,1 года с доброкачественными новообразованиями век. Все пациенты обследованы на базе отдела офтальмопластической хирургии и глазного протезирования ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца». Показанием к оперативному лечению являлись: рост новообразований, клинические признаки прогрессирования, косметическая неудовлетворенность пациентов, а также боязнь онкологических заболеваний. Хирургическое лечение новообразования век выполняли с помощью радиоволнового аппарата Surgitron (США) в трех режимах: I режим – разрез без коагуляции ткани, II режим – легкая коагуляция и разрез, III режим – гемостаз тканей. В зависимости от вида патологии подбирали режим работы радиоволнового ножа и определенный электрод из базовой комплектации. Все манипуляции проводили под местной анестезией с использованием защитной линзы на роговицу глаза. Среди доброкачественных новообразований век особый интерес представляют: киста век, контагиозный моллюск, папилломатозное образование век, ксантелазма век. Кисты век – это доброкачественное анэхогенное новообразование век с жидким содержимым внутри и тонкостенной капсулой снаружи. Хирургическое лечение мы проводили с помощью радионож: линейный разрез кожи в режиме – I, после чего выделяли ее капсулу и резецировали, затем производили санацию и коагуляцию раны в режиме – III. Контагиозный моллюск – это заболевание невоспалительного генеза, вызванное ДНК-содержащим вирусом. Хирургическое лечение мы выполняли с небольшим захватом здоровой ткани (режим I), затем коагулировали «ложе» контагиозного моллюска (режим III). Папилломатозное образование век – это медленно растущие опухоли покровного эпителия с разной степенью дисплазии. Данный вид патологии мы удаляли в режиме – II, затем коагулировали в режиме – III (с захватом здоровой ткани). Ксантелазма от греческих слов xanthos – золотисто-желтый и elasma – пластинка, рост ее чаще наблюдается на верхнем веке у внутреннего угла глаза. Разрез кожи выполняли в режим – II, затем иссекали ее блоком, коагулируя питающие сосуды (режим III), при необходимости выполняли пластику кожи век. Фрагменты, резецированные во время операции, подвергали стандартному гистологическому исследованию на базе института. Срок наблюдения составил от 1 месяца до 3 лет.

Результаты и обсуждение. По обращаемости в отдел у преобладающего числа пациентов выявлены кисты век 147 глаз (41,3%), папилломы век – 106 (29,8%), ксантелазмы век – 83 (23,3%), контагиозный моллюск – 20 (5,6%). При выполнении хирургического лечения интраоперационных осложнений выявлено не было, ранний послеоперационный период сопровождался небольшим отеком век и местной воспалительной реакцией, нежный рубец формировался на 7-10 сутки. После хирургического лечения кисты век и ксантелазмы оставался линейный рубец от 2-4 недель, после папилломатозного образования и контагиозного моллюска – от 2-6 недель. По результатам гистологического исследования в 100% случаев диагноз совпадал с клинической картиной и соответствовал до-

брокачественным новообразованиям век. У всех больных за весь период наблюдения сохранялись высокие зрительные функции, все пациенты были удовлетворены косметическим эффектом.

Выводы. Применение радиоволнового метода в разделе «малой хирургии» позволяет достичь хорошие анатомо-функциональные результаты, сократить время реабилитации послеоперационного периода при этом сохраняя эстетический комфорт пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ МАДЕЛУНГА

Филлипов В.Л., Богов А.А., Андреев П.С., Топыркин В.Г.

Республиканская клиническая больница, Травматологический центр МЗ РТ, Казань

Одним из заболеваний опорно-двигательного аппарата диспластического генеза является болезнь Маделунга, характеризующаяся хроническим подвывихом кисти и штыкообразной деформацией лучезапястного сустава. Проблема хирургического лечения болезни Маделунга до настоящего времени остается актуальной. Предложенные методики лечения, включающие различные варианты остеотомии костей предплечья, клиновидную резекцию лучевой кости с одновременной резекцией головки локтевой кости. Все эти методики не всегда позволяют получить удовлетворяющий функциональный результат из-за последующего не редко возникающего рецидива данного заболевания. В настоящее время применяется более простой и физиологичный метод лечения болезни Маделунга с использованием дистракционного остеосинтеза, направленный на удлинение лучевой и устранение вывиха головки локтевой кости. Для дистракции используется аппарат Илизарова, состоящий из 2-х колец и дуги. Этот метод подразумевает открытое оперативное вмешательство. Мы предлагаем менее инвазивный метод устранения деформации Маделунга с применением дистракционного остеосинтеза закрытым способом.

Клинический пример. Пациентка К. 20 лет, поступила в отделение травматологии № 2 с жалобами на боли и деформацию левого лучезапястного сустава. При опросе выявлено, что начальные признаки деформации были обнаружены в возрасте 11-13 лет. При клиническом осмотре у пациентки наблюдались характерные компоненты деформации. При анализе рентгенограммы осуществили измерение радиоулярного угла на стандартных рентгенограммах костей предплечья, оценивали продольные оси костей предплечья. Компьютерная томография с реконструкцией позволила оценить величину торсии лучевой кости и форму суставной поверхности лучевой кости. 75 Операция выполнялась следующим образом: произвели закрытую остеоклазию в сагитальной плоскости параллельно зоне роста, что позволяет в послеоперационном периоде в процессе дистракции одновременно с удлинением луча приподнять опущенный ладонный край суставной площадки дистального эпифиза, сохраняя при этом взаимное прилегание фрагментов. Для дистракционного остеосинтеза использовали дистракционный аппарат Илизарова, состоящий из двух колец. Далее

приступили к дистракции на 3 сутки по 0,25 мм 2 раза в сутки. Проводили дистракцию до полного восстановления соотношений лучевой и локтевой костей и выведения лучевой кости в правильное положение. После окончания дистракции стабилизировали предплечье аппаратом до формирования регенерата в течение 5 недель. Аппарат Илизарова был демонтирован после уплотнения регенерата. У всех четырех пациентов, прооперированных предложенным нами методом, удалось получить полное восстановление функции в лучезапястном суставе с устранением болевого синдрома.

Выводы: 1. Основными компонентами нарушения функции зоны роста лучевой кости, наряду с укорочением и деформацией в области метафиза, являются деформация диафизарной части и торсия лучевой кости, которые необходимо учитывать при планировании хирургического вмешательства. 2. Устранение деформации с использованием дистракционного остеосинтеза закрытым способом позволило во всех наших наблюдениях восстановить правильные соотношения в лучезапястном суставе, устранить болевой синдром и улучшить функциональные возможности верхней конечности.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ИСКРИВЛЕННЫХ НОСОВ

Фролов С.В., Грачев Н.С., Полев Г.А., Магомедова А.М., Бочарова Е.П.

Ильинская больница, Москва

Введение Выбор хирургической тактики для коррекции искривленного носа сопряжен с риском недостаточного или избыточного воздействия на деформированные структуры носа. Стабильность результата в отдаленном послеоперационном периоде – одна из ключевых проблем коррекции кривых носов, для решения которой применяются радикальные и консервативные техники. Классические методы хирургической коррекции искривленных носов представлены структурной ринопластикой и сохраняющей ринопластикой по Cottle. Гибридный хирургический подход предполагает одновременное использование структурных и сохраняющих методов. Множество параметров формируют клиническую картину: локализация искривления, толщина кожи, проекция спинки носа и положение корня носа, сопутствующие патологические состояния клапанов носа, состоятельность опорной функции перегородки носа, травмы носа в анамнезе пациента, ранее перенесенная ринопластика; Цель: Провести анализ возможности применения различных хирургических подходов при коррекции кривых носов. Сформировать критерии отбора пациентов при планировании хирургической тактики. Материалы и методы В выборку включены 85 пациентов от 17 до 48 лет (средний возраст – 29,2), с искривлениями носа, которым выполнялась риносептопластика в Ильинской больнице за период 2021-2022 г. Предоперационное обследование включало в себя осмотр наружного носа, эндоскопический осмотр полости носа и компьютерную томографию. На основании полученных данных формировался выбор определенного хирургического подхода. Пациенты распределены на три группы в зависимости от использо-

ванной хирургической тактики: 41 пациент – структурная ринопластика, 26 пациентов – сохраняющая ринопластика по Cottle; у 18 пациентов применялся гибридный хирургический подход – с использованием структурных и сохраняющих техник. Для оценки функциональных нарушений и эстетической неудовлетворенности пациента внешним видом носа применялось анкетирование с помощью русифицированного стандартизированного опросника для оценки результата эстетики и функции носа (SCHNOS). Анкетирование проводилось до и через 3 месяца после операции. Результаты Среднее количество баллов по данным опросника SCHNOS до операции – 68.2 ± 10.3 , через 3 месяца после лечения – 7.86 ± 3.2 . Снижение количества набранных баллов соответственно данным анкетирования отмечалось у всех пациентов, что говорит об улучшении носового дыхания и регрессе эстетической неудовлетворенности внешним видом наружного носа. Заключение Структурный подход рекомендован при сниженной опорнособности костно-хрящевых структур, в случаях необходимости аугментации спинки носа, толстой коже. Сохраняющий подход предполагает тщательный отбор кандидатов для вмешательства – широкая спинка носа, последствия многооскольчатых переломов, толстая кожа, низкий корень носа служат ограничениями для проведения сохраняющей ринопластики. Придерживаясь принципов персонализированного подхода при выборе хирургической тактики и учитывая анатомические и особенности анамнеза пациента, можно достичь планируемого эффекта – традиционные хирургические методы коррекции искривленных носовых структур и их комбинации достаточно эффективны и обеспечивают необходимый эстетический результат.

ЛИПОФИЛИНГ В ЛЕЧЕНИИ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА

Хисматуллина Д.М., Хентов А.А., Карташева А.Ф.
АПО ФНКЦ ФМБА России, ГКБ им. С.С.Юдина, Москва

Болезнь Дюпюитрена (БД) – фибропролиферативное заболевание, поражающее ладонный апоневроз и ведущее к сгибательной контрактуре пальцев кисти [Lurati, 2017]. Болезнь крайне распространена среди белой расы: от нее страдает 5% процентов европеоидного населения [Grazina et al., 2018; Rodrigues et al., 2015]. Формирование контрактуры – это следствие болезни. Долгое время были популярны сугубо открытые методики по частичному или полному иссечению ладонного апоневроза. При этом отмечали долгую реабилитацию, частые осложнения и достаточно высокую частоту рецидивов. В начале 70-х годов прошлого века группа ревматологов во главе с J. Lermusiaux и L. Debyre (1979) предложила малоинвазивную игольную апоневротомию(ИА). Затем G. Foucher (2003) популяризировал методику среди кистевых хирургов, отметив хорошие результаты, в особенности – при поражении в области пястно-фаланговых суставов [Karakaplan et al., 2019]. Однако при этом отмечают высокую частоту рецидивов, а именно – 65% в течение 2-х и более лет [Novius & Zhou, 2018]. R. Khouri с коллегами также применял ИА, после которой пациенты часто обращались за повторной

операцией. Его команда занималась лечением рубцов с помощью липофилинга(ЛФ) и отмечала их последующее размягчение. Так, R. Khouri решил применить ЛФ у пациентов после расширенной игольной апоневротомии(РИА) для снижения частоты рецидивов. В результате исследования, рецидив отметили лишь у 18% через год после операции [Novius et al., 2011]. Уже спустя 5 лет наблюдений команда хирургов заключила, что после РИА с ЛФ у пациентов достаточно быстрая реабилитация, мало осложнений и очень высокая удовлетворенность результатом [Novius et al., 2015]. Липоаспират содержит не только адипоциты, но сосудисто-стромальную фракцию(ССФ) [Nseir et al., 2017]. Впервые состав ССФ изучили в 2001 году, выяснив, что она включает водную часть, стволовые клетки, эндотелиальные клетки-предшественники, эндотелиальные клетки, макрофаги, гладкомышечные клетки, лимфоциты, перicyты и преадипоциты. Таким образом, ССФ обладает иммуномодулирующими, противовоспалительными, ангиогенными и репаративными свойствами [Novius et al., 2011]. При БД данные качества выражают в ингибировании пролиферации фибробластов, снижении выработки коллагена, увеличении количества эластиновых волокон, непосредственном препятствии контактам между миофибробластами, улучшении кровоснабжения [Boga & Majumdar, 2017]. Собственно, адипоциты восполняют дефицит подкожно-жировой клетчатки, которая практически отсутствует при контрактуре Дюпюитрена [Borovikova et al., 2018; Pu et al., 2015]. Благодаря вышеуказанным эффектам, при применении ЛФ после РИА снижают не только активность болезни, но и частоту рецидивов. В 2018 году нами были выполнены РИА с ЛФ у 41 пациента, которые обратились первично или с рецидивом после открытой фасэктомии. Степень контрактуры измеряли по классификации Tubiana. Операцию проводили в течение 30-40 минут. У всех пациентов после операции наблюдали достаточное восстановление объема движений в суставах пораженных пальцев. Через 3 года на контрольный осмотр пришли 24 пациента, которых мы включили в группу наблюдения. Из которых 1 пациент с контрактурой 1 степени, 4 – со 2 степенью, 15 – с 3 степенью, 4 – с 4 степенью. В интраоперационном периоде осложнения получили 12,5% пациентов. Ятрогенных повреждений нервов и сухожилий не получили ни в одном случае. Реабилитацию пациенты, в среднем, проходили 7 дней. Рецидив зафиксировали у 4 пациентов (16,7%), из которых 3 хотели бы снова РИА с ЛФ. Достоверно известно, что 1 пациент с вновь образовавшейся контрактурой той же степени не соблюдал послеоперационных режим. У него же за 3 года образовалась сгибательная контрактура на другой кисти. До сих пор не известна точка приложения для ингибирования запуска каскада реакций, вызывающих болезнь, а не ее последствия. Относительно недавно хирурги получили возможность влиять на течение БД посредством липофилинга. Так повышают качество жизни множества пациентов и развивают новую перспективу в оказании качественной помощи пациентам с КД.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ДИАМЕТРА ЯЧЕЕК ЭМУЛЬГИРУЮЩЕЙ СЕТКИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОМ СПОСОБЕ ПОЛУЧЕНИЯ СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ

Храмцова Н.И., Плаксин С.А., Соцков А.Ю., Гуляева Н.И., Пономарев Д.Н.

Пермский государственный медицинский университет, Пермь

Процедура эмульгирования жировой ткани служит одним из этапов механического способа выделения стромально-васкулярной фракции. Исходно липоаспират представляет собой конгломераты адипоцитов, скрепленных между собой соединительно-тканными волокнами, в толще которых проходят кровеносные сосуды. Именно эти соединительнотканые «мостики» несут в себе искомые клетки регенераторного ряда, в том числе, мезенхимальные стволовые клетки. Для «высвобождения» клеток необходимо произвести сепарацию соединительно-тканых перемычек. Это достигается либо ферментативным способом, в этом случае необходим специальный фермент – коллагеназа, либо механическим способом, с помощью специальных фильтров, представляющих собой сетки с множеством ячеек диаметром каждой ячейки, как правило, от 0,15 до 0,5 мм. При фильтрации жировой ткани через клеточный фильтр, соединительнотканые волокна оседают на сетке, при этом адипоциты эмульгируются, а клетки регенераторного ряда диаметром меньше ячеек сетки, поэтому остаются в липоаспирате, и после отмывания и центрифугирования формируют стромально-васкулярную фракцию. Цель исследования: определить оптимальный диаметр ячеек сетки при эмульгировании жировой ткани с целью дальнейшего выделения из нее стромально-васкулярной фракции механическим способом. Задачи. Сравнить результаты фильтрации жировой ткани с помощью эмульгирующих сеток с диаметром ячеек 0,15 и 0,5 мм. Материалы и методы. Произведена фильтрация жировой ткани, полученной методом липоаспирации, с помощью эмульгирующих «нано» фильтров с диаметром ячеек 0,15 и 0,5 мм 10 пассажами через каждый из них. Остатки соединительно-тканых волокон, осевшие на сетках фильтров, сняты, фиксированы формальдегидом, перенесены в парафиновые блоки, выполнены продольные и поперечные срезы волокон, перенесены на предметные стекла и окрашены гематоксилин-эозином. Микроскопия производилась при 10х и 40х-кратном увеличении. Оценивалось количество фибробластоподобных клеток, то есть клеток, имеющих морфологию фибробласта, к которым также относятся мезенхимальные стволовые клетки. Результаты. При использовании эмульгирующего фильтра с диаметром ячеек 0,5 мм соединительнотканые волокна, осевшие на сетке, представляют собой крупные частицы, содержащие фрагменты сосудистых стенок с множеством клеток, имеющих морфологию фибробласта, а также единичные разрушенные адипоциты. Таким образом, значительная часть фибробластоподобных клеток оседает на сетке и не попадает в стромально-васкулярную фракцию. При фильтрации через сетку 0,15 мм количество фрагментов сосудистой стенки значительно меньше, чем на сетке 0,5 мм. Наблюдается распад волокон соединительной ткани на мелкие частицы и значительно меньшее количество фибробластоподобных клеток в поле зрения. Адипоциты

при использовании данной сетки практически отсутствуют. Таким образом, фибробластоподобные клетки отделяются в процессе фрагментации волокон соединительной ткани и переходят в стромально-васкулярную фракцию. Выводы. Для эмульгирования жира с целью дальнейшего выделения из нее стромально-васкулярной фракции предпочтительнее использование сетки с меньшим диаметром ячеек (0,15 мм) так как при этом происходит более качественное разделение волокон соединительной ткани и сосудистых структур. Это приводит к выделению фибробластоподобных клеток и обеспечивает их максимальную концентрацию в жировой эмульсии.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ЛАДОННОГО ФАСЦИАЛЬНОГО ФИБРОМАТОЗА

Ходорковский М.А.

Воронежский государственный медицинский университет, Воронежская областная клиническая больница № 1, Воронеж

Среди оперативных вмешательств, применяемых при лечении ладонного фасциального фиброматоза (контрактуры Дюпюитрена), выделяют следующие: игольчатая апоневротомия (чрезкожная игольчатая фасциотомия), радикальная фасциэктомия, сегментарная фасциэктомия, ограниченная (селективная) фасциэктомия, дерматофасциэктомия. Однако признано, что наиболее радикальным хирургическим вмешательством при ладонном фасциальном фиброматозе является иссечение ладонного апоневроза как основного морфологического субстрата заболевания. Это вмешательство, выполненное при тяжелых формах и рецидивах ладонного фасциального фиброматоза, неизбежно сопровождается формированием дефекта кожи на ладонной поверхности кисти, требующего пластического замещения. Предлагаемый способ лечения состоит в том, что пластическое замещение раневого дефекта на ладонной поверхности кисти, образующегося после иссечения ладонного апоневроза и ликвидации контрактуры пальцев при тяжелых формах ладонного фасциального фиброматоза, осуществляется полнслойным кожно-фасциальным лоскутом на питающей ножке, сформированным из мягких тканей афункционального V пальца, после экзартикуляции его фаланг на уровне пястно-фалангового сустава (положительное решение по заявке на изобретение № 2021140137/14(083930)). Изначально, на этапе планирования операции оценивают дефицит разгибания V пальца кисти по методике R. Tubiana. При дефиците разгибания 135-180° (IV-я стадия контрактуры) попытка восстановления функции V пальца часто приводит к развитию осложнений и последующей его ампутации, однако мягкие ткани после экзартикуляции фаланг могут быть успешно использованы для устранения раневого дефекта на ладонной поверхности кисти. Способ осуществляют следующим образом. Из поперечного разреза по ладонной поверхности кисти выполняют резекцию рубцово-перерожденного участка ладонного апоневроза от карпальной связки до комиссур. При этом образуется дефект наружных покровов ладонной поверхности кисти. Продолжая разрез по средней линии ладон-

ной поверхности афункционального V пальца, острым путем от фаланг отделяют мягкие ткани с сохранением в их составе сосудисто-нервных пучков. В результате формируется полнослойный кожно-фасциальный лоскут на питающей ножке. Производят экзартикуляцию фаланг V пальца на уровне пястно-фалангового сустава. Сформированный кожно-фасциальный лоскут укладывают на раневой дефект и фиксируют швами к его краям. Таким образом, предлагаемый способ позволяет выполнить пластическое замещение раневого дефекта на ладонной поверхности кисти, образующегося после иссечения ладонного апоневроза при тяжелых и рецидивных формах ладонного фасциального фиброматоза, полнослойным кожно-фасциальным лоскутом на питающей ножке, сформированным из мягких тканей афункционального V пальца, после экзартикуляции его фаланг на уровне пястно-фалангового сустава.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ГИГАНТСКИМИ ПИГМЕНТНЫМИ НЕВУСАМИ

Цховребова Л.Э., Гассан Т.А., Быстров А.В., Макарова О.В.
*Институт пластической хирургии и косметологии, РДКБ,
Москва*

Проблема лечения детей с врожденными гигантскими пигментными невусами (ВГПН) остается актуальной до настоящего времени. По данным литературы – 1 % из 1000 новорожденных имеют ВГПН (Ашкрафт К.У., Холдер Т.М., 1999). Это особая группа меланоцитарных образований кожи, которые покрывают большие площади и имеют потенциальный риск развития злокачественной меланомы (Kim HK, Kim YK, Song I., et al, 2012). Риск развития меланомы из врожденного невуса составляет около 6-10 % (Фольф К., Джонсон Р.А., Сюрмонд Д., 2007). По глубине поражения тканей возможны обнаружения гнезд клеток невуса внутри или вокруг сосудов, проникновение меланоцитов в подкожную клетчатку и даже фасцию мышц, а также выявление очаговых разрастаний шванновских клеток по типу нейрофибромы и хрящевой метаплазии (Zaal LH., Mooi WJ., Sillevius Smitt JH., et al.) Несмотря на успехи, достигнутые в хирургии, остается ряд нерешенных проблем, которые связаны с правильной и своевременной диагностикой, выбором сроков и метода хирургического лечения, который требует применения различных методов пересадки тканей. Данные методы, в свою очередь сложны, многоэтапны, продолжительны и травматичны, а также не всегда позволяют достичь желаемого косметического результата. Материалы и методы. Проведен анализ данных, полученных при обследовании и лечении 135 детей с ВГПН за период с 2004 по 2021 годы. Протокол обследования включал такие исследования, как дерматоскопия, морфологическое, иммуногистохимическое. Хирургическое лечение предполагало поэтапное частичное иссечение невуса с различными вариантами пластики дефекта покровных тканей. Было проведено 615 вмешательств пациентам. Из них 135 – первичных, 480 – повторных. Дерматоскопическое исследование проведено 76 пациентам. Все 615 вмешательств сопровождались гистологическим

исследованием удаленных тканей, при наличии показаний дополнительно проводили гистохимическое исследование. Результаты исследования Поиск наиболее совершенного и оптимального способа лечения данных пациентов привёл к необходимости разработки стандартного алгоритма диагностики и лечения ВГПН (в зависимости от возраста, локализации, размера невуса) для врачей различных специальностей (детские хирурги, онкологи, пластические хирурги, дерматологи). Дерматоскопическое исследование у пациентов с врожденными гигантскими пигментными невусами было затруднительно в интерпретации данных в силу полиморфизма характеристик образований: неравномерная окраска, разная толщина, профиль и плотность вовлеченных покровных тканей, возможное наличие пролиферативных узлов, разнообразные границы. Сопоставление протоколов дерматоскопии с морфологическими исследованиями не позволили нам сделать заключение о высокой прогностической значимости данного метода. На наш взгляд, дерматоскопия может проявить свою информативность при исследовании гигантских невусов в динамике с привлечением цифрового анализа. Также морфологические данные утвердили нас в приверженности к хирургическому иссечению пораженных кожных покровов, иногда с фиброзно измененной подкожной жировой клетчаткой с последующей реконструкцией покровных тканей наиболее подходящей технологией. Меланома была выявлена у 4 пациентов различного возраста за весь период исследования. У 1 пациента в возрасте 6 месяцев выявлен высокий уровень митоза (1-2 в поле зрения), уровень пролиферативной активности по экспрессии Ki67 до 15-20%. При этом все пациенты на момент проведения гистологического исследования были первичными. Нами не выявлено рисков малигнизации в результате повторных хирургических вмешательств. Проведение широкой биопсии наиболее подозрительных участков покровных тканей, пораженных врожденным гигантским невусом, позволил нам снизить возраст пациентов для начала хирургической реконструкции покровных тканей. Выводы 1. Только прижизненное патологоанатомическое исследование является объективным и позволяет оценить онкологические риски у пациентов с врожденными гигантскими пигментными невусами. 2. Пограничные и злокачественные характеристики невусов не имели связи с возрастом детей и повторной хирургической травмой. 3. Учитывая глубину поражения покровных тканей при гигантских невусах, наиболее целесообразным в прогностическом плане является метод поэтапного хирургического иссечения патологических тканей. 4. Показания к поэтапному частичному иссечению врожденного гигантского невуса возникают в силу его наличия вне зависимости от возраста ребенка.

МЕТОДЫ СТАБИЛИЗАЦИИ КОНЧИКА НОСА

Чернова О.В., Русецкий Ю.Ю.
ООО Сеть медицинских центров «Клиника Семейная», 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. 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 отдаленном послеоперационном периоде. В работе представлена сравнительная характеристика методов фиксации и стабилизации кончика носа, описаны их основные отличия и преимущества. Целью работы является предоставить классификацию хрящевых трансплантатов для изменения проекции и ротации кончика носа, а также алгоритм к их реализации. 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), коллумелярный страт в сочетании со швами Грубера «Columellar Strut Graft» (CSG), а также «septal extension graft» (SEG). 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. Понимание того, какой графт использовать и в каких условиях, является ключом к успешному контролю над проекцией, ротацией и стабильностью кончика носа.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОТОПЛАСТИКА

Чкадуа Т.З., Чолокава Т.Д., Мальсагова М.Г.,
Верещагина Н.В.

ФГБУ НМИЦ ЦНИИСиЧЛХ МЗ РФ, Москва

Цели и задачи исследования. Отсутствие и деформации ушных раковин вызывают у пациентов существенный психический дискомфорт, заставляя носить длинные прически и скрывать дефект. При этом способы формирования ушных раковин могут быть как одноэтапными, так и двухэтапными, с применением собственных тканей или искусственных материалов. Целью нашего исследования является повышение эффективности качества лечения пациентов с врожденными и посттравматическими деформациями ушных раковин с применением персонализированного подхода. Материал и методы. В ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» МЗ РФ проведена двухэтапная хирургическая реконструкция ушных раковин 45 пациентам с микроией III и IV степени с применением хрящевого реберного аутоотрансплантата и аутодермотрансплантатов. 15 пациентам выполнена одноэтапная реконструкция с применением силиконового имплантата, лоскута височно – теменной фасции и аутодермотрансплантатов. 10 пациентам выполнено протезирование ушной раковины с опорой на внутрикостные имплантаты. Реконструкция выполнялась пациентам детского (9-14 лет) и взрослого возраста (18-55 лет). Важным фактором в принятии решения о тактике и объеме хирургического лечения являются: возраст пациента, объем грудной клетки, наличие рубцовых изменений в области реконструируемой ушной раковины. Перед операцией всем пациентам выполнялось МСКТ черепа, МСКТ органов грудной клетки, УЗИ сосудов головы и шеи. По результатам проведенных исследований, клинической картины, а также на основании жалоб пациента, мы индивидуально принимали

решение о методе хирургического лечения. Результаты. Двухэтапная отопластика с применением реберного хрящевого аутоотрансплантата и аутодермотрансплантатов выполнялась пациентам детского возраста (9-14 лет) с врожденным отсутствием ушной раковины, где качество и структура реберных хрящей позволяли в полной мере смоделировать полноценный хрящевой каркас ушной раковины. Период между операциями составлял не менее 6 месяцев. Пациентам более старшего возраста, у которых взятие реберных хрящей невозможно по медицинским показаниям или сами пациенты настаивали на выполнении одноэтапной реконструкции, выполнено формирование ушной раковины с применением силиконового имплантата, лоскута височно – теменной фасции и аутодермотрансплантатов с периодом заживления до 8-9 суток. При таком способе реконструкции прорисовывание всех элементов ушной раковины может занимать от 3-12 месяцев. Протезирование ушной раковины включало в себя 2 этапа: 1 – хирургический, где на основе МСКТ черепа выполнялась установка внутрикостных имплантатов в область сосцевидного отростка, 2 этап – ортопедический, с непосредственным формированием и изготовлением протеза ушной раковины с опорой на балочную конструкцию. Этот вид лечения являлся методом выбора при наличии большой площади скомпрометированных мягких тканей, недостаточном кровоснабжении данной зоны, которые могли возникнуть после травмы или проведенных ранее хирургических вмешательств. В результате все пациенты достигли приемлемого эстетического результата, а время реабилитации заняло в каждом случае не более 8 суток. Выводы. Пациенты с дефектом ушной раковины являются наиболее сложной категорией в челюстно – лицевой хирургии. Задача хирурга воссоздать основные элементы ушной раковины, такие как: завиток, противозавиток, конхальную ямку, козелок и противокозелок. Важно соблюдать соответствие размеров и градуса элевации ушной раковины относительно здоровой стороны. Каждый из вышеперечисленных способов является альтернативным методом для реконструкции, решение о котором принимается совместно с пациентом. Должны быть учтены все риски, которые могли бы привести к неэффективному результату, чтобы избежать дополнительных этапов операции.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ УШНЫХ РАКОВИН

Чкадуа Т.З., Чолокава Т.Д., Мальсагова М.Г.,
Верещагина Н.В.

ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» МЗ РФ, Москва

Цели и задачи исследования. Ушная раковина – это сложная анатомическая структура, которая имеет трёхмерную рельефную модель. К особенностям строения ушной раковины можно отнести: отсутствие подкожно – жировой клетчатки (только в мочке), наличие плотно спаянной дермы с перихондрием, а также ушная раковина представлена эластическим хрящом с включениями фиброзного. Учитывая, данные обстоятельства ре-

конструкция элементов ушной раковины при частичном дефекте вызывает определённые сложности. Материал и методы. В ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» МЗ РФ проведена двухэтапная хирургическая реконструкция ушных раковин при частичном (субтотальном) дефекте 21 пациенту с применением хрящевого реберного аутоотрансплантата и аутодермотрансплантатов. Этиология дефекта у всех пациентов посттравматическая: 12 пациентов получили травму в результате колото – резанной раны, 5 пациентов – в результате укуса животным, 4 пациента – в результате укуса человеком. Объём дефекта не должен превышать 1/3 от общего размера ушной раковины. Все дефекты анатомически располагались в области верхнего полюса ушной раковины и включали дефект завитка, ладьевидной ямки, верхней ножки противозавитка, треугольную ямку. Дефект являлся составным и включал в себя как ушной хрящ, так и кожу. 1 этап реконструкции включал в себя моделирование хрящевого каркаса с применением хрящевого аутоотрансплантата VII и VIII ребер с применением карвинг – техники и преламинирование сформированного каркаса под кожу височной области. Через 6 месяцев на 2 этапе выполнялось отведение сформированного каркаса с применением хрящевых аутоотрансплантатов и аутодермотрансплантатов. Результаты. В результате хирургического лечения пациентам восстановлен субтотальный дефект ушных раковин с помощью двухэтапной отопластики с применением реберного хрящевого аутоотрансплантата и аутодермотрансплантатов. Все пациенты в результате достигли приемлемого эстетического результата, которое оценивалось по нескольким факторам: соответствие размеров ушных раковин, воссоздание недостающих элементов, выраженный рельеф, симметричная элевация ушных раковин. Время восстановления после 1 и 2 этапа операции составляет 8 дней. В послеоперационном периоде рекомендовано исключить сон на реконструированной ушной раковине. Выводы. Группа пациентов с субтотальным дефектом ушной раковины является наиболее сложной, так как перед хирургом стоит достаточно сложная задача определить метод и объём реконструкции, который был бы подходящим в том или ином случае. Так как интраоперационно дефект может быть значительно больше в связи с деформированным хрящевым каркасом в области края дефекта. Восстановление анатомии и рельефа ушной раковины вызывают определенные трудности при реконструкции, так как при таких операциях необходимо выдержать баланс между тяжёлым хрящевым каркасом и его толщиной. Также необходимо восстановить не только хрящевой остов, но и кожные покровы. В связи с этим, на наш взгляд, при субтотальных дефектах 1/3 ушной раковины преимущественно в верхнем полюсе, с сохранением объёма конхальной ямки и наружного слухового прохода реберный аутоотрансплантат при соответствующей технике вырезания служит надёжным способом для достижения стойкого эстетического результата. Возникновение осложнений после реконструктивной отопластики, как правило, связано с отсутствием гигиены, травматизацией, со сном на стороне реконструированной ушной раковины, что приводит к нарушению кровоснабжения данной зоны. Данный метод лечения исключает существенный донорский ущерб.

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НИЖНИХ ВЕК У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА. СОЧЕТАНИЕ ХИРУРГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ НА ОПЕРАЦИИ

Шаров И.А.

Бест – Клиника, Москва

Современный пациент — это пациент, живущий в динамической модели города. Именно поэтому в настоящее время технология Fastrack хирургии позволяет быстро реабилитироваться пациенту после операции и приступить к привычной жизни. За многие годы Эстетической хирургии периорбитальной области разработала много техник операции на верхних и нижних веках. Наш пациент молодеет и хочет скорректировать возрастные изменения, которые возникают в молодом возрасте. Именно поэтому на помощь к эстетической хирургии приходит косметологические принципы и методики. Сочетание этих методик дает отличный результат при незначительных изменениях у молодых пациентов. В своем докладе я хочу рассказать о том, как я применяю и сочетаю навыки эстетической хирургии лазерных технологий и косметологических методов подготовки и реабилитации. На конкретных примерах пациентов я расскажу о пошаговой стратегии ведения пациента в раннем после операционном периоде и подготовку пациента к операции. Продемонстрирую результаты до и после таких симультанных операций и поделюсь своими выводами.

НАШ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ FUE ТРАНСПЛАНТАЦИИ ВОЛОС. ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПОДВОДНЫЕ КАМНИ МЕТОДА

Шахбазова Ю.Е., Рубан Ю.В., Володькина Т.А., Магомедова Б.А., Григорьянц М.А.

Клиника пластической хирургии ГЕОГРАФТ, Москва

Цель и задачи исследования. Согласно статистике, распространенность алопеции среди мужского населения составляет почти 80 %, из них 95 % приходится на долю андрогенной алопеции (АГА), проблема которой актуальна и злободневна для качества жизни мужчины в современном социуме. Консервативное лечение данного вида алопеции является длительным процессом, требующим систематической приверженности пациента к терапевтическим методикам, и объективно дающим непродолжительный результат с рядом побочных явлений. На сегодняшний день трансплантация волос является методикой выбора для решения проблемы андрогенной алопеции. Доказано, что при трансплантации аутологичный волосяной фолликул (ВФ) сохраняет свои здоровые характеристики, а именно его нечувствительность к дигидротестостерону (ДГТ), т.е. пересаженный ВФ будет производить здоровые волосы даже в реципиентной зоне, поскольку он не подвержен пагубному воздействию ДГТ. Ранее использующийся стрип-метод трансплантации волос, ввиду травматичности и косметического дефекта – заметных рубцов как в донорской, так и реципиентной зонах, не может представлять собой

устойчивое решение для андрогенной потери волос, а значит наша основная задача продемонстрировать и провести анализ клинических результатов трансплантации волос по методике единичной фолликулярной экстракции FUE. Материалы и методы. Ежедневно в клинике выполняется от 3 до 5 операций по трансплантации волос. Нами был выполнен анализ клинического опыта применения методики FUE на группе из 50 пациентов мужчин в возрасте от 25 до 54 лет, обладающих разной степенью облысения: III-IV степенью облысения по шкале Гамильтона Норвуда. Выборка взята за период с декабря 2021 по январь 2022. Анализ проводился на основании объективных данных фотодokumentирования до- 3- 6 месяцев после операции, оценки особенностей раннего постоперационного периода, а также оценки критерия удовлетворенности пациента результатом по шкале от – 1 (плохо) до 5 (отлично). Результаты и обсуждение. Как и любой хирургический метод, метод FUE обладает рядом возможных нежелательных явлений в послеоперационном периоде, таких как: • травматическая экстракция ВФ в раннем послеоперационном периоде 20% • вымывание ВФ из раневого канала ввиду реологических особенностей 6% • ошибки предоперационного планирования и необходимость задействования дополнительных донорских зон, наличие четких границ между пересаженными волосами и естественным волосным покровом 6% • потребность в многоэтапном хирургическом лечении при работе с обширными площадями пересадки, формирование участков патологического поредения плотности волосного покрова на единицу площади в донорской зоне ввиду рубцового замещения тканей 4%. Личная оценка пациентов удовлетворенностью результатами оперативных вмешательств составила 4,6 (хорошо). Фотодokumentирование так же наглядно демонстрирует успешность выполненных операций. Выводы. Проведя анализ наших клинических результатов трансплантации волос по методике единичной фолликулярной экстракции FUE, можно сделать выводы, о том, что данный метод можно рассматривать как наиболее перспективный метод хирургического решения проблемы андрогенной алопеции.

МЕТОДИКА ГИБРИДНОЙ НИЖНЕЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ

Шелег М.Ю., Короткова Е.А., Шульгин Э.А.
ООО Клиника «ЛАМЭ», Ярославль

Достаточно стабильный процент осложнений нижней блефаропластики (около 3,5%) заставил нас пересмотреть тактику в проведении омолаживающей хирургии нижних век и средней зоны лица. Целью исследования является анализ собственных результатов и разработка методики, которая бы максимально сохраняла важные анатомические структуры, тем самым снижая риск послеоперационных осложнений, обеспечивала оптимальный эстетический и стабильный результат. Задача: продемонстрировать наш подход к выполнению операции по коррекции возрастных изменений нижних век, где максимально эффективно реализуется тандем «пластический хирург – косметолог». Материалы и методы: в период с 2019 по 2022 год по данной методике было проопери-

ровано 137 пациентов, среди них 127 женщин и 10 мужчин. Средний возраст которых составил 37-38 лет. За все время выполнения нашей командой нижней блефаропластики хирургические методы и подходы менялись по пути от травматичных резекционных к деликатным, сохраняющим важные структуры, методам. Анатомические аспекты проблемы. Среди факторов, влияющих на формирование грыж, основным является – недостаточность костной опоры, то есть дефицит комплекса нижняя стенка орбиты-скуловая кость. Она может быть, как врожденной, так и приобретенной в результате возрастных изменений, связанных с резорбцией костей из-за дефицита кальция. Еще одним фактором появления грыж, особенно в молодом возрасте, является крупный размер глазного яблока, который своим объемом вымещают из орбиты параорбитальную клетчатку. Структура, которая обеспечивает положение нижнего века относительно глазного яблока и прилегание к нему – это круговая мышца глаза, которую, по нашему мнению, следует оставлять хирургически интактной или воздействовать максимально щадяще. Методика. На основании жалоб – наличие грыж, морщин и избытков кожи нижних век, нами разработана методика, которая отвечает всем требованиям современной пластической хирургии и эстетическим запросам пациентов, а также, что немаловажно, обеспечивает профилактику повторного появления грыж нижнего века. Методика включает в себя трансконъюнктивальное удаление грыж нижнего века. Работа с кожей может быть проведена в двух вариантах: врач-косметолог выполняет шлифовку эрбиевым лазером, либо резекция полоски кожи в объеме pinch-метода. Далее врачом-косметологом проводится восполнение недостающего объема в средней зоне лица – поднадкостничное введение филлера высокой плотности. Выводы. Данная гибридная методика нижней блефаропластики обеспечивает оптимальный эстетический результат, в связи с минимальной хирургической травмой важных структур, значительно снижает риск нежелательных последствий (обнажение склеры, выраженная ретракция века, хемоз и др.), и обеспечивает профилактику повторного образования грыж.

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЛОКАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В РАЗНЫХ РЕЖИМАХ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ

Шперлинг И.А., Семакин Р.В., Шулепов А.В., Шперлинг Н.В., Баженов М.В.

Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург

Взрывные раны, возникающие в результате комбинированного термомеханического повреждения, характеризуются развитием длительного тяжелого патологического процесса. В настоящее время существующие алгоритмы оказания помощи при взрывных ранениях не содержат конкретных мероприятий профилактики осложнений,

связанных с прогрессированием некротических процессов в тканях паравульнарной зоны. Вместе с тем, основой тактики органосбережения при взрывной травме может служить консервативная коррекция морфофункциональных нарушений тканей. Перспективным направлением в лечении мышечных повреждений является стимуляция регенеративной активности тканей. При этом функциональной основой гистогенеза является адекватная микроциркуляция, обеспечивающая метаболические потребности клеток в зоне регенерации. Известны регенеративные эффекты раннего локального введения гиалуроновой кислоты (в том числе за счет улучшения микроциркуляции и метаболизма тканей) при ишемических повреждениях мягких тканей после механической компрессии. В связи с этим представляет интерес изучение микроциркуляции и метаболизма тканей при взрывных повреждениях мягких тканей после локального применения гиалуроновой кислоты. Для выявления лечебного потенциала гиалуроновой кислоты в рамках влияния на микроциркуляцию и метаболизм тканей, необходимо проведение исследований данных процессов после ее локального введения в разных режимах. Это позволит разработать тактику применения препарата для повышения эффективности лечения взрывных ран мягких тканей.

Цель исследования: выявить изменения микроциркуляции и метаболической активности в мягких тканях при экспериментальной взрывной ране после локального введения гиалуроновой кислоты и определить режим ее применения, при котором эти изменения саногенетически наиболее значимы.

Материал и методы. Эксперименты одобрены локальным Комитетом по этике, выполнены на 96 крысах-самцах линии Вистар весом 300-350 г. в возрасте 4-4,5 мес. Дизайн исследования предусматривал этапы: моделирование раны (по методике, согласно патента РФ на изобретение № 2741238); закрытие раны давящей повязкой и фиксация ее пластырем; первичная хирургическая обработка раны через 3 ч после повреждения; веерное (5 точек) внутримышечное введение в паравульнарные ткани гиалуроновой кислоты (препарат «Гиалифт»), разведенной 0,9% раствором натрия хлорида до 1,75% (суммарный объем – 0,5-0,8 мл); динамическое наблюдение с ежедневными перевязками раны (хлоргексидин, мазь «Левомеколь») до момента ее эпителизации и внутримышечным введением антибактериального препарата (гентамицина сульфат) в течение первых 7 сут. после травмы; исследование микроциркуляции и метаболизма тканей зоны повреждения методом лазерной доплеровской флоуметрии, оптической тканевой оксиметрии и лазерной флуоресцентной диагностики (с помощью прибор «Лакк-М») через 7, 14 и 28 сут. после травмы.

Результаты. Раннее (через 3 ч после травмы) локальное применение гиалуроновой кислоты при взрывной ране мягких тканей улучшает перфузионные характеристики микроциркуляции, положительно влияет на трофику и окислительный метаболизм скелетных мышц, сокращает сроки заживления раны. Наиболее эффективным является раннее введение (через 3 ч после травмы) гиалуроновой кислоты в режиме: локально в паравульнарные ткани, через 3 ч (по окончании первичной хирургической обработки раны) и дополнительно через 24 ч после травмы.

Заключение. При взрывной ране мягких тканей внутримы-

шечное введение гиалуроновой кислоты в паравульнарные ткани в первые часы после ранения является саногенетически обоснованным способом коррекции раневого процесса.

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МЯГКИХ ТКАНЯХ ПОСЛЕ ЛОКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ВЗРЫВНОЙ РАНЕ

Шперлинг И.А., Шулепов А.В., Шперлинг Н.В., Коуров А.С., Виноградов М.В.

Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить эффекты околораневого введения аутологичной плазмы (АУП) на показатели красной крови, микроциркуляцию и кислородное обеспечение мягких тканей конечности при экспериментальной взрывной ране (ВР).

Методы. Моделирование ВР проводили на крысах-самцах линии Вистар (n=146) с использованием петарды с пиротехнической смесью (патент RU № 2741238 от 22.01.2021). Животные были распределены на 4 группы: контрольные (2), сравнения (1), основную (1). Объем кровопотери при взрывной ране составлял 8% и 15% расчетного объема циркулирующей крови (ОЦК) животного. Для получения АУП производили забор крови из хвоста крысы. Через 3 ч после повреждения внутримышечно в область взрывной раны вводили АУП или 0,9% раствор натрия хлорида в объеме 2,0 мл/кг массы животного. Через 3, 7, 14, 28 сут. в крови определяли количество эритроцитов, содержание гемоглобина, гематокрит, а в скелетных мышцах области повреждения – показатели микроциркуляции и окислительного метаболизма.

Результаты. Кровопотеря 8% ОЦК у травмированных животных не приводила к изменению количественного состава периферической красной крови. После нанесения взрывной раны с кровопотерей 15% ОЦК отмечалось умеренное снижение количества эритроцитов (с $8,3 \times 10^{12}$ /л до $6,5 \times 10^{12}$ /л, $p < 0,02$), уровня гемоглобина (с 149,5 г/л до 118 г/л, $p < 0,01$), гематокрита (с 43,8% до 33,6%, $p < 0,01$) с восстановлением к 7 сут. наблюдения. Взрывная рана мягких тканей характеризовалась выраженными посттравматическими нарушениями микрокровотока независимо от объема кровопотери. Околораневое внутримышечное введение АУП животным с взрывной раной и кровопотерей 15% ОЦК снижало выраженность посттравматических нарушений микроциркуляции и окислительного метаболизма преимущественно в ранний посттравматический период, о чем свидетельствовало повышение коэффициента вариации перфузии K_v в 1,2-1,3 раза ($p < 0,05$), показателя тканевого потребления кислорода U на 20-22% ($p < 0,05$) и флуоресцентного показателя потребления кислорода ФПК на 48% ($p < 0,05$).

Заключение. У крыс при экспериментальной взрывной ране мягких тканей бедра однократное раннее (через 3 ч после травмы) околораневое внутримышечное введение АУП

снижает выраженность локальных посттравматических нарушений микроциркуляции и метаболизма в скелетных мышцах.

УМЕНЬШЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Шумило А.В.

Клиника ГрандМед, Санкт-Петербург

Цель. Разработать методику уменьшения дефектов тканей лица после удаления новообразований. Задача работы. Уменьшить травматичность и повысить эстетический результат замещения дефектов тканей лица после удаления новообразований. Материалы и методы. У 15 пациентов (возраст от 28 до 72 лет, 2 мужчины и 13 женщин) удалены опухоли тканей лица (невусы- у 8 и базалиомы- у 7). Обрадовавшиеся дефекты тканей (от 2 до 16 см²) после радикального иссечения опухолей с учетом гистологического исследования и заключения онколога с помощью временных векторных швов уменьшены на 30–40 % без деформации соседних областей. Основной критерий- уменьшение дефекта тканей лица без деформации смежных областей! Сформированные «новые» дефекты замещены лоскутами местных тканей (лоскут Дюформенталя- 7, скользящие лоскуты на питающей ножке- 3 и носогубный- 5). Лоскуты фиксировали внутренними швами нитью PDS 5\0 и наружными швами Этилон 6/0 (снимали на 6–7 сутки). Все раны зажили первичным натяжением, получен хороший эстетический результат. В послеоперационном периоде от 10 месяцев до 16 лет рецидивов нет. Выводы: 1. Временные векторные швы уменьшают площадь дефекта тканей лица после радикального удаления новообразований на 30–40 % без деформации соседних областей 2. Для замещения дефекта используются местные лоскуты меньших размеров (на 30–40 %) 3. Меньшая травматизация донорской области 4. Оптимальный эстетический результат

РАЗДЕЛ II. КОСМЕТОЛОГИЯ

ИНГИБИЦИЯ СИНТЕЗА ЦИТОКИНОВ ПРОДУКТАМИ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Артамонова К.В., Волчек И.А., Теряев А.С.

Медицинский институт непрерывного образования,
ООО «Научно-исследовательский центр иммунологии
и аллергологии», Москва

Дисбаланс цитокинов лежит в основе большинства заболеваний. В особой степени это актуально для аутоиммунитета. Пандемия коронавируса даже позволила родиться термину «цитокиновый шторм». Для регуляции уровня цитокинов, особенно, ингибции синтеза провоспалительных молекул, как правило, используются цитостатики различного спектра активности. В основном это синтетические препараты. Однако известно, что препараты природного происхождения в ряде случаев обладают значительными преимуществами. Например, большей физиологичностью или биодоступностью. И рядом других полезных качеств.

Целью данного исследования явилось тестирование активности экстрактов *Centipedia minima* и *Tripterygium Wilfordi*, известных препаратов традиционной медицины, в отношении синтеза цитокинов *in vitro*.

Материалы и методы. Растительное сырье предоставлено фирмой *Sryorhagma* (Индия). Проводили спиртовую экстракцию с последующим фильтрованием и лиофилизацией. В работе использовали 1% растворы экстрактов в среде RPMI 1640. Оценку активности препаратов производили в культуре мононуклеарных клеток периферической крови (МНК) 19 здоровых доноров. 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 (Biocera, 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 продукции цитокинов использовали фитогемагглютинин (ФГА) в конечной концентрации 10 мкг/мл полной среды. Препараты тестирования 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 прове-

ден методом цитометрических бус Bio-Plex Pro™ Human Cytokine Grp I Panel 8-plex (Bio-RAD) по протоколу производителя.

Результаты и обсуждение. Установлено, что оба используемых препарата обладали сравнимой активностью в отношении ингибции синтеза цитокинов. При этом в наибольшей степени подавлялась продукция TNF α – 35-40% по сравнению с контролем, IFN α – 38-39%, IL-2 – до 60%, IL-6 – 29-38%. Известно, что цитостатический механизм экстрактов данных растений различен. Экстракт *Centipedia minima* подавляет синтез янус киназ, а именно, JAK3, тогда как экстракт *Tripterygium Wilfordi* блокирует сигнальный путь STAT3 путем индукции протеин-тирозинфосфатазы SHP-1. Исходя из этого, привлекательным представляется исследование совместного влияния данных экстрактов в этой и других моделях. Таким образом, экстракты *Centipedia minima* и *Tripterygium Wilfordi* обладали выраженной активностью в отношении ингибции синтеза провоспалительных цитокинов, что указывает на перспективность их практического применения.

МЕЖДУ БАРИАТРИЧЕСКОЙ И ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЕЙ: ОСОБЕННОСТЬ СОСТАВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОТОКОЛА СОЧЕТАННОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ МАССИВНОЙ ПОТЕРИ ВЕСА

Баева А.А., Крючкова С.Н., Мышкова О.А., Страхурлова В.В.

Клиника «Доктор Эстетик»; ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр РР» ФМБА России., Москва

Актуальность. Как известно, проблема ожирения на сегодняшний день остается одной из самых острых проблем современности. Так, по данным ВОЗ, ожирением страдают более 2,1 млрд. человек во всем мире. По данным Роспотребнадзора, за последние годы частота случаев ожирения среди населения увеличилась на 80%. На сегодняшний день «золотым стандартом» в лечении является бариатрическая хирургия, однако после операции у пациентов возникает ряд проблем, существенно снижающих качество жизни. Учитывая молодой возраст пациентов, остро стоит вопрос помощи данной многочисленной категории, в особенности, таких проблем как несимметричная потеря объемов, сохраняющаяся избыточность подкожно-жировой клетчатки в субментальной области, а также проблема птоза и асимметрии лица. Безусловно, данная проблема может быть решена с помощью пластической хирургии, однако у бариатрических пациентов зачастую есть ряд ограничений, как финансовых, так и соматических, которые не позволяют выполнить пластическую операцию. Поиск эффективных методик и особенности их сочетаемости

в условиях увеличения числа обращений пациентов после массивной потери веса послужили стимулом для разработки эффективного протокола безоперационной коррекции эстетических проблем у данной категории пациентов. Материалы и методы. За последние полгода к нам обратились 6 пациенток после массивной потери веса за короткий промежуток времени, которая составила от 20 до 120 кг. Основными жалобами были сохраняющиеся избыточные отложения в субментальной области, асимметрия, птоз лица 1-2 степени, выраженные носогубные и губоподбородочные складки, отсутствие четкого контура нижней челюсти. Для эффективной коррекции эстетических деформаций с учетом жалоб и пожеланий пациенток, а также имеющих показаний нами был сделан выбор в пользу методик HIFU SMAS-лифтинга в сочетании с интралипотерапией. Обсуждение. Как известно, основной из основных проблем при работе с данной категорией пациентов является зачастую недостаточная эффективность обработки на стандартных рекомендованных параметрах ввиду выраженного подкожно-жирового слоя. В этой связи, а также во избежание возможных осложнений нами выполнялась ультразвуковая диагностика мягких тканей лица с уточнением локализации крупных сосудисто-нервных пучков, а также уровня залегания SMAS-слоя непосредственно перед процедурой HIFU SMAS-лифтинга. Такой подход позволил более детально и обоснованно подбирать максимально эффективные и безопасные параметры с учетом индивидуальных особенностей пациента, что стало основой для разработки индивидуального сочетанного протокола. Кроме того, благодаря предшествующей УЗ-диагностике, а также особенностям применяемого в протоколе аппарата для SMAS-лифтинга, дополненного сеансом интралипотерапии, позволили нам не только избежать вероятных осложнений, но и достичь максимального эффекта при минимально возможном количестве затраченных линий, существенно снижая финансовую составляющую проводимой терапии, что для данной категории пациентов зачастую является ключевым фактором. Во всех 6 клинических случаях нами было выполнено два этапа ультразвукового SMAS-лифтинга и один этап липолитической терапии. При этом процедура интралипотерапии выполнялась спустя 3 недели после первой процедуры HIFU SMAS-лифтинга, а интервал между первой и второй процедурой SMAS-лифтинга составил 2,5-3,5 месяца. Перед каждым посещением нами выполнялась процедура УЗ-диагностики мягких тканей лица, что позволило производить корректировку параметров воздействия. Таким образом, разработанный сочетанный протокол HIFU SMAS-лифтинга и интралипотерапии с предшествующей ультразвуковой диагностикой позволил достичь хорошего эстетического результата во всех шести клинических случаях у пациенток после массивной потери веса. Выводы. Правильный выбор аппаратной и инъекционной методик коррекции, а также предшествующая УЗ-диагностика мягких тканей с визуализацией основных структур являются залогом успешной безопасной и эффективной коррекции деформаций лица после массивной потери веса, что существенно повышает качество жизни у данной многочисленной категории пациентов.

ДЕТЕКЦИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПА ФИЛЛЕРА МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ, ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ

Безуглый А.П., Владимирова Е.В., Белков П.А., Безуглый Н.А.
ЗКафедра дерматовенерологии и косметологии Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва

Цель исследования: Изучить ультрасонографические признаки нормального распределения и биодеградации филлеров на основе гиалуроновой кислоты, гидроксиапатита, полиметилакрилата, а также установить ультрасонографические признаки осложнений после введения филлеров данных групп. Материалы и методы: Методом высокочастотной ультразвуковой визуализации исследовали различные анатомические области кожи и мягких тканей у 68 пациенток после введения филлеров на основе гиалуроновой кислоты, гидроксиапатита или полиметилакрилата. Также исследовали кожу и мягкие ткани у 48 пациенток с различными осложнениями после введения филлеров. Высокочастотное ультразвуковое сканирование проводили датчиками 22 и 75 МГц с разрешением 72 и 21 мкм соответственно. Ширина сканируемого участка составляла 12.8 мм, глубина сканирования 10-12 мм на частоте 22 МГц, и 4 мм на частоте 75 МГц. Определяли глубину расположения филлера, размеры и структуру филлера, а также ткани, в которых распределялся филлер и пограничные ткани. Результаты: Установили ультрасонографические признаки для определения локализации и дифференциации филлеров а основе гиалуроновой кислоты, гидроксиапатита и полиметилакрилата. Описали основные ультрасонографические признаки воспалительных, рубцовых и гранулематозных осложнений после введения филлеров. Выводы: Неинвазивное определение типа и особенностей распределения филлеров в коже и мягких тканях методом высокочастотной ультразвуковой визуализации повышает качество и специфичность диагностики осложнений после контурной пластики.

ПРУРИГО: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И БРЕМЯ БОЛЕЗНИ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ПОДХОДОВ К ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ С ПОЗИЦИЙ ПСИХОДЕРМАТОЛОГА И КОСМЕТОЛОГА

Бобко С.И.
ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ г. Москвы», Москва

Актуальность проблемы в настоящее время пруриго рассматривается как самостоятельное заболевание, характеризующееся хроническим зудом (т.е. длящимся в течение 6 недель и более), хроническими экскориациями и наличием локализованных или диссеминированных пруригинозных высыпаний. Это заболевание развивается у предрасположенных пациентов независимо от этиологии зуда, которая может быть дерматологической, системной, неврологической, психиатрической/психосоматической, мультифакториальной или

неизвестной этиологии. Патопфизиология пруриго остается в основном неизвестной, но считается, что вклад в хронизацию заболевания вносят механизмы нейрональной сенситизации и продолжающийся цикл зуд-расчесы. Цель: для комплексного понимания пруриго требуется создание клинического профиля заболевания (демографические характеристики пораженной популяции, коморбидности, интенсивность зуда, сопутствующие сенсорные симптомы и бремя болезни). Материалы и методы: ввиду отсутствия убедительных эпидемиологических данных, это заболевание рассматривается как относительно редкое. Следовательно, необходимы мультицентровые исследования для изучения данного заболевания. Проведено проспективное мультицентровое когортное исследование с использованием опросников для пациентов, с участием 15 центров из 12 стран Европы с целью создания клинического профиля и выяснения бремени хронического узловатого пруриго. Это важный шаг для понимания заболевания и, следовательно, оказания лучшей медицинской помощи пациентам с этим заболеванием. Результаты В рамках международного проекта по пруриго подведены итоги результатов обследования 509 пациентов с пруриго (210 мужчин, средний возраст 64 года). Среди них у 406 пациентов отмечался зуд и высыпания за последние 7 дней. Был отмечен зуд средней и высокой интенсивности за последние 24 часа. У большинства пациентов (71%) зуд отмечался часто или всегда, а также негативно влиял на повседневную жизнь (53%). Интенсивность зуда – самый важный аспект для пациента (49%), далее следовал по важности аспект – видимые высыпания (21%) и кровотечение в месте высыпаний (21%). Большинство пациентов не знали о существовании заболевания, лежащего в основе пруриго, психические заболевания наиболее часто были ассоциированы с пруриго (19%). В дополнение к зуду, наиболее часто среди отмечаемых симптомов было жжение (39.9%), ощущение по типу укусов (35.7%) и боль (32.5%). 36% пациентов отмечали, что пруриго было связано с другими заболеваниями. Это заболевание было в большинстве случаев психиатрическое/ психосоматическое (19.3%), за ним следовал сахарный диабет (15.6%) и аллергия (9.2%). Что касается эмоционального восприятия зуда, то пациенты называли чаще всего его беспокоящим (55.2%), раздражающим (50.7%), мучительным (46.6%), трудно контролируемым (35%). Отмечалось негативное влияние на повседневную жизнь в 53.1%. Зуд влиял на взаимоотношения с другими людьми в 37.6%. Сон нарушен у 42.5% пациентов, в то время как негативному влиянию на радость от жизни и настроение были подвержены 44.4% пациентов.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАННЫХ ПРОТОКОЛАХ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО COVID-19

Быкова И.С., Замараева Д.Д., Бычкова Н.Ю.

Многопрофильная клиника «Молодость», г. Ижевск, клиника «Доктор плюс косметология» г. Ижевск, кафедра эстетической медицины Российского университета дружбы народов, г. Ижевск

На сегодняшний день в медицине широкое распространение получили новые методы диагностики и лечения, основанные на достижениях фотохимии, фотобиологии и квантовой фи-

зики. Фотодинамическая терапия (ФДТ) представляет собой метод лечения, заключающийся в применении лекарственных препаратов — фотосенсибилизаторов (веществ, чувствительных к свету) и низкоинтенсивного излучения с длиной волны, соответствующей пику поглощения фотосенсибилизатора. В последние десятилетия фотодинамическая терапия стала широко применяться в дерматологии и косметологии. Накоплен опыт применения ФДТ для реабилитации пациентов после перенесенной коронавирусной инфекции. Цель исследования: исследовать эффективность сочетанных протоколов фотодинамической терапии и введения нестабилизированной гиалуроновой кислоты у пациентов с постковидным синдромом. Пациенты и методы: в исследовании приняло участие 20 человек: 19 женщин и 1 мужчина. Программа исследования включала фотодокументирование перед началом и после курса ФДТ, заполнение анкеты по оценке состояния кожи, оценка производилась по пятибалльной шкале, где 1- не удовлетворен внешним видом и 5-полностью удовлетворен. Оценка уровня негативного восприятия своего внешнего вида пациентами оценивалась по 4-х балльной шкале. В своей работе мы использовали оборудование для фотодинамической терапии (REVIXAN DUO LIGHT), которая работает в двух световых режимах с длинами волн, которые соответствуют максимумам поглощения фотосенсибилизатора: 400±2нм (синий свет) и 660±2нм (красный свет) и два вида геля-фотосенсибилизатора (с содержанием хлорина е6 и гель с фикоцианином). Критерии включения пациента в исследование: возраст 18 – 60 лет, состояние после перенесенной коронавирусной инфекции в последние 6-12 месяцев. Критерии исключения – возраст до 18 лет и старше 61 года, соматические заболевания в стадии обострения, злокачественные новообразования кожи, беременность и лактация; воспалительные и инфекционные заболевания кожи, прием фотосенсибилизирующих препаратов, наличие перманентных филлеров, неоправданные ожидания пациента. Результаты: в терапии пациентов использовались сочетанные протоколы эстетической коррекции в зависимости от патологии. Для терапии пациентов использовались как монопротоколы фотодинамической терапии (курс 5-7 процедур) либо введение геля-имплантат для интрадермального введения (Repart®PG) 1-2 процедуры на фоне курса терапии ФДТ (курс 5-7 процедур) при жалобах на выраженную дегидратацию кожи. Эффективность оценивали путем анкетирования пациентов по оценке состояния кожи в начале и конце исследования. На основании проведенного статистического анализа средняя оценка удовлетворенности внешним видом составляла 3 балла, после курса терапии она повысилась до 4 баллов у всех пациентов. Самой частой проблемой среди участников исследования являлись морщины с локализацией в нижней трети лица. После окончания курса лечения 90% пациентов отметили уменьшение выраженностей этих морщин за счет повышения тургора кожи. Комбинированные протоколы терапии оценивались согласно субъективной оценке качества лица и шкалы выраженности морщин, также на основании оценки уровня негативного восприятия своего внешнего вида пациентами. В результате проведенного лечения эффективность комбинированных курсов терапии на 10% выше, чем монотерапия ФДТ. Выводы 1. На сегодняшний день фотодинамическая терапия является эффективной и безопасной методикой, которую можно включать в сочетанные протоколы терапии пациентов с постковидным синдромом. 2. Удовлетворенность пациентов внешним видом

положительно сказывается на их качестве жизни. 3. Сочетание методик позволяет добиться более быстрых и выраженных результатов лечения у пациентов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НИТЕЙ ИЗ 100% ПОЛИМОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ АРМИРУЮЩИХ САМОРАССАСЫВАЮЩИХСЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ

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 удовлетворённости 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 2-4мл, 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%). Ярковыраженный клинический эффект достигался к концу 3 месяца за счёт 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 удовлетворённости пациентов и гарантирует оптимальный эстетический результат, расширяя практические возможности косметолога и позволяют избежать возможных осложнений.

НИТЕВОЙ БУЛХОРН НИТЯМИ ИЗ 100% ПОЛИМОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ

Васильева Е.В.

Институт красоты Belle Allure, Москва

Цель: определение эффективности лифтинга и омоложения нитями Resorbift для коррекции инволюционных изменений периоральной области в практике врача-косметолога. Объекты исследования: пациенты центра – 28 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 удовлетворённости пациентов полученным результатом. Имплантированы по 4 нити с каждой стороны пациентам с целью сокращения назолабиального расстояния, уменьшения выра-

женности носогубной складки и уменьшения морщин вокруг губ. Последовательность процедуры: разметка, обработка 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, инфильтрационная анестезия 2% лидокаином 2-4мл, введение по разметке подкожно нитей через один прокол с каждой стороны иглой 90 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 25 (89,3%), хороший у 3 (10,7%). Ярковыраженный клинический эффект достигался к концу 3 месяца за счёт 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 удовлетворённости пациентов и гарантирует оптимальный эстетический результат, расширяя практические возможности косметолога и позволяют избежать возможных осложнений.

ПСИХОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ТИПЫ В КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ И ЭСТЕТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА. КОНСЕРВАТИВНЫЙ И ЛИБЕРАЛЬНЫЙ СЦЕНАРИИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Гладыко В.В., Измайлова И.В.

Институт медико-социальных технологий, Москва

Эволюцию изменений идеальных параметров красоты человеческого тела интересно наблюдать на примере произведений изобразительного искусства. Связь социального развития и развития научно-технического прогресса с формированием эстетических стандартов неоспорима. Задача эстетической коррекции состоит в максимальном удовлетворении целей эстетической коррекции в соответствии с ожиданиями пациента. Правильно оценить ожидания пациента и составить успешный индивидуальный план коррекции поможет классификация психоморфологических типов. Известно, что каждое поколение формирует свои особенности этического и поведенческого кодекса, которые коррелируют с запросами в области эстетической медицины. Деление по поколениям происходит по условной горизонтали: поколение бэббумеров, X, Y (миллениалы), Z (детки). Однако для правильного определения социальных запросов в области эстетической медицины необходимо рассматривать тренды в разных социальных группах, что в свою очередь позволяет сформировать деление потенциальных пациентов в группы по условной вертикали. Если мы сравним представителей из одного поколения, то можно четко увидеть отличия в отношении пациентов к целям и предполагаемым результатам эстетической коррекции. Предлагаемая нами классификация по 4 психоморфологическим группам: 2 в консервативном поле, 2 в либеральном, позволяет более точно рассматривать сценарии эстетической коррекции с формированием индивидуальных планов для каждого отдельного пациента. Дополнительно нами рекомендовано использовать морфологическую классификацию типов старения, предложенную врачом-косметологом Инной Ивановной Кольгуненко. Классификация подразумевает 4 основных морфологических типа старения:

мелкоморщинистый, усталый, гипертрофически-отечный и мышечный тип. Для каждого психоморфологического типа предлагается либеральный или консервативный сценарий эстетической коррекции, что позволяет достичь максимальной степени удовлетворенности пациентами результатами коррекции в соответствии их ожиданиям.

ПРЕДИКТОРЫ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

Глазунова А.А.

Клиника пластической хирургии и косметологии FORME, Санкт-Петербург

С внедрением в ежедневную практику врачей-косметологов высокоэнергетических аппаратных методов растет число нежелательных явлений. В настоящее время приоритетными методами в практике врача-косметолога являются методики с короткими сроками реабилитации и минимальными рисками осложнений. Высокие ожидания пациентов, растущее количество методик и аппаратов на рынке, высокая конкуренция не дают врачу права на ошибку. При проведении любой процедуры задействованы 3 звена: пациент, врач, инструмент. Каждое может служить причиной возникновения нежелательного явления во время и после проведения процедуры. Индивидуальные особенности пациента неизбежно влияют на ход процедуры и реабилитации. На консультации необходимо оценить наличие абсолютных и относительных противопоказаний к проведению процедуры, комплаентность пациента, сопутствующие заболевания и состояния, принимаемые лекарственные препараты, БАД, особенности образа жизни, питания, ранее проведенные косметологические процедуры. Наиболее часто встречающиеся заболевания и состояния у условно здоровых пациентов, являющиеся потенциальными триггерами возникновения нежелательных явлений: акне, розацеа, гиперкератоз, хронические инфекции ЛОР органов, хронические воспалительные заболевания зубочелюстной системы, перенесенная коронавирусная инфекция, недавно проведенная вакцинация, множественные папилломы, отечный синдром, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, дефицитные состояния, загар, прием некоторых лекарственных препаратов, БАД. Врач-косметолог на консультации принимает решение о целесообразности высокоэнергетической процедуры у конкретного пациента в данных условиях, оценив риски развития нежелательных явлений. Для успешного проведения процедуры и получения ожидаемого результата врач-косметолог должен обладать следующими компетенциями: навыки диагностики состояния покровных тканей, дерматологических заболеваний, синдромов и состояний; понимание физических факторов, реализованных в аппарате, и принципов взаимодействия их с тканями; умение прогнозировать реакцию тканей и течение реабилитационного периода; понимание принципов наружной терапии при различных типах контролируемого повреждения в зависимости от типа кожи и стадии раневого процесса; умение составлять комплексные программы лечения, соблюдение техники безопасности работы на аппаратах, обучение у сертифицированных тренеров, следование протоколам, мониторинг состояния тканей после процедуры. Дополнительными

помощниками врачу служат внедрение обязательного анкетирования пациента, четкий алгоритм консультации, применение аппаратных диагностических методов (дерматоскопия, люминисцентная диагностика, 3D диагностика на основе полиспектрального анализа, УЗИ, МРТ) Ни одна высокоэнергетическая косметологическая процедура не обходится без инструмента – аппарата, в котором реализован физический фактор, взаимодействующий с биологической тканью, а также вспомогательного оборудования. Успех процедуры зависит от организации рабочего места, наличия и исправности вспомогательного оборудования (охлаждение, эвакуатор дыма, кератопротекторы, контактные среды итд.), применения сертифицированного оборудования, регулярно проходящего техосмотр, с сертифицированными расходными материалами. В настоящем докладе на клинических примерах рассмотрены различные причины возникновения нежелательных явлений, полученных при проведении высокоэнергетических процедур и проведен анализ клинических кейсов. В большинстве случаев нежелательных явлений и осложнений можно избежать, следуя алгоритмам подхода к отбору и ведению пациентов: -качественное анкетирование пациента при первичном приеме, сбор анамнеза при каждом посещении -оценка предыдущего опыта агрессивных процедур у пациента, его ожиданий, готовности следовать назначениям -направление к врачам-специалистам при необходимости -внедрение объективных методов диагностики кожи и мягких тканей в практику -составление плана лечения с учетом особенностей пациента -адекватное ведение пациента в постпроцедурный период (устные и письменные рекомендации, контроль их выполнения, назначение реабилитационных процедур при необходимости, контрольные осмотры) -использование сертифицированного оборудования в исправном состоянии -соблюдение техники безопасности при работе на аппаратах, следование протоколам -тщательный контроль за состоянием оборудования, вспомогательного инструментария, организацией и оснащением рабочего места, обучение персонала

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ С ТРАНЗИТОРНЫМ АКАНТОЛИТИЧЕСКИМ ДЕРМАТОЗОМ (БОЛЕЗНЬ ГРОВЕРА)

Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Радионова Е.Е.,
Донченко И.Ю., Денисова Е.В.

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Болезнь Гровера – редкий транзиторный акантолитический доброкачественный дерматоз. Первым данное заболевание описал дерматолог Р. Гровер в 1970 году. Наиболее часто встречается у мужчин, в возрасте 40-50 лет. Этиология неизвестна. В качестве триггеров рассматривают гиперинсоляцию, физическую нагрузку и гипергидроз. Различают острый и хронический типы течения болезни. Дифференциальный диагноз осуществляют с пемфигусом, почесухой, болезнью Дарье, доброкачественной пузырчаткой Хейли-Хейли, папулезной крапивницей, дерматитом Дюринга, чесоткой, укусами насекомых, дерматомиозом, фолликулитом и медикаментозной токсидермией. Представляем случай болезни Гровера у пациентки А. 51 года, с синдромом Рейно, холециститом, и гастритом в анамне-

зе. Пациентка А., Считает себя больной с ноября 2020 года, когда впервые отметила появление высыпаний на коже. Начало заболевания связывает с перенесенным стрессом. В январе 2021 года обратилась к дерматологу в частную клинику, где был выставлен диагноз «дерматит Дюринга», было назначено лечение: сульфоновые, антигистаминные препараты, энтеросорбенты, наружно топические стероиды, безглютеновая диета, через 10 дней в связи с появлением свежих высыпаний была увеличена дозировка Дапсона до 100 мг, Дипроспан 1,0 в/м № 2 (один раз в 10 дней) с хорошим эффектом. В апреле 2021 года самостоятельно отменила прием Дапсона, в связи отсутствием эффекта и ухудшением общего самочувствия (слабость). В июне 2021 года находилась в Армении, обратилась к дерматологу, был выставлен диагноз КПЛ?. Назначено лечение: дексаметазон (дозу уточнить затрудняется), кальций глюконат, фенкарол 50 мг, без эффекта. В ноябре 2021 года в Москве обратилась к дерматологу, где был выставлен диагноз «Аллергический дерматит?», Пациентка была направлена в КДЦ, где выставлен диагноз «Дерматит Дюринга?», проведена диагностическая биопсия (Патологические изменения носят характер слабо выраженного дерматита без признаков формирования полостного элемента, могут наблюдаться в разрешающемся элементе сыпи), и проведено лечение: антигистаминные препараты, энтеросорбенты, наружно стероидные мази, без эффекта. Настоящее обострение с апреля 2022 года, лечилась антигистаминными препаратами, наружной терапией, с незначительным эффектом, в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии направлена на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» с предварительным диагнозом: Герпетиформный дерматит Дюринга; При поступлении: пациентка предъявляла жалобы на высыпания на коже волосистой части головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей, выраженный зуд в местах высыпаний; при осмотре: патологический процесс носит распространенный хронический воспалительный характер. Локализуется на коже волосистой части головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей. На эритематозном фоне слабоинфильтрированные папулы, диаметром до 0,5 см, мелкие эрозивные дефекты, размером около 2 мм в диаметре, эскориации, покрытые геморрагическими корками, поствоспалительные пятна застойно-розового цвета. Симптом Никольского отрицательный. Видимые слизистые оболочки и ногтевые пластины кистей и стоп интактны. С целью верификации диагноза были проведены: диагностическая биопсия кожи: эпидермис с участками надбазального акантолиза с образованием небольших щелевидных полостей, эрозивными дефектами, покрытыми некротическим детритом. В верхних отделах дермы первично-аскулярные лимфоциты с примесью небольшого числа эозинофилов инфильтраты. Заключение: Морфологическая картина более всего соответствует болезни Гровера, иммуногистохимическое исследование (признаков специфической фиксации (Ig G, Ig A, Ig M, C3C, fibrinogen) в пределах исследованного биоптата не обнаружено), взят анализ на акантолитические клетки (отрицательный). Таким образом, на основании жалоб (зуд), анамнеза заболевания (длительное непрерывно-рецидивирующее течение, отсутствие эффекта от сульфонового препарата), отсутствие свечения (фиксации) в пределах исследования биоптата (Ig G, Ig A, Ig M, C3C, fibrinogen), результаты гистологического исследования, отрицательный анализ на акантолитические

клетки, был установлен диагноз: Транзиторный акантолитический дерматоз (болезнь Гровера). Данный клинический случай представляет интерес в связи с редкостью данного заболевания среди дерматологических пациентов, трудностью диагностики и необходимостью своевременной дифференциальной диагностики, основным методом постановки диагноза считать гистологическое исследование.

ИНФЛАМЭЙДЖИНГ: МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ СТАРЕНИЯ КОЖИ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ ТАРГЕТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОСМЕТОЛОГИИ

Кветной И.М., Дробинцева А.О., Газитаева З.И., Миронова Е.С., Зубарева Т.С.

Компания МБС – медицинские БиоСистемы, Москва

Современные биомедицинские исследования свидетельствуют о том, что эффективность применения того или иного фармпрепарата зависит от генетических и эпигенетических факторов, среди которых ключевое место занимают сигнальные молекулы, осуществляющие широкие межклеточные взаимодействия, нарушения которых лежат в основе патогенеза многих заболеваний. Широкое внедрение в биомедицину молекулярно-биологических методов верификации экспрессии генов, кодирующих синтез сигнальных молекул (гормонов, цитокинов, ферментов и других факторов) позволило в последние годы создать в дерматокосметологии новое научно-прикладное направление – молекулярную косметологию. Это направление значительно расширяет возможности изучения тонких молекулярно-клеточных механизмов функционирования кожи, на основе которого открываются перспективы поддержания структурно-функциональной организации кожи не только в здоровом, но и эстетически красивом состоянии на протяжении всей человеческой жизни. В 2014 году С. Franceschi был предложен новый термин «инфламэйджинг» («inflammaging»), который характеризует хроническое, слабовыраженное воспалительное состояние, протекающее бессимптомно и являющееся деструктивным для организма [Franceschi C, Campisi J., 2014]. Стареющие клетки экспрессируют провоспалительные цитокины, факторы роста и матричные металлопротеиназы, которые в совокупности формируют ассоциированный со старением секреторный фенотип (SASP). Цель исследования. Изучение экспрессии сигнальных молекул в клетках фибробластов кожи при моделировании инфламэйджинга in vitro для расширения представлений о формировании SASP фенотипа и его роли в механизмах инфламэйджинга кожи человека. Материал и методы. Культура клеток фибробластов кожи 1 пассажа по достижении 80% монолюсы подвергалась генотоксическому стрессу в течение 30 минут воздействием УФ-облучения лампы Philips TUV 8W (Philips, Нидерланды), которая излучает ультрафиолетовый свет с длиной волны 253,7 нм (УФ-С). Верификация экспрессии сигнальных молекул (биомаркеров) осуществлялась иммуноцитохимическим методом с применением антител к Hsp-90, p38, MAPK, Parkin, p65, Ki-67, Sirt-6, Klotho (все Abcam). Для оценки результатов иммуноцитохимического окрашивания проводили морфометрическое исследование с использованием системы компьютер-

ного анализа микроскопических изображений, состоящей из микроскопа Olympus IX73 и программного обеспечения CellSens. Статистическая обработка проводилась в программе «Statistica 11.0». Результаты исследования. Обнаружено статистически значимое увеличение экспрессии белков-маркеров SASP: p38 и p65 в клеточной культуре фибробластов кожи человека в модели инфламэйджинга. В то же время установлено статистически достоверное уменьшение экспрессии маркеров Hsp-90, Ki-67, Parkin, Sirt-6 и Klotho. Так в отношении маркера пролиферации (Ki-67) показано снижение показателя площади экспрессии в модели инфламэйджинга практически до нулевых значений. Выявлено снижение экспрессии маркера Parkin – митохондриального белка, формирующего сохранность мембраны митохондрий и предотвращающего митохондриальное старение в группе с инфламэйджингом в 2 раза по сравнению с контрольной группой. Верифицировано снижение маркера Klotho, регулирующего старение клеток в 3,8 раза при инфламэйджинге в сравнении с нормальной культурой фибробластов. Установлено снижение экспрессии сиртуина-6 – мощного эндогенного геропротектора при инфламэйджинге в 3 раза по сравнению с контрольной группой. Экспрессия молекулярного шаперона Hsp-90, отвечающего за правильный фолдинг белков, также снижалась в культуре клеток фибробластов человека при инфламэйджинге (значения составляли 16,06–2,1% в контрольной группе, при моделировании инфламэйджинга 8,54–1,01%). Выводы. Результаты исследования особенностей экспрессии молекул, характерных для фенотипа SASP в клеточной культуре фибробластов существенно дополняют представления о механизмах инфламэйджинга, происходящих в коже. Исследования ключевых факторов, вовлечённых в механизмы старения позволяют расширить представления об инфламэйджинге и выявить новые сигнальные молекулы, характеризующие фенотип стареющих клеток. Именно разработка и применение различных дерматокосметологических препаратов и процедур, основанных на молекулярном изучении роли биологически активных сигнальных молекул, экспрессируемых клетками кожи, открывает новые многообещающие перспективы для продления периода «красивого долголетия».

ЧЕТКИЙ ОВАЛ ЛИЦА – ГИБРИДНАЯ 2-Х ЭТАПНАЯ КОРРЕКЦИЯ

Короткова Е.А., Шелег М.Ю., Шульгин Э.А.

ООО «ЛАМЭ», Ярославль

Современные тенденции эстетической медицины направлены на малоинвазивность и малотравматичность, при этом эффективность используемых методик должна быть высокой, риски – минимальными, а реабилитация – мягкой. На стыке двух специальностей, косметологии и пластической хирургии можно получить хорошие и долгосрочные результаты. Цель исследования: разработка щадящей методики, максимально сохраняющей анатомические структуры и обеспечивающей оптимальный эстетический результат (восстановление овала лица малоинвазивными и малотравматичными методиками, долгосрочный результат, достоверная эффективность процедур). Задачи: продемонстрировать наш командный подход восстановления овала лица

при начальных и средних изменениях нижней трети лица. Материалы и методы: в период с 2019 по 2022 годы с помощью данной методики нами было выполнено комплексное восстановление овала лица у 98 пациентов с начальными и средними изменениями овала лица (средний возраст пациентов 42 года). Для устранения выше указанных изменений нами была разработана 2-х этапная коррекция данной области, которая включает в себя: 1. Липосакция по контуру нижней челюсти и субментальной области с одномоментной последующей аугментацией подбородка и углов нижней челюсти филлерами на основе ГК или гидроксипатита кальция. 2. Ультразвуковой СМАС лифтинг нижней трети лица и ботулинотерапия нижней трети лица для расслабления m. Platysma, m. Mentalis, DAO с целью более эффективной коррекции овала лица и одновременно с профилактической составляющей. Данный этап проводился через 3 мес. после первого этапа. Выводы: для решения задач у пациентов с начальными и средними возрастными изменениями овала лица совместная работа пластического хирурга и косметолога позволяет добиваться максимальных положительных результатов с минимальными рисками и коротким реабилитационным периодом. Для получения максимального результата необходимо повлиять на все причины, нарушающие овал лица. Первый этап – восстанавливает контуры лица уменьшая толщину подкожно-жировой клетчатки, облегчая нижнюю треть липосакцией. При этом, количество используемого филлера уменьшается, что позволяет сохранить мягкие ткани от растяжения избыточными объемами и сохраняет естественный вид пациента. Аугментация филлерами позволяет восстановить и/или сформировать опору для мягких тканей, что делает овал лица более четким и создает опору предотвращая последующее опущение тканей. Четкость контура лица зависит не только от костного каркаса и толщины подкожно-жировой клетчатки, но и от мышечного слоя и связочного аппарата. Учитывая это, мы проводим второй этап, воздействуем на эти структуры с помощью ультразвукового СМАС лифтинга и ботулинотерапии.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В КОРРЕКЦИИ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ

Кузнецова Е.Д.

Московская Ассоциация Косметологов, Москва

Современный мир, обусловленный широким развитием косметологических услуг, вводит новые требования к лечению пациента. Рынок косметологии сформировал «вторую волну», так называемых «постпроцедурных» пациентов, лечение которых требует от врача тотального подхода к построению косметологической программы лечения. В своей практике врачу неукоснительно необходимо учитывать существующие изменения в процессе мягкотканого птоза, обусловленные проведенными ранее косметологическими и хирургическими вмешательствами. При этом, мы отдаем себе отчет, что большинство косметологических процедур по своей сути направлены на синтез коллагена. В своей практике, мы каждый день наблюдаем пациентов с постпроцедурными фиброзными видеоизменениями: фиброзные «каркасы» после армиро-

вания нитями, фиброзные «каналы» после контурной пластики, а также рубцовые изменения различного генеза. Как никогда, становятся актуальными для врача дополнительные методы диагностирования кожи: УЗИ, конфокальный микроскопия, гистологические исследования. Уже сегодня превалирует группа пациентов, для которых новая косметологическая услуга должна в обязательном порядке сопровождаться не только стандартным протоколом подготовки к процедуре, но и специальной подготовительной терапией по видоизменению/разрушению или усилению эффекта уже существующего, изменённого состояния тканей. Изменения в структуре анамнеза. При первичном обращении, появляется новый блок анамнеза: выявление процедур, проведенных ранее, оценка произошедших изменений в тканях, динамики состояния комплекса покровных тканей в процессе проводимых медицинских манипуляций и/или косметологической коррекции; Классифицируем постпроцедурные изменения: непатологические (эффект), патологические (осложнения). Интерес представляет неосложненные изменения, которые мы привыкли называть эффектом: • фиброзные «каркасы» после нитевого армирования, • фиброзные «тоннели» после лифтинга нитями, • изменения после контурной пластики, • уплотнения в результате аппаратных методик, • «точки фиксации» после процедур SMAS-лифтинга. Изменения, происходящие в тканях, не являются статичными в периоде. Каждому постпроцедурному периоду соответствуют свои особенности, ограничения и возможности сочетанности процедур. При каждом новом воздействии в задачу врача входит определение не только типа и степени видоизменения, но и уровня (глубины) видоизмененного состояния тканей. Фиброз кожи – понятие все больше набирающее распространение в косметологии. Единые, признанные медицинским сообществом определение и классификацию, найти сегодня сложно, что мешает разработке оптимальных методов лечения. Все это ставит работу с лечением фиброза кожи в ряд актуальных нерешенных задач медицины, в частности дерматокосметологии. В практике клинических обращений, все чаще, встречаются пациенты с осложнениями в виде различных рубцовых изменений. Косметология сегодняшнего дня, несмотря на свою относительную «молодость» вступает в новую эпоху постпроцедурного пациента. Это ставит новые задачи перед врачом косметологом и пластическим хирургом. Понимание постпроцедурных процессов в тканях и современные методы работы с постпроцедурными изменениями позволяют проводить эффективные терапии, снижая риск осложнений. Сформированный опыт работы с рубцовыми деформациями объединён в докладе по следующим блокам: 1. Классификация фиброза и рубцовых деформаций. 2. Принцип работы, понятие дефибрирующей процедуры. 3. Схемы лечения рубцовых деформаций различной степени: – программы по работе с рубцовой тканью: атрофический, нормотрофический, гипертрофический. 4. Коррекция рубцов постакне. 5. Коррекция рубцовой ткани после блефаропластики.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ КОЖНОЙ ТОКСИЧНОСТИ

Кутина А.Ю., Брико Н.И., Орлова Е.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Актуальность. В настоящее время наблюдается рост уровня онкологических заболеваний, в том числе у пациентов достаточно молодого возраста. Наиболее распространенными видами онкологических заболеваний являются: рак молочной железы, колоректальный рак, рак кожи. Современным и эффективным методом лечения является применение таргетной терапии. Однако во время приема таргетных препаратов могут наблюдаться нежелательные явления. Так, кожная токсичность наиболее часто наблюдается при применении ингибиторов EGFR и достигает 90-100%. Проявление высыпаний со стороны кожных покровов значительно влияет на уровень качества жизни, особенно у социально активных пациентов. К тому же высыпания на видимых участках кожи могут создавать значительный эстетический дискомфорт. По данным исследований, назначение профилактической терапии уменьшает выраженность клинических проявлений нежелательных явлений со стороны кожных покровов.

Цель исследования заключается в оценке уровня качества жизни и необходимости ранней профилактики у онкологических пациентов, получающих ингибиторы EGFR.

Материалы и методы. Данные были собраны с июня 2021 года по июнь 2022 года. Был проведен опрос пациентов, которые принимают (n=23) или только начнут принимать (n=7) терапию ингибиторами EGFR, который включал в себя оценку частоты развития кожной токсичности, а также изменение уровня качества жизни. В качестве шкалы была использована шкала дерматологического индекса качества жизни (DLQI). Всем пациентам без проявления кожной токсичности была назначена профилактическая терапия. Пациентам с клиническими проявлениями было назначено соответствующее лечение.

Результаты. Кожная токсичность 2 степени выявлена у 35%, было назначено лечение. Остальные пациенты (65%) получали профилактическое лечение. Результаты опроса показали, что уровень качества жизни был выше у тех пациентов, которые начинали принимать профилактическую терапию, и у которых не было проявлений нежелательных явлений со стороны кожи, в отличие от пациентов с кожными проявлениями.

Выводы. Своевременно назначенное профилактическое лечение положительно влияет на уровень качества жизни у онкологических пациентов, которые принимают терапию EGFR. В дальнейшем это позволяет пациентам не испытывать психологический, социальный и физический дискомфорт, что особенно важно для молодой категории пациентов.

СОЧЕТАННЫЕ МЕТОДИКИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ОВАЛА ЛИЦА

Лагутова Г.А.

Салон красоты Dolce Vita, Омск

Во всем мире растет популярность аппаратных технологий, среди которых микросфокусированный ультразвук, считается наиболее эффективным методом, который за короткое время, без реабилитации устраняет птоз, компактизирует ткани средней – нижней трети лица, субментальной зоны. Комбинированное применение ультразвука с другими аппаратными, инъекционными методами позволяет комплексно подойти к проблеме, воздействуя на разные звенья патогенеза возрастных изменений. Гравитационный птоз нижней трети лица в 70% сопровождается гипертрофией преплатизмарного жирового пакета, требует применения комбинированного протокола коррекции. У пациентов с гипертрофией преплатизмарного жирового пакета применяется сочетание криолиполиза, микросфокусированного ультразвука.

Цель: оценка клинической эффективности, удовлетворительности пациентов, переносимость, атравматичность.

Задачи: проведение малоинвазивных процедур с меньшей реабилитацией, эффективного и долгосрочного результата коррекции гравитационного птоза нижней трети лица, ремоделирования дермального матрикса.

Методы: сравнительное исследование здоровых женщин и мужчин 35-48 лет продолжительностью год. В исследовании участвовали 16 пациентов с деформационным и/или смешанным (деформационно-пастозным) морфотипом старения II-III степень по шкале Мерц с гипертрофией преплатизмарного жирового пакета. 2 сравнительные группы: 1 группа – 7 пациентов. Выполнялась процедура микросфокусированного ультразвука, криолиполиза. 2 группа – 9 пациентов. Те же процедуры и введение имплантата волюметрической коррекции на основе гидроксиапатита кальция, с целью восстановления дефицитов объемов лица, стимуляции коллагеногенеза.

Материалы. Датчик/излучатель ультразвуковой 4,5 мм и/или 3 мм, 1,5 мм. Аппарат криолиполиза. Имплантат гидроксиапатита кальция. Первая группа – криолиполиз на область преплатизмарного жирового пакета, через 1,5 месяца микросфокусированный ультразвук. Второй группе после этих двух процедур вводился гидроксиапатит кальция в дефициты объема лица. Пациентам выполнялось 2 D-фотграфирование («анфас» и «фас», под углом 45). Оценка переносимости процедур (болезненность, экхимозы, онемение, эритема, отечность). По 5-бальной шкале, где 0 – отсутствие, 5 – максимально возможная выраженность переносимости процедуры. Через 14 дней, 3, 6 месяцев, год регистрировалась динамика изменений 2 D-фотграфирование, определение по шкале Мерц (визуальная оценочная 5-бальная шкала старения, где 0 – минимальные изменения, 4 – выраженные изменения). Криолиполиз – это медицинский аппарат, который воздействует холодом на подкожно-жировую клетчатку, с целью ее разрушения, уменьшения объема. На кожу кладется мембрана, пропитанного защитным гелем, от воздействия низких температур, предотвращает термические поражения поверхности кожи. Складка жировой ткани втягивается в аспирационную камеру, подвергается охлаждению. Для

подбородочной области используется Мини-манипула. В течение 70 минут, температура охлаждения +3 °С. Процедура микросфокусированного ультразвука проводилась на область всего лица, включая субментальную зону. Датчики 4, 5 мм и/или 3 мм, 1,5 мм через 1,5 месяца после криолиполиза. Введение гидроксиапатита кальция в дефициты объема лица. Перед введением препарата кожа лица обрабатывалась водным раствором хлоргексидина. Канюлей 22 G препарат вводился субдермально. Результаты: 1 группа – объективное улучшение овала лица и контура нижней челюсти. 2 группа – улучшение овала лица и сохраняющийся объем до года, удовлетворительность клиническим результатом, улучшение качества кожи.

Выводы. Клиническая эффективность разных протоколов ведения пациентов подтверждена результатами оценки по шкале Мерц, результат в уровне клинических проявлений возрастных изменений, объясняются уменьшением объема субментальной зоны, «усадки» тканей, гармоничный результат. При оценке результата 3, 6, год достоверной разницы в оценке шкале Мерц не выявлено, что свидетельствует о длительности достигаемого клинического результата, прогнозируемый клинический эффект, субъективных факторов, при определении визуальной оценки. Переносимость процедуры микросфокусированного ультразвука, криолиполиза была удовлетворительной. Отсроченных нежелательных явлений за период наблюдений 12 месяцев не выявлено.

ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ПРОТОКОЛА АППАРАТНЫХ И ИНЪЕКЦИОННЫХ МЕТОДИК ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ФИГУРЫ ПАЦИЕНТА

Лесенко Е.Ю.

Клиника Beautiful People (Красивые люди, ООО Анатомия СПб), Санкт-Петербург

В докладе представлен сочетанный метод применения аппаратной контактной гипотермии (криолиполиз), ультразвукового липолиза, микроигльчатого RF-лифтинга (с подготовкой зоны обработки инъекциями высокомолекулярной гиалуроновой кислоты с аминокислотами) и мультимикроальвеолярной стимуляции тканей посредством аппаратного массажа у пациентов с локализованными жировыми отложениями. Идея: Применение сочетанного протокола аппаратных методик, воздействующих послойно с целью избавления от жировых ловушек совместно с укреплением кожного покрова проблемной зоны. Цель: Коррекция фигуры: избавление от локализованных жировых отложений, работа с качеством кожи пациента: устранение дряблости кожного покрова, сокращений стрий, повышение тургора кожи, профилактика увядания кожи. Пациентам проводили процедуру контактной гипотермии (криолиполиза) проблемных зон, затем ультразвуковой липолиз одной зоны (однократно) и назначался курс аппаратного массажа из 10 процедур 1-2 раза в неделю. Результат оценивали спустя 2 месяца после криолиполиза, используя фотофиксацию, взвешивание и измерение сантиметровой лентой. У пациентов со стриями и/или дряблостью кожи обрабатываемой зоны назначался дополнительно микроигльчатый RF-лифтинг. За 14 дней

проводилась обязательная подготовка к процедуре в виде введения высокомолекулярной гиалуроновой кислоты с аминокислотами в проблемную зону. Результаты: Избавление от излишних объемов (локализованных жировых отложений) до минус 20 сантиметров без потери качества кожи и укрепление дермы в зоне воздействия.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИОДЕГРАДАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ НИТЕЙ СОС.

Мезенцев Ю.А.
НИУ БелГУ, Белгород

Актуальность исследования В настоящее время представлен незначительный обзор современных знаний об экспериментальных методах контроля биodeградируемости нитей. Большинство работ по применению резорбируемых нитей для подтяжки кожи посвящено показаниям к их применению, технике установки и клиническим результатам. Но то, как ведут себя нити при имплантации, – вопрос малоизученный. Также малоизвестно, как скоро и каким образом нити биodeградируют. Методы и материалы были оценены четырех различных вида биodeградируемых нитей: 1-й тип – PDO COG находятся внутри канюли 18G, длина 100 мм, 2-й тип – PLLA COG находятся внутри канюли 18G, длина 100 мм, 3-й тип – PCL COG находятся внутри канюли 18G, длина 100 мм, 4-й тип – PDO Press COG находятся внутри канюли 18G, длина 100 мм. Исследования выполнены на 40 половозрелых беспородных крысах-самцах массой 100–130 г в возрасте 5–6 недель, которым в подкожно-жировую клетчатку в область холки под местной анестезией были имплантированы нити. Образцы ткани из окружающей подкожной ткани вместе с нитью собирали для гистологического анализа через 63 дня после имплантации. Результаты В месте дефекта, вызванного имплантацией нити PDO COG 18G, стенка соединительнотканной капсулы имеет два слоя. Ближе к дефекту располагается слой грануляционной ткани, где наряду с фибробластами и макрофагами присутствуют нейтрофилы и единичные миофибробласты вокруг сосудов. В составе внеклеточного матрикса коллагеновые пучки тонкие и располагаются беспорядочно. При этом на периферии капсулы располагается слой зрелой соединительной ткани. Он содержит единичные фиброциты между пучками плотно, упорядоченно расположенных коллагеновых волокон. Встречаются единичные сосуды. В месте дефекта, вызванного имплантацией нити PCL COG 18G, стенка соединительнотканной капсулы имеет один слой зрелой соединительной ткани. Последний содержит единичные фиброциты между пучками плотно, упорядоченно расположенных коллагеновых волокон. В просвете дефекта визуализируется массивная перегородка соединительной ткани, которая делит нить на две разные по размерам части. В центре данной септы располагается преимущественно зрелая соединительная ткань, а со стороны имплантированной нити – грануляционная ткань. В последней выявляются дифференцированные фибробласты, множество макрофагов, единичные нейтрофилы. Вокруг дефекта, вызванного имплантацией нити PLLA COG 18G, наблюдается полная фиброзная

трансформация грануляционной ткани. Большая часть капсулы вокруг дефекта содержит единичные фиброциты, расположенные между коллагеновыми волокнами, которые горизонтально ориентированы параллельно поверхности раны и в соответствии с механической нагрузкой. Один из участков капсулы вдаётся в нить, а другой, снаружи горизонтальных ориентированных волокон, содержит поперечно идущие коллагеновые волокна, организованные в отдельные пучки. Присутствия сосудов нет. В месте дефекта, вызванного имплантацией нити PDO Press COG 18G, стенка соединительнотканной капсулы имеет наружный слой зрелой соединительной ткани. Последний содержит единичные фиброциты между пучками плотно, упорядоченно расположенных коллагеновых волокон. А непосредственно на границе с просветом визуализируется слой грануляционной ткани. В области дефекта между основной нитью и насечкой визуализируется массивная перегородка соединительной ткани, которая делит нить на две разные по размерам части. Центральная часть данной септы образована преимущественно зрелой соединительной тканью, а со стороны имплантированной нити – грануляционная ткань. Выводы Исходя из полученных морфологических описаний можно сделать вывод о том, что PDO COG – самые быстродеградируемые нити, отмечена активная пролиферация и выраженная биоремодуляция тканей; у нити PLLA COG отмечена длительная биodeградация и умеренная пролиферативная активность, у нити PCL COG выявлена самая длительная биodeградация без выявленной биомодуляции тканей; у нити PDO Press COG также выявлена длительная биodeградация и выраженная пролиферативная активность. Таким образом, можно сделать вывод, что различные виды материалов для косметологических нитей влияют на сроки биodeградации и пролиферативной активности.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПРОГРАММАМ ДЕТОКСИКАЦИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КЛИНИКЕ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ОЛЬГИ МОРОЗ

Мороз О.Н., Арзамасцев Е.Н.
Клиника эстетической медицины Ольги Мороз, Москва

1) Осознанная эффективность По мнению экспертов индустрии красоты: • Более тщательный подход к здоровью • Профилактика и генетические тесты • Новый уровень в косметологии – сохранение здоровья лица и тела 2) Комплексный подход – • Диагностика • Детоксикация • Восстановление энергии • Природная красота • Здоровое питание • Управление здоровьем 3) Типология пациентов и определение показаний/противопоказаний к применяемым методикам 4) Лабораторные тесты и генетическая диагностика 5) Комплексные программы и применяемые методики в зависимости от стадий интоксикации и степени возрастных изменений 6) Подход к восстановлению – инфузионная терапия, физиотерапия, эндосферотерапия, медицинские массажи, авторская методика дренажной мезотерапии, формирование программы от диетолога-нутрициолога. 7) Анализ результатов применяемого подхода

ТАНДЕМ СО2 ЛАЗЕРА И IPL В «ИНТИМНОМ» ОСВЕТЛЕНИИ

Нарыгина Т.А.

Клиника Бьюти Лаунж, Саратов

Цель: показать взаимодействие СО2 лазера и IPL технологии в лечении гиперпигментации кожи интимной зоны. Задача: оценить эффективность сочтения методик в работе с «глубоким» пигментом кожи интимной зоны в современном мире часто уделяется внимание эстетике интимных зон. И, конечно же, гиперпигментация занимает одно из первых мест. Причин как известно множество. После предварительной диагностики, важно исключить факторы риска и провокации образования гиперпигментации впоследствии. После скрининга и оценки общего соматического статуса пациента скомпенсированы дефициты нутриентов, исключены возможные факторы риска. Предположительно пигмент дермальный, что означает сложность в его устранении. Принято решение использовать в работе СО2 лазер с 10 W дважды с интервалом три недели. После процедур отмечался хороший лифтинг больших и малых половых губ, осветление кожи. Однако отмечалось наличие поверхностного пигмента, после чего через три недели после второй процедуры после применения СО2 лазера использовалась IPL методика. Фильтр применялся сначала 640 нм, затем повторный проход уже с фильтром 560 нм. После процедуры назначен местно крем с азелаиновоо кислотой. После оценки результата через два месяца отмечается положительная динамика и осветление кожи интимной зоны. Вывод: сочетание СО2 лазера и IPL технологии дают максимально быстрый положительный результат

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНЪЕКЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА И ШЕИ С УЧЕТОМ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОЖИ

Олисова О.Ю., Ханалиева И.А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Кафедра кожных и венерических болезней лечебного факультета им. В.А.Рахманова., Москва

Актуальность: На сегодняшний день основной причиной преждевременного старения кожи в мире является фотоповреждение при воздействии неионизирующего излучения. Перспективным направлением патогенетической терапии инволюционных изменений кожи (ИИК) лица и шеи является инъекционное использование гиалуроновую кислоту (ГК), кремний- и цинк-содержащих препаратов, однако исследования с определением динамики экспрессии ключевых биомаркеров старения кожи малочисленны. Несмотря на накопление аномальных эластических волокон в глубоких слоях дермы при ИИК, нет четкого представления и о генетических маркерах определяющих вариант формирования индивидуального морфотипа старения. Цель исследования: Оптимизация методов инъекционной

коррекции ИИК на основании изменения морфофункционального состояния кожи с учетом уровня экспрессии биомаркеров старения при различных ДНК-профилях эластоа. Материалы и методы: Когортное двунаправленное проспективное исследование включающее 380 пациентов женского пола с основными признаками старения кожи рандомизированных по возрасту 30-40 и 41-50 лет, и вариантам корригирующей терапии на контрольную группу – 100 пациентов, группу 1 – пациенты с основными морфотипами старения, получающие терапию препаратом Скинопроактив (SkinoproActiv) с водорастворимым кремнием и хелатным комплексом гиалуроновой кислоты 8мг/мл с ионами цинка, кратность введения 1 раз в 7 дней, группу 2 – Пациенты с основными морфотипами старения, получающие терапию по схеме2 Скинопроактив (SkinoproForte) с водорастворимым кремнием и хелатным комплексом гиалуроновой кислоты 12мг/мл с ионами цинка, кратность введения 1 раз в 7 дней. Морфотип определялся по шкале Кальгуненко. Оценка эффекта по данным себо-, корнео-, хромо-, фиброметрии, уровню гидротации кожи, изменения сосудистой сети. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы PASW Statistics 18. Уровень значимости р принимали равным 0,05 во всех сравнениях. Результаты: Повышение уровня ГК в коже улучшало функциональные параметры у 85% и 83,2% пациентов в группах 1 и 2 по сравнению с контролем. Время достижения эффекта на 28± 3 дня быстрее отмечалось в гр1и на 14±2 дня в гр2 что соответствовало более быстрому снижению уровня провоспалительных цитокинов. Повышение уровня гиалуронана у пожилых людей или предотвращение его деградации может замедляет клеточное старение и, следовательно, местную выработку провоспалительных цитокинов и хроническое воспаление низкой степени тяжести.

ОСОБЕННОСТИ ANTI-AGE ПРОГРАММ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Потекаев Н.Н., Борзых О.Б., Карпова Е.И., Демина О.М.

Красноярский государственный медицинский университет имени В.Ф. Война-Ясенецкого, Красноярск

Преждевременное старение кожи является одним из кожных проявлений дисплазии соединительной ткани. Преждевременное старение проявляется в первую очередь в виде повышенной морщинистости кожи, повышенной растяжимости, углублений слезной борозды и носогубной складки, формирования дефицита объема в области средней трети лица. Нарушение четкости овала, как правило присоединяется позже, особенности мимических морщин, как правило, схожи с пациентами, не имеющими дисплазию соединительной ткани. Нарушение развития соединительной ткани – дисплазия соединительной ткани – может быть моногенным заболеванием, в таком случае мы говорим о наследственных дисплазиях, которые явно проявляются с рождения или раннего детства. Также дисплазии соединительной ткани могут быть мультифакториальной этиологии. Когда ранняя диагностика затруднена и достаточно часто состояние пациента является находкой для

клинических специалистов разных специальностей в достаточно зрелом возрасте. Наследственные дисплазии являются достаточно редкой патологией, а вот частота мультифакториальных дисплазий соединительной ткани по данным разных авторов составляет от 20% до 60%. Как правило первая жалоба пациента с дисплазией соединительной ткани на приеме у врача косметолога – наличие носогубной складки. Но при этом необходимо оценивать также состояние тонуса и тургора кожи, а также состояние средней трети лица. По нашему клиническому опыту, такие пациенты имеют определенные особенности ответа на некоторые эстетические процедуры, а значит существуют особенности лечения и ведения таких пациентов. Прежде чем наполнять области филлерами, необходимо восстановить тонус и тургор кожи. Процедуры, направленные на улучшение качества кожи – биоревитализация и мезотерапия. Как правило, пациенты с дисплазией соединительной ткани имеют сниженный ответ на данные процедуры, таким образом для получения наиболее выраженного результата требуется применение препарата не просто на основе нативной гиалуроновой кислоты, а обогащенного аминокислотами, витаминами или на основе ретикулированной гиалуроновой кислоты, или на основе коллагена. Контурная пластика препаратами на основе гиалуроновой кислоты. Наиболее частый запрос пациентов с дисплазией соединительной ткани – коррекция средней трети лица: слезная борозда, скулы и носогубные складки. При коррекции скул как правило в первую очередь требуется наполнения глубокого медиального жирового пакета. Коррекция носогубных складок проводится максимально пластичными, не объемными препаратами, с предварительной коррекцией скул, для предотвращения «утяжеления» области носогубных складок. Коррекция слезной борозды у таких пациентов не всегда возможна, перед процедурой необходимо оценить возможности наполнения зоны, при некорректно подобранном пациенте часто встречается визуализация и контурирование гели, а также эффект Тиндаля в области слезной борозды. При жалобах на нарушение линии овала чаще всего показан нитевой лифтинг. Нитевой лифтинг в целом показан пациентам с дисплазией соединительной ткани, но необходимо понимать, что у пациентов есть нарушение коллагенообразования. Это обозначает, что повышен риск миграции, контурирования нитей, снижение выраженности результатов нитевого лифтинга. Для минимизации рисков нежелательных явлений нитевого лифтинга, в нашем клиническом опыте, предпочтение армирующим нитями на основе капролактона (с полимолочной кислотой) лифтинговым нитями при первой процедуре нитевого лифтинга. В постпроцедурной периоде строгое соблюдение пациентом ограничений движения на 4 недели, а также назначение мезотерапии или биоревитализации, направленное на стимуляцию образования коллагена. Таким образом с пациентами, имеющими дисплазию соединительной ткани работать врачу косметологу необходимо, но при этом выбирая методы, имеющие наибольшую безопасность и эффективность. В данном случае эстетическая коррекция лица будет являться также лечением симптомокомплекса кожных проявлений дисплазии соединительной ткани.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С РУБЦОВЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ

Романова Ю.Ю., Гаджигороева А.Г.

ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ», Москва

Рубцовые алопеции (РА) – группа патологий, отличительной особенностью которых является фиброзирование волосяных фолликулов (ВФ) и их необратимая потеря. Особый интерес дерматологов вызывают первичные РА – хронические заболевания, при которых непосредственно ВФ является мишенью патологического воспалительного процесса. Невозвратность потери волос с формированием участков рубцовой ткани в заметных областях, прогрессирующий характер течения большинства патологий и отсутствие высоко эффективной терапии может приводить к выраженным психосоциальным последствиям. Ведение таких пациентов требует индивидуального подхода с оценкой качества жизни пациентов и скринингом сопутствующих тревожных и депрессивных расстройств. Исследования психосоматического статуса данной группы больных малочисленны, что определяет актуальность их проведения. Цель Изучить психосоматический статус пациентов с первичными рубцовыми алопециями Задачи У больных с первичными рубцовыми алопециями оценить качество жизни и провести скрининг тревоги, депрессии с использованием психометрических опросников. Материалы и методы Выборка исследования составила 25 пациентов с первичными рубцовыми алопециями (23 жен., 2 муж.; средний возраст – 46,4 лет, SD-12,1), включая следующие патологии: фолликулярный плоский лишай (ФПЛ, n=14), фронтальная фиброзирующая алопеция (ФФА, n=6), дискоидная красная волчанка (ДКВ, n=1), фиброзирующая алопеция в типичном распределении (ФАТР, n=2), декальвирующий фолликулит (ДФ, n=1), абсцедирующий и подрывающийся фолликулит и перифолликулит Гоффмана (ФГ, n=1). Скрининг тревоги и депрессии у пациентов с РА проводился с использованием Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS), оценка качества жизни пациентов с применением опросника Дерматологического Индекс Качества Жизни (ДИКЖ). Результаты Влияние патологий на качество жизни по ДИКЖ установлено у 64% пациентов: у 24% незначительное, у 32% – умеренное, 8% – очень сильное. В целом по выборке влияние патологии на КЖ незначительное: суммарный ДИКЖ составил 4,3 балла, SD-4,1 (2-5 балла – незначительное влияние). Тревога по HADS установлена у 32% пациентов с РА, из них у 16% в сочетании с депрессией. Средний балл тревоги по HADS составил 5,9 баллов, SD-4,4; депрессии – 4,5 балла, SD-3,1. Выводы Снижение качества жизни в связи с патологией – первичными рубцовыми алопециями – установлено у значительной части пациентов. Психические расстройства в исследованной выборке установлены у трети больных, у которых преобладала тревога в сравнении с депрессией. При этом пациенты с РА могут быть достаточно хорошо психологически адаптированы к своему состоянию. В тоже время необратимость и заметность изменений на коже волосистой части головы при исследованных патологиях определяют необходимость своевременного отслежива-

ния нарушений качества жизни пациентов и скрининга психических расстройств, что следует обязательно учитывать при ведении данной группы больных. Требуются дальнейшие исследования качества жизни пациентов с РА, в частности, определение предикторов его снижения.

КОРРЕКЦИЯ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ КИСТЕЙ СОЧЕТАННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И МИКРОИГОЛЬЧАТОГО RF

Савченков А.В.

Bella Skin Clinic (ООО Л Клиник), Москва

Актуальность проблемы обусловлена широкой распространенностью в популяции, увеличивающейся с возрастом. Наиболее часто встречаются фотоповреждения, истончение кожи, уменьшение подкожной жировой клетчатки. В предлагаемом исследовании отражены методы и результаты сочетанной коррекции с использованием препаратов гиалуроновой кислоты и микроигольчатого RF в различных вариантах. Препараты гиалуроновой кислоты вызывают усиление синтеза компонентов межклеточного матрикса, а микроповреждения, наносимые микроигольчатым RF стимулируют синтез коллагена и эластина. Использование сочетанного метода дает синергетический эффект, выражающийся в уплотнении кожи, повышении тонауса, выравнивании тона и рельефа кожного покрова тыльной стороны рук. В исследовании приведены примеры использования различных препаратов, различных методов введения в сочетании с проведением процедуры микроигольчатого RF на различных параметрах и в вариантах кратности.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Сафин Д.А., Матар А.А., Мухтаров И.Р.

Первый центр «Гемангиома», Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ: В последние годы лазерные системы стали все шире внедряться в повседневную практику косметологов, дерматологов, хирургов, занимающихся лечением различной сосудистой патологии кожи у детей и взрослых. Однако, не все врачи понимают, что за словом «лазер» кроется множество различных систем, отличающихся не только длиной волны, но и своими возможностями и ограничениями, что диктует показания к их использованию. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** В Первом Центре «Гемангиома» проходят лечение взрослые и дети от 1 мес. до 17 лет 11 мес., с различными сосудистыми заболеваниями кожи, слизистых оболочек (младенческие гемангиомы, капиллярные мальформации, венозные мальформации, лимфангиомы, купероз и другие). За период с августа 2021 по август 2021 было проведено лечение у 926 больных с использовани-

ем лазеров Vbeam фирмы Candela (США) и Excel V фирмы Cutera (США). Vbeam – это импульсный лазер на красителе, выдающий длину волны в диапазоне 585-595 нм, Excel V – это неодимовый лазер, имеющий две длины волны 1064 и 532 нм. **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ:** Среди пролеченных больных: 528 были дети с младенческими гемангиомами, 81 – пациенты с простой формой капиллярной мальформации («винное пятно») и 246 – с другими формами капиллярной мальформации (первичные и вторичные телеангиоэктазии, паукообразные ангиомы, пиогенные гранулемы, купероз), 17 – пациентов с розацеа, 54 пациента с различными формами венозной мальформации. После первого сеанса лазерной коррекции все пациенты отметили улучшение. Но при некоторых патологиях требовалось этапное выполнение процедур. Эффективность метода обусловлена тем, что хромофором PDL и Nd:YAG лазера являются различные фракции гемоглобина. **ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ:** Использование лазеров для различных сосудистых образований кожи у детей и взрослых эффективно и может применяться в практике. Врачам, использующим лазерные технологии необходимо четко понимать показания и противопоказания к использованию этого метода лечения. К недостаткам следует отнести высокую стоимость лазера, дополнительное обучение и в ряде случаев проведение процедуры под общей анестезией.

ПЛАЗМА, БОГАТАЯ ТРОМБОЦИТАМИ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЯХ – ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Смирнова И.О., Медецкая О.М.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской кожно-венерологический диспансер», Санкт – Петербург

Плазма, богатая тромбоцитами (от англ. Platelet-rich plasma, PRP) – это аутологичная плазма с более высокой, чем в цельной крови, концентрацией тромбоцитов, получаемая путем центрифугирования собственной крови пациента, в ходе которого отделение форменных элементов крови происходит за счет их различия в весе. PRP активно используется в различных областях медицины: в челюстно-лицевой хирургии, спортивной медицине, травматологии, пластической хирургии, гинекологии, урологии, офтальмологии и дерматологии. В трихологической практике PRP начала применяться с 2006 года, когда авторы сообщили, что обработка фолликулярных юнитов плазмой, богатой тромбоцитами, непосредственно перед трансплантацией, приводила к улучшению роста волос и увеличению их плотности (Uebel CO, et al. 2006). В 2009 году были опубликованы первые результаты исследования эффективности введения PRP в кожу волосистой части головы с наблюдением на протяжении 8 месяцев, где выявили, что инъекции PRP приводят к увеличению среднего диаметра стержней волос (Greco J. And Brandt R. 2009). С 2012 года отмечается резкое увеличение количества исследований по применению PRP при различных видах алопеций в первую очередь за счет использования PRP в лечении андрогенетической алопеции, которое было включено в руководство по лече-

нию данного заболевания в 2017 году. Первичные рубцовые алопеции представляют собой гетерогенную группу относительно редких заболеваний, характеризующиеся первичным вовлечением в воспалительный процесс волосяных фолликулов, их разрушением и заменой фиброзной тканью. По результатам многоцентрового ретроспективного исследования, проведенного в странах Европы, Америки, Африки и в Австралии и включавшего данные о 2 835 пациентах рубцовые алопеции диагностируются в 3 раза реже, чем нерубцовые (Vaño-Galván S, et al., 2019). Диагнозы фронтальной фиброзирующей алопеции (ФФА) и классической формы лишая плоского фолликулярного (ЛПФ) устанавливаются наиболее часто, на эти дерматозы приходится 40,1% и 28,4% всех случаев рубцовых алопеций. На данный момент имеется 7 исследований о применении PRP при первичных рубцовых алопециях у 18 пациентов: 2 пациента с декальвирующим фолликулитом, 1 с центральной центробежной рубцовой алопецией и 15 пациентов с различными формами ЛПФ, которым проводились от 1 до 10 процедур инъекций PRP с интервалом 3-9 недель. У 3 пациентов эффекта не наблюдалось, у 1 пациента произошло ухудшение процесса и у 14 – улучшение. Целью исследования была оценка эффективности инъекций PRP в очаги поражения волосистой части головы среди пациентов с первичными рубцовыми алопециями. С 2013 по 2021 год под наблюдением в Санкт-Петербургском ГБУЗ «Городской КВД» находилось 189 пациентов с первичными рубцовыми алопециями, из них у 9 пациенток (2 с декальвирующим фолликулитом, 2 с ФФА и 4 с классической формой ЛПФ) в терапию была добавлена PRP. Курс PRP был от 4 до 6 процедур с интервалом 2-3 недели. Диагноз первичных рубцовых алопеций устанавливали на основании данных клинической картины, трихоскопии и гистологического исследования. Оценивали эффективность курса PRP и длительность ремиссии по результатам клинической картины и трихоскопии. Курс PRP у 7 пациенток (3 с декальвирующим фолликулитом и 4 с ФФА) привел к улучшению процесса, у 1 пациентки с классической формой ЛПФ не отмечались изменения и у 1 пациентки так же с классической формой ЛПФ было выявлено минимальное улучшение в виде сохранения, но снижения интенсивности перифолликулярной эритемы и шелушения. При дальнейшем наблюдении из 7 пациенток с улучшением рецидив заболевания был выявлен в течение 1.5 месяцев у 4 пациенток: всех трех пациенток с декальвирующим фолликулитом: у двух с появлением массивных корок, выраженного шелушения, эритемы, пустул, у одной с появлением двух пустул и минимальной эритемы, и одной из четырех пациенток с ФФА в виде перифолликулярной эритемы и шелушения с образованием каст. Таким образом, курс PRP в нашем исследовании при первичных рубцовых алопециях был более эффективен при ФФА, чем при классической форме ЛПФ, где отмечалось минимальное улучшение. Также положительный эффект был достигнут при декальвирующем фолликулите, однако с быстрым рецидивом после завершения курса терапии. Данные о применении PRP при первичных рубцовых алопециях малочисленны и противоречивы и рекомендовать PRP для широкого применения в лечении пациентов с первичными рубцовыми алопециями не представляется возможным, однако метод может быть перспективным и требует дальнейшего изучения.

РАЗДЕЛ III. КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОЙ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ FSS (FASCIA SCARPA SURGERY) ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ БАРИАРТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПО ПОВОДУ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ С ПТОЗОМ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ 3-4 СТЕПЕНИ

Анашкина А.С., Козлов А.В., Федорова П.А.

Новосибирский государственный университет, Медицинский центр «АВИЦЕННА», Новосибирск

Введение. Абдоминопластика – оперативное вмешательство для уменьшения избытка кожи и жира вокруг живота и укрепления передней брюшной стенки, часто комбинируемая с пластикой диастаза. Абдоминопластика представляет собой объемное оперативное вмешательство влекущее ряд осложнений, такие как нарушение лимфооттока, хронические серомы, краевой некроз и некроз участка кожно-жирового лоскута. В данной исследовательской работе будут представлены различные методики укрепления ПБС при помощи FSS с созданием векторов тяги, которые помогут избежать осложнений и получить максимально благоприятный эстетический результат.

Идея: определить эффективность методики с применением технологий FSS при абдоминопластике у пациентов с морбидным ожирением (МО) перенесших бариатрические операции с птозом передней брюшной (ПБС) стенки III-IV степени. Цель: изучить эффективность лечения пациентов при коррекции тканей ПБС с птозом ПБС III-IV степени, после похудения на фоне бариатрических операций.

Материалы и методы. Объектом исследования являются 30 пациентов в возрасте от 35 до 60 лет, мужского и женского пола с диагнозом МО, диспропорциональные изменения мягких тканей ПБС, птоз ПБС III-VI степени, диастаз прямых мышц живота. 15 стандартных методик птоза, 15 стандартных методик при коррекции диастаза. Предполагается выполнение абдоминопластики и коррекции диастаза. Критерии включения: пациенты, которым выполнены абдоминопластика и оперативное вмешательство по поводу коррекции диастаза прямых мышц живота, наличие информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: конверсия, системные заболевания соединительной ткани, онкологическая патология, беременность, отсутствие показаний к оперативному лечению, отказ пациента или невозможность выполнения протокола исследования.

Методы оценки и формирования результатов: оценка качества жизни с использованием шкалы NPH, сравнение частоты возникновения развития вентральных грыж ПБС у пациентов в группе исследования.

Результаты. Улучшение результатов, снижение частоты постоперационных осложнений, таких как постопераци-

онный лимфостаз и хронические серомы, ишемия и некроз кожно-жирового лоскута, профилактика рецидивов птоза и диастаза ПБС у пациентов после реконструктивных и бариатрических операций с птозом ПБС III-IV степени, стабилизация гормонального фона, повышение фертильного возраста.

Обсуждение. Целью абдоминопластики является восстановление нормальных соотношений анатомических структур ПБС и получение эстетически удовлетворительной формы живота. Для этого хирург должен знать и пользоваться анатомическими, физиологическими особенностями строения ПБС, иметь индивидуальный подход к пациенту, тем самым заранее профилактировать возможные осложнения, развивающиеся как в раннем, так и отдаленном постоперационном периоде. В ходе операции при послойном разделении тканей и ушивании раны, следует уделить отдельное внимание FSS, так как сквозь ее толщу проходят немаловажные кровеносные и лимфатические сосуды. FSS представляет собой плотный коллагеновый соединительнотканый мембранный слой ПБС. Она содержит большое количество оранжевых эластических волокон и рыхлую соединительную ткань. FSS разделяет нижележащие мышцы ПБС от кожи и подкожной клетчатки лежащей выше. Благодаря параллельной ориентации коллагеновых волокон в одинаковом направлении сила FSS может выдерживать огромные силы натяжения, что имеет важную роль в создании векторов тяги, при моделировании ПБС во время абдоминопластики и получении наиболее благоприятных эстетических результатов. Эта особенность позволяет FSS обеспечивать поддерживающий, но податливый корпус для нервов и кровеносных сосудов, проходящих через мышцы и между ними. Как часть брюшной стенки FSS также защищает органы, лежащие в брюшной полости. FSS получает большую часть своего кровоснабжения из эпигастральных сосудов, что имеет немаловажное значение в профилактике ишемических явлений лоскута в постоперационном периоде. Лимфодренаж ПБС FSS и других связанных с ней структур ниже пупка происходит через поверхностные паховые узлы. Исходя из анатомических данных, можно сделать вывод, что FSS играет значительную роль в процессе укрепления и заживления ПБС. Полученные нами постоперационные результаты свидетельствуют о том, что сохранение FSS во время абдоминопластики дает надежное укрепление ПБС, оставляет сохранность лимфооттока, снижает частоту возникновения постоперационных сером, дает отсутствие некрозов лоскута, что дает картину лучших эстетических результатов.

МИКРОИГОЛЬЧАТЫЙ РФ В ЛЕЧЕНИИ СТАРЕНИЯ: СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ

Артёмов Н.И.

Bella-systech, Москва

Актуальность. В последние годы отмечается стойкое увеличение процедур коррекции возрастных изменений, лечения шрамов и коррекции поставке при помощи микроигльчатых радиочастотных устройств.

Цель этой работы состояла в том, чтобы исследовать доказательств его использования при старении кожи и оценить безопасность и стандартизацию протоколов.

Материалы и методы. Был проведен систематический поиск литературы, и в итоге было отобрано более 25 полнотекстовых статей. Большинство исследований были недостаточно достоверные с низким методологическим качеством. Участники имели фототип кожи I-VI с различной исходной степенью выраженности признаков. Фракционную радиочастоту с использованием микроигл проводили на лице, шее и декольте.

Результаты. В измерении исходов наблюдалось неоднородность, но эффективность MFR была подтверждена во всех релевантных исследованиях. В основном сообщалось об уменьшении морщин и подтяжке кожи. Наиболее частыми нежелательными явлениями была легкая или умеренная боль, преходящая эритема и отек. В некоторых случаях также отмечалась гиперпигментация. Используемые протоколы и описание процедур не отличались согласованностью. Оценка клинического воздействия была создана для оценки исследований и помощи в создании научно обоснованного протокола для минимально инвазивных радиочастотных процедур.

Выводы. В настоящий момент возрастает количество разнообразных аппаратов, в принципе которых лежит фракционная радиочастота с использованием микроигл. Различные производители дают различные параметры энергии и глубины, казалось бы, на одной и той же методике. Выводом этой работы стали усредненные протоколы, которые отвечают требованиям эффективности и безопасности.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТОВ НАРУЖНОГО НОСА (АЛГОРИТМ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОДХОДА И ДОНОРСКОГО МАТЕРИАЛА)

Гилева К.С., Аллавердиева Э.З.

Медицинский научно-образовательный центр МГУ М.В. Ломоносова, отделение пластической, реконструктивной и челюстно-лицевой хирургии, Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского, Москва

Введение. Устранение дефектов наружного носа составляет одну из наиболее трудных задач в реконструктивной хирургии лица, наглядно демонстрирующих неразрывную связь реконструктивного и эстетического компонентов

пластической хирургии. При реконструкции наружного носа необходимо учитывать особенности рельефа носа, сложность его трехкомпонентной структуры, включающей кожный покров, опорно-контурную основу и внутреннюю выстилку, также следует соблюдать высокие требования к косметическому и функциональному результату. Концепция реконструкции наружного носа основана на учете границ эстетических субъединиц (спинка, скаты, кончик, крылья, колумелла), каждая из которых имеет свои особенности, что определяет разницу в подходах к реконструкции данных фрагментов. Описано множество методик хирургической коррекции дефектов носа, предполагающих формирование и перемещение лоскутов, однако актуальной остается задача разработки и детализации алгоритма выбора оптимального способа и донорского материала для реконструкции наружного носа с учетом характеристик дефекта, при этом особенно важным является качественное планирование каждого из этапов реконструкции для достижения благополучного результата.

Цель: разработка алгоритма выбора донорского материала и хирургического подхода к устранению дефектов носа с учетом теории субъединиц носа.

Материалы и методы. Основой исследования послужило применение в клинической практике нового алгоритма выбора метода реконструкции у 36 пациентов с субтотальными и тотальными дефектами носа. На этапе предоперационной подготовки с целью планирования дальнейшей техники хирургического лечения проводились следующие исследования: МСКТ костей лицевого скелета – для оценки состояния опорно-контурных структур носа; УЗДС сосудов лица – для оценки основных характеристик кровотока сосудистой ножки лоскута; УЗДГ – с целью отслеживания хода сосуда, а также моделирование воскового шаблона наружного носа. Для устранения дефектов носа у 20 пациентов для реконструкции был использован парамедиальный лоскут со лба, у 6 пациентов – реваскуляризованный лоскут с предплечья, в том числе и префабрицированный, у 3 пациентов – перфорантные лоскуты с верхней губы и носогубной области, у 7 пациентов – реваскуляризованный лоскут с периарикулярной области. Разработаны двух-, трех- и четырехэтапные протоколы устранения дефекта для достижения максимально эстетического результата.

Результаты. Дефекты наружного носа крайне разнообразны по характеру локализации, а также по типу и объему вовлеченных тканей и функциональным нарушениям. Объем и тактика хирургического вмешательства зависят от локализации дефекта и количества отсутствующих субъединиц и в каждом отдельном случае требуют индивидуального подхода: 1. При устранении небольших дефектов носа используются методы местно-пластических операций с применением тканей наружного носа или реваскуляризованный лоскут с ПАО. 2. Методикой выбора при устранении тотальных и субтотальных дефектов носа является использование лоскутов со лба (парамедиальный и по Конверсу). Однако для воссоздания полноценного как в эстетическом, так и функциональном плане органа важен не только выбор подходящего материала для покровных тканей, но и восстановление трехкомпонентной структуры носа. 3. Принцип теории субъединиц продолжает оставаться важным реконструктивным принципом, но применяется только к выпуклым поверхностям, таким

как кончик носа и крылья. 4. Независимо от размеров дефекта, подход должен быть трех- и четырехэтапным. Первым этапом должно проводиться устранение дефекта мягких тканей в границах субъединиц для создания менее заметных переходов между собственными и донорскими тканями носа, вторым этапом – опорно-контурная пластика с применением хрящевых структур, третьим – возможный редрепинг, четвертым – отсечение питающей ножки ранее пересаженного лоскута.

Выводы. Разработка алгоритма выбора метода реконструкции и хирургического подхода к устранению дефектов носа позволяет систематизировать существующие на сегодняшний день техники проведения подобных операций, обеспечить не только оптимальный функциональный, но и эстетический результат, а также предвидеть проблемы, которых можно избежать путем тщательного предоперационного планирования.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Джавадов М.Д., Кветенадзе Г.Е., Шивилов Е.В., Арсланов Х.С., Аничкина К.А.

Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Москва

Актуальность. Согласно статистике Американского общества эстетической пластической хирургии (ASAPS) аугментационная маммопластика остается самой распространенной косметической операцией в мире. Диагностика рака молочной железы (РМЖ) у пациентов, ранее прибегших к аугментации, на доклинических стадиях затруднена. Несмотря на отсутствие прямой связи между наличием имплантатов и повышенным риском развития РМЖ, имплантаты могут препятствовать раннему выявлению заболевания при скрининговых обследованиях. Вопрос об объеме хирургического лечения таких пациентов остается спорным.

Цель. На клиническом примере продемонстрировать возможность выполнения органосохранного оперативного вмешательства на молочной железе после аугментационной маммопластики.

Материалы и методы. При плановом обследовании в мае 2019 г. пациентке 42 лет с ранее установленными силиконовыми имплантатами выявили образование в правой молочной железе. Учитывая малые размеры образования (0,74x0,64 см), локализацию (верхненаружный квадрант) и отсутствие прорастания опухоли в капсулу имплантата, на онкологическом консилиуме с участием хирургов отделения онкохирургии молочной железы, химиотерапевта и врача-радиолога, на первом этапе рекомендовано проведение органосохранного хирургического лечения в объеме радикальной резекции правой молочной железы. В послеоперационном периоде пациентке была проведена адъювантная химиотерапия в режиме 4 ТС + таргетная терапия трастузумабом, а после окончания химиотерапии – послеоперационный курс дистанционной лучевой терапии.

Результаты. После окончания лечения пациентка проходила обследования у онколога: первый год – каждые 3 месяца, второй год – каждые 6 месяцев. Последнее обследование в августе 2022 г.: данных за рецидив и отдаленные метастазы не получено.

Заключение. При своевременном обнаружении рака молочной железы у женщин после ранее проведенной аугментационной маммопластики возможно выполнение органосохранного оперативного вмешательства без удаления имплантата с сохранением ранее достигнутого эстетического результата.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ТЯЖЕЛЫХ ОЖОГОВ ВЕК И КОНЪЮНКТИВЫ

Джуматаев Э.А., Искакбаева А.А.

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, Алматы, Казахстан

Ожоговая травма глаз у большинства больных сопровождается поражением придаточного аппарата (век и конъюнктивы) различной степени тяжести. В дальнейшем патологическое состояние век и конъюнктивы приводит к неблагоприятным исходам с серьезными последствиями, приводящими к ограничению трудоспособности пациентов, а при двухстороннем поражении – к инвалидности по зрению (I и II гр.), причем большинство пострадавших являются лицами трудоспособного возраста. К наиболее частым последствиям ожогов век и конъюнктивы относится их рубцовая деформация в виде симблефарона или анкилоблефарона, заворот и выворот век, трихиаз, рубцовой недостаточности конъюнктивального мешка и лагофтальма. При сочетанном поражении роговицы исходами ожогов II-III степени являются васкуляризованные бельма различной категории. При этом рубцовые процессы век влияют на состояние роговицы, могут стать причиной ее изъязвления, перфорации, инфицирования и даже гибели глаза. Поэтому проблема лечения последствий ожогов, как с медицинской, так и социально-психологической точки зрения, была и остается актуальной. В настоящее время офтальмохирургами предложены различные способы и модификации оперативного лечения последствий ожогов век и конъюнктивы, при этом отмечая особые сложности в выборе рациональной тактики и сроков проведения оперативного вмешательства.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПОСЛЕ УКУСОВ ЖИВОТНЫХ

Евсюкова З.А.

Научно-практический центр эстетической медицины Swiss beauty clinic, Москва

Собака, как говорится, друг человека, а вот человек собаке друг не всегда, ибо подавляющее количество нападения собак на человека провоцируется им самим. Согласно данным Росздравнадзора, в 2021 году с укусами животных

в ЛПУ обратились около 400 тыс. чел, 70% всех укусов были нанесены собаками. Укусы собак являются серьезной медико-социальной проблемой, поскольку требуют мультикомплексного экстренного подхода в лечении пациента, что не всегда представляется возможным. Укушенная рана, нанесенная собакой, сама по себе является фактором риска бешенства, столбняка, а также гнойного расплавления тканей, поскольку микрофлора полости рта собак содержит специфические виды бактерий, которые могут быть резистентны к классическим антибиотикам. Другим важным моментом является факт того, что формирующиеся рубцы после завершения лечения становятся зачастую выраженным психотравмирующим фактором для пострадавшего. Данный доклад является своеобразным протоколом ведения укушенных ран лица, основанном на принципах регенеративной медицины. В нем рассматриваются все доступные практикующим специалистам методы, которые значительно улучшают результаты лечения данного вида ран. Приведены собственные клинические случаи, на примерах которых разобраны протоколы их лечения. Доклад будет полезен всем врачам, работающим с ранами и рубцами, а также специалистам, которые занимаются эстетической медициной.

Цель: предложить эффективные протоколы ведения укушенных ран лица, которые в значительной степени улучшают результаты лечения.

Задачи: провести статистический анализ укушенных ран лица, выявить закономерности в их эпидемиологии, факторы риска, связанные с данным типом ран; представить современную классификацию укушенных ран, разобрать протокол экстренной помощи при возникновении укушенной раны лица; разобрать протокол ведения укушенной раны лица на этапе заживления на конкретных клинических примерах.

Методы: на примере 5 собственных пациентов, обратившихся на ранних этапах заживления укушенных ран лица, разобраны протоколы их лечения, которые применялись для достижения конечного результата.

Результаты: все пациенты, приведенные в данной работе, получили хорошие результаты лечения, что отмечено как врачами, так и самими пациентами.

Выводы: протоколы ведения укушенных ран, основанные на принципах регенеративной медицины, являются эффективными, значительно улучшая результаты лечения, что отражается не только на функции мягких тканей лица, но и на психическом здоровье пациента.

ОБОСНОВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПО ТЕХНИКЕ ВЫКРАИВАНИЯ ВАСКУЛЯРИЗОВАННОГО L-ОБРАЗНОГО ЛОСКУТА

Елумеева А.Н., Русецкий Ю.Ю.

*Центральная государственная медицинская академия
Управления делами Президента РФ, Москва*

Введение. Перфорация перегородки носа (ППН) – это сообщение между двумя половинами полости носа, возникающее в результате сквозного дефекта слизистой оболочки,

мукоперихондрия и костно-хрящевого остова перегородки, что обусловлено патологическим процессом или медицинским вмешательством. Клинические проявления ППН (носовые кровотечения, образование корок, боль и свист при дыхании) значительно снижают качество жизни пациентов. Высокая распространенность нозологии в популяции и технические сложности при выполнении оперативного вмешательства объясняют актуальность пластического закрытия ППН в условиях современной ринопластики. На данный момент разработано большое количество хирургических техник, которые позволяют успешно закрыть дефект перегородки носа (ПН), наиболее эффективными являются методики с выкраиванием васкуляризованных лоскутов, однако вопрос с выбором хирургической тактики для пациентов, имеющих послеоперационные ППН, остается открытым. Трудность оперативного лечения заключается в послеоперационных анатомических изменениях ПН: вокруг зоны дефекта отсутствует костно-хрящевой остов, а листки перихондрия плотно спаяны между собой. Разделение слоев оперированной перегородки трудновыполнимо, а иногда невозможно, что значительно ограничивает выкраивание лоскутов на решетчатых, задних носовых или большой небной артерии.

Идея. В данной работе представлена новая методика закрытия ятрогенных ППН по технике выкраивания васкуляризованного лоскута в зоне сохраненного хрящевого L-strut с формированием ложа для него без диссекции окружающих перфорацию отделов перегородки.

Цель. Описать инновационный метод пластического закрытия ППН и продемонстрировать его эффективность на клиническом примере.

Результаты. Пациент М., мужчина 50 лет, обратился с жалобами на образование корок в полости носа, периодические носовые кровотечения, выраженный свист при дыхании носом. За 7 месяцев до обращения перенес септопластику. На мультиспиральной компьютерной томографии околоносовых пазух выявлен дефект в среднем отделе перегородки носа размером 0,4x1 см. При эндоскопическом осмотре носа визуализирована ППН с эпителизированными краями. При определении уровня предыдущей резекции хряща отмечено отсутствие костно-хрящевого остова вокруг дефекта ПН. Оперативное вмешательство было произведено по технике выкраивания лоскута в зоне сохраненного хрящевого L-strut с дезэпителизацией ложа. **Ход операции.** При эндоскопическом осмотре полости носа с помощью зонда определен уровень предыдущей резекции хряща. Проекция края сохраненного хряща отмечена маркером, после чего скальпелем с лезвием № 15 по нарисованной линии выполнен нижний горизонтальный разрез, повторяющий в передних отделах L-форму, от уровня прикрепления средней раковины до дна полости носа. Второй разрез выполнен параллельно первому, по каудальному краю перегородочного хряща до передней носовой ости. Два разреза соединены в области передней носовой ости, после чего выделен мукоперихондриальный лоскут, по форме соответствующий очертаниям L-strut, получающий основное кровоснабжение из ветвей задней носовой артерии. Питание данного лоскута обеспечивают также ветви передней и задних решетчатых артерий. Далее произведена дезэпителизация участка перегородки и краев перфорации скальпелем, после чего выполнена шовная фиксация и прижатие лоскута трансептальными

швами по краям перфорации и вдоль ножки. В полость носа на 2 недели установлены силиконовые шины. Контрольные осмотры пациента выполнены спустя 1, 2 и 6 месяцев после операции: ППН полностью закрыта, донорская зона забора лоскута восстановилась. Клинические проявления купировались.

Обсуждение. Пластическое закрытие ППН по технике выкраивания васкуляризованного L-образного лоскута обладает рядом преимуществ, которые обуславливают рациональность ее применения в клинической практике: операция производится с минимальной травматичностью для слизистой оболочки полости носа, поскольку не требуется расслоения мукоперихондрия, что снижает вероятность развития реперфорации; лоскут покрыт естественным респираторным носовым эпителием, что полностью восстанавливает физиологию носа; для закрытия дефекта используется перегородочный лоскут с обильным кровоснабжением, что, безусловно, увеличивает вероятность благоприятных исходов оперативного вмешательства в позднем послеоперационном периоде. Важным преимуществом является сохранение основных структур ПН и возможность повторять вмешательство при необходимости, выкраивая лоскут на противоположной стороне.

РОЛЬ СТАБИЛИЗАЦИИ ПАЛЬПЕБРАЛЬНОЙ СКЛАДКИ В ОМОЛОЖЕНИИ ОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Жидкова М.В.

Med.cent.r.kg, Бишкек, Кыргызстан

Время с жестокой неизбежностью ведет к ослаблению кожи, мышц, и соединительно-тканых структур, и эти изменения рано отражаются на верхних веках. Поскольку верхние веки активно участвуют в физиологическом моргании и мимических движениях, а кожа тонкая, то рано проявляются признаки дерматохалязиса. На веках образуются складки, кожа нависает в виде «шторки», искажая взгляд, лишая его эмоциональной выразительности, создавая сложности для нанесения макияжа. Взгляд приобретает утомленный вид и снижает удовлетворенность и качество жизни пациента. Мы призываем при планировании верхней блефаропластики обращать внимание не только на «зашторенность» век, но и на качество кожи самой тарзальной пластины, его «гофре» кожи, и явление «гуляющей» складки. Орбитальная клетчатка и жировые грыжи век (возрастное состояние) механически смещают пальпебральную складку вниз! И при длительном существовании разрушают верхние волокна апоневроза и способствуют еще большему ее снижению. Так как рельеф верхнего века, его особые очертания и молодость взгляда, эстетически во многом зависят от верхней орбито-пальпебральной борозды, мы можем на нее влиять, напрягая или ослабляя мышечно-апоневротическую связь апоневроза леватора. Ряд этих и других задач может решить подвешивание (или фиксация) пальпебральной складки на апоневроз, для перевода «гуляющей» складки в стабильную структуру, что будет повышать шанс на увеличение степени омоложения орбитальной области пациента. Основные задачи, решаемые с помощью стабилизации пальпебральной складки:

восстановление высоты складки, растяжение и разглаживание кожи на тарзальном участке, разворот ресниц, скрывание послеоперационного рубца точно в складку верхнего века.

Заключение. Основная цель мышечно-апоневротических подвесных швов в омолаживающей блефаропластике: -перевести «гуляющую» складку в стабильную структуру, -увеличить разворот ресниц, -разгладить тарзальную часть кожи; тем самым уменьшить выраженность признаков старения века и обеспечить визуальное восприятие молодого, «живого», выразительного взгляда. -И как закономерное последствие – повысить удовлетворенность проведенной операцией у пациента, повышая его качество жизни и психоэмоциональный комфорт.

АНАЛИЗ СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

Зайнутдинов И.А.

Казанский (Приволжский) федеральный университет, кафедра хирургических болезней последипломного образования, Казань

В настоящее время весьма популярным сочетанным видом лечения по коррекции контуров тела в пластической хирургии является липоскульптура в сочетании с абдоминопластикой. При этом часто обращаются пациенты с избыточной массой тела. В связи с этим целью нашего исследования явился анализ результатов хирургического лечения сочетанных операций по коррекции контуров тела с различным индексом массы тела.

Материалы и методы. Нами были проанализированы результаты лечения у 18 пациентов, у которых была проведена липоскульптура с абдоминопластикой, у 22 пациентов была проведена липоскульптура с миниабдоминопластикой. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от ИМТ. 1 группу составили 27 пациентов с ИМТ ≤ 29 кг/м². 2 группу составили 13 пациентов с ИМТ ≥ 30 кг/м².

Результаты. Результаты оценивались по удовлетворенности пациента. В группе пациентов с ИМТ ≤ 29 кг/м², у которых проводились сочетанные операции: липоскульптура и абдоминопластика; липоскульптура и миниабдоминопластика 26 пациентов были полностью удовлетворены результатом лечения. В группе пациентов ИМТ ≥ 30 кг/м² из 13 пациентов были удовлетворены результатом лечения 9 пациентов.

Выводы. Удовлетворенность пациентов при проведении сочетанной операции: липоскульптуры в сочетании с абдоминопластикой или миниабдоминопластикой выше у пациентов с ИМТ ≤ 29 кг/м² и составляет 96,3%. Удовлетворенность при проведении сочетанной операции у пациентов с ИМТ ≥ 30 кг/м² 69,2%. Таким образом, у пациентов при выборе стратегии хирургического лечения с повышенным ИМТ рекомендуется планирование этапного хирургического лечения.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ТЯЖЕЛЫХ ОЖОГОВ ВЕК И КОНЪЮНКТИВЫ

Искакбаева А.А., Джуматаев Э.А.

Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней, Алматы, Казахстан

Ожоговая травма глаз у большинства больных сопровождается поражением придаточного аппарата (век и конъюнктивы) различной степени тяжести. В дальнейшем патологическое состояние век и конъюнктивы приводит к неблагоприятным исходам с серьезными последствиями, приводящими к ограничению трудоспособности пациентов, а при двухстороннем поражении – к инвалидности по зрению (I и II гр.), причем большинство пострадавших являются лицами трудоспособного возраста.

Цель исследования: уточнение показаний, сроков проведения оперативного вмешательства, а также выработка оптимального объема реконструктивного хирургического вмешательства при послеожоговых рубцовых изменениях век и конъюнктивы.

Материал и методы. В «Казахском ордена «Знак Почета» научно-исследовательском институте глазных болезней», через центр амбулаторной хирургии за период с 2019 по 2021 г. проведено хирургическое лечение 21 больных с тяжелыми последствиями ожогов различной степени выраженности. Лиц мужского пола было 13 (61%), женщин – 8 (38%), из них детей – 2 (9%), лиц старше 60 лет – 3 (14%), а остальные – пациенты трудоспособного возраста – 16 человек (76%). Ожоги были получены вследствие бытовой травмы в 16 (76%), производственной – в 5 (23%) случаях. Химические ожоги были у 11 человек (52%) (ожоги кислотой – 4 (36%), щелочью – 7 (63%)), а термические – у 10 человек (47%). При этом наблюдались рубцовые вывороты – у 8 больных (38%), рубцовые завороты – у 6 (29%), симблефарон – у 10 (47%) (частичный – 1 (10%), обширный – 4 (40%), субтотальный – 4 (40%), тотальный или анкилоблефарон – у 1 (10%)), трихиаз – у 2 (10%), анофтальм с заращением конъюнктивальной полости – у 1 (5%). Двухстороннее поражение (ретракция верхнего века) было у 1-го больного (4%). При устранении последствий ожогов придаточного аппарата глаза нами использовались следующие виды оперативного вмешательства: 1) устранение симблефарона методом аутопластики слизистой с губы и амниопластикой с последующей временной блефароррафией у 5 пациентов (23%), методом аутопластики слизистой с губы без блефароррафией у 3 (14%), методом пластики местными тканями – у 2 (9,5%). 2) устранение рубцового выворота век свободной кожной пластикой с временной блефароррафией – у 8 (38%), при этом трансплантатом являлся лоскут кожи, взятый с верхнего века парного глаза, а так же лоскуты, взятые с внутренней поверхности плеча, надключичной и заушной области, кожи век парного глаза, лоскут от внутренней поверхности бедра. 3) устранение заворота век методом свободной аутопластики слизистой с губы – у 6 (28,5%), в сочетании с диатермокоагуляцией ресниц – у 3 (14,2%).

Результаты и обсуждение. Реконструктивная восстановительная пластика при тяжелых ожогах придаточного аппарата глаза в зависимости от сроков и целей оператив-

ного вмешательства разделена нами на следующие виды: 1) ранняя первичная; 2) ранняя отсроченная; 3) поздняя реконструктивная; 4) повторная реконструктивная. По мнению большинства офтальмологов, ранняя первичная реконструктивная восстановительная пластика должна проводиться крайне редко, как правило, только при термических ожогах в первые часы или дни после ожога. Ранняя отсроченная реконструктивная восстановительная пластика век, проводимая через 2-3 недели после ожога, когда исчезают воспалительные явления в тканях, также проводится крайне редко и только при термических ожогах. Оптимальными сроками для поздней реконструктивной восстановительной пластике век с учетом степени тяжести ожога можно считать следующие: после термических и химических ожогов кислотами – через 1-1,5 года, а после щелочных ожогов – через 1,5-3 года. Повторные операции на сводах конъюнктивы возможны не ранее чем через 6-12 месяцев после первичной реконструктивной операции.

Выводы. 1. Поздние реконструктивные операции при тяжелых последствиях ожогов век и конъюнктивы рекомендуется выполнять в сроки не ранее 1 года. При выполнении данных операций раньше указанного срока высок риск возникновения рецидивов. 2. Лучшим материалом для свободной кожной пластики можно рекомендовать кожу с верхнего века парного глаза, а для пластики конъюнктивы – послойный трансплантат аутослизистой губы при бульбарной локализации рубцового процесса и полнослойный трансплантат аутослизистой при локализации рубцовых дефектов на конъюнктиве век.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ФОКУСИРОВАННОГО УЛЬТРАЗВУКА И МИКРОИГОЛЬЧАТОГО РАДИОЧАСТОТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ У ВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ В КОРРЕКЦИИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

Кириллюк Т.И., Золотарев А.А.

Bella skin clinic, Москва

Актуальность. В последние годы отмечается стойкое увеличение процедур SMAS-лифтинга и коррекции возрастных изменений при помощи микроигльчатых радиочастотных устройств не только у возрастных, но у молодых пациентов. Основной целью выполнения данных методов коррекции становятся: изменение и более четкое контурирование овала лица, уменьшение объемов в средней и нижней трети лица, решение проблемы провисания в субментальной зоне, снижение степени выраженности расширенных пор (один из основных маркеров процесса кожного старения). Возрастающие запросы на решение проблем в максимально короткие сроки диктуют необходимость совершенствования подхода и применения комбинированных методов лечения для получения наилучшего клинического результата в сжатые временные интервалы. Проработка различных уровней кожи за одну процедуру разными методами воздействия нацелена на удовлетворение подобных запросов пациентов. Однако, безопасность

и эффективность такого воздействия возможна только при условии сохранения правила фракционного воздействия, при котором часть тканей контролируемо повреждается термическим путем, а часть тканей, за счет которых будет происходить регенерация, обязательно должна оставаться интактной.

Целью настоящей работы является анализ эффективности и безопасности комбинированного метода воздействия с использованием высокоинтенсивного фокусированного ультразвука и микроиглового радиочастотного воздействия с использованием изолированных игл в рамках коррекции овала лица и устранения проблемы расширенных пор.

Материалы и методы. Пациентка 45 лет обратилась с жалобами на потерю четкости овала лица, формирующиеся брыли, расширенные поры. Особенности запроса заключались в просьбе пациентки решить данные проблемы в короткие сроки. Принято решение за одну процедуру использовать два метода лечения. На первом этапе с целью коррекции овала лица, уменьшения выраженности брылей был использован аппарат с высокоинтенсивным фокусированным ультразвуком, в котором использовались насадки 4,5 мм и 3,0 мм. Глубина фокусировки 4,5 мм позволяет воздействовать на уровень SMAS-слоя, что клинически обеспечивает эффект лифтинга тканей, картридж с глубиной воздействия 3,0 мм направлен преимущественно на уменьшение объемов подкожной жировой клетчатки. После проработки тканей данным способом на кожу пациентки был нанесен местный анестетик с экспозицией 30 минут. На втором этапе использовался микроигловый радиочастотный аппарат с 49 изолированными микроиглами. Особенностью метода воздействия является подача тока только с конца иглы, что делает процедуру безопасной и нивелирует риск развития ожогов эпидермиса. Процедура проводилась с два прохода: первый проход на глубине 2,0 мм, второй проход – 1,2 мм (глубина воздействия задается на аппарате вручную с шагом 0,1 мм). Основной целью воздействия микроигловым радиочастотным методом являлась коррекция мелких морщин и расширенных пор за счет теплового повреждения коллагеновых и эластиновых волокон с последующим запуском синтеза новой коллагеново-эластиновой матрицы.

Полученные результаты. Первичный клинический результат у данной пациентки наблюдался сразу после проведенной процедуры. Отмечалось объективное уменьшение степени выраженности подкожной жировой клетчатки в нижней трети лица, разглаживание брылей, появление более четкого овала и контура лица. Сразу после проведения микроиглового радиочастотного воздействия зафиксирована слабая эритема и отечность. В течение 2 суток эритема и отечность полностью разрешились. Легкая болезненность при прикосновении к лицу в нижней трети отмечалась в течение 2 недель, что является ожидаемым при работе высокоинтенсивным фокусированным ультразвуком. Спустя 2 месяца у данной пациентки отмечалось сужение пор, четкий овал лица, минимизация выраженности брылей.

Выводы. В настоящий момент возрастает количество запросов от пациентов, которые предпочитают решать проблемы возрастных изменений за одну-две процедуры. Не всегда один метод лечения может удовлетворить ожидания пациентов, поэтому возникает потребность в комби-

нации различных типов воздействия с целью достижения омоложения. В описанном нами клиническом случае сочетания высокоинтенсивного фокусированного ультразвука и микроиглового радиочастотного воздействия показан высокий профиль безопасности и эффективности данной терапии, минимальный реабилитационный период, а наблюдаемые явления в виде эритемы, отечности и слабостью болезненности являются ожидаемыми и легко переносились пациентом.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БРЕМЯ ВИТИЛИГО

Лекайон М.Г.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, кафедра кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова, Москва

Актуальность. Витилиго является наиболее распространенным депигментирующим заболеванием кожи, распространенность которого, по оценкам, составляет 0,5-2% как у взрослых, так и у детей во всем мире (Bergqvist C. et al., 2020, Васильченко Т.С. и соавт., 2019). У 25% больных заболевание развивается до 10 лет, почти у половины – до 20 лет и у 70-80% – до 30 лет (El-Husseiny R. et al., 2021). Пациенты с витилиго сообщают о недостаточной поддержке со стороны своих врачей, друзей и семьи, а также такие больные часто испытывают дискриминацию так, как многие люди боятся или чувствуют себя некомфортно рядом с ними (Elbuluk N et al., 2017).

Цель работы. Оценка влияния клинических проявлений витилиго на психологическое состояние пациентов.

Материалы и методы. Проанализировано 150 анкет пациентов с витилиго (95 женщин и 55 мужчин, средний возраст $34,56 \pm 1,73$ лет, длительность заболевания $5,65 \pm 0,28$ лет). Обследованные самостоятельно отвечали на вопросы из специально разработанной нами анкеты, которые охватывали все аспекты жизнедеятельности человека, определяющие его качество. Каждый из вопросов содержал уточнение о влиянии основного заболевания на тот или иной аспект жизни в течение последних 7 дней. Также изучен Дерматологический Индекс Качества Жизни (DLQI). Опросник заполнялся всеми больными самостоятельно при первичном осмотре. Индекс вычислялся путем суммирования баллов: значения «очень сильно/очень часто» – 3 балла, «сильно/часто» – 2 балла, «немного/редко» – 1 балл. Минимальное значение индекса равно 0, максимальное – 30 баллам. Интерпретация индекса: 0-1 балл – заболевание не оказывает влияния на качество жизни пациента, 2-5 балла – оказывает незначительное влияние, 6-10 – умеренное влияние, 11-20 – сильное влияние, 21-30 очень сильное влияние. Для статистического анализа полученных результатов применяли Microsoft Excel из комплекса программного обеспечения пакета Microsoft Office и программного пакета для статистического анализа Statistica.

Результаты. Сильное смущение или неловкость из-за состояния кожи отметили 40,0% респондентов, а 30,0% опрошенных – очень сильное. Среди обследованных 69,3% пациентов указали на сильное и очень сильное влияние состояния их кожи на выбор одежды, которую они наде-

вали. Каждый третий респондент (30,7%) указал на сильное влияние состояния его кожи на социальную жизнь или занятия на досуге, 34,7% пациентов отметили очень сильное влияние. У 71,4% выявлено сильное и очень сильное затруднение занятием спортом из-за обсуждаемой патологии. Документировано, что у 48,1% опрошенных состояние кожи лишило их возможности работать или учиться. В 74,0% случаев клинические проявления витилиго создавали проблемы с партнером или близкими друзьями/родственниками обследованных, а 78,6% – были причиной каких бы то ни было сексуальных проблем. Было установлено, что наличие витилиго ограничивает качество жизни человека (в 41,3% случаях) и оказывает большое негативное влияние – в 53,3% случаев.

Выводы. Витилиго несет выраженное психологическое бремя на различные аспекты жизнедеятельности человека. Перспективным является разработка новых схем методик лечения данного заболевания для улучшения качества жизни таких пациентов.

УЗОСТЬ ВНУТРЕННЕГО КЛАПАНА КАК ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ НА ДЛИННОМ НОСУ

Магомедова М.М., Пахомова Р.А., Давыдова М.Г.
Медицинский институт непрерывного образования при МГУПП, Москва

При выполнении ринопластики значение клапанов носа зачастую не учитывается, что в результате приводит к нарушению носового дыхания в послеоперационном периоде. Большинство исследователей разделяют область носового клапана на внутреннюю и наружную. Внутренний или истинный носовой клапан представлен самым узким местом каудального отдела полости носа в виде треугольного щелевидного отверстия, сформированного каудальным краем верхнего латерального хряща, хрящом перегородки носа, дном полости носа и передним отделом нижней носовой раковины. Работа Сахокия Н.З. (2017) показывает, что самыми частыми из всех возможных отдаленных осложнений ринопластики являются: «клюв попугая» или «polybeak» (61,9%), синдром «открытой крыши» или «open roof» (62,5%), «перевернутая V-образная деформация» (22,5%), ретракция колумеллы (27,5%), «сдавленный нос» или «pinched nose» (15%). Из функциональных проблем преобладали: искривление перегородки носа (90%), дисфункция носового клапана (70%), синехии полости носа (7,5%), перфорация перегородки носа (2,5%). Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что отрицательные эстетические и функциональные проблемы встречаются часто после ринопластики, однако почти все они сводятся к проявлению нескольких выраженных синдромов, проявление которых можно минимизировать.

Целью нашего исследования является определение деформаций носа по классификации Михельсона Н.М., более предрасположенных к появлению такого осложнения, как дисфункция внутреннего клапана, что позволит проводить более тщательный предоперационный анализ и улучшить качество оперативного вмешательства.

Михельсон Н.М. (1954) и соавторы подразделяют деформации носа по их виду на пять основных групп: 1. западение спинки носа (седловидный нос); 2. длинный нос; 3. горбатый нос; 4. комбинированные деформации (длинный и горбатый нос); 5. деформации концевой отдела носа. В основу исследования положены наблюдения за 25 пациентами, обратившимися в клинику для выполнения первичной риносептопластики с 2022 года. Из этих пациентов были выделены несколько категорий по классификации Михельсона: западение спинки носа (4%), длинный нос (60%), горбатый нос (16%), длинный и горбатый нос (12%), деформация концевой отдела носа (8%). Из 25 прооперированных пациентов с жалобами на затруднение дыхания после операции обратилось 10 человек, из них 80% из группы с длинным носом, 10% из группы с длинным и горбатым носом и 10% из группы с горбатым носом. Для оценки носового дыхания в области внутреннего клапана проводились риноманометрия, эндоскопия полости носа и диагностические пробы. У пациентов с длинным носом частота осложнений в виде дисфункции клапана носа встречается чаще, чем у пациентов с другими деформациями носа. Это следует учитывать при предоперационном анализе пациента и составлении плана оперативного вмешательства.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕВОГО КРОВОТОКА В МОДЕЛИ КОЖНОГО ЛОСКУТА КРЫС С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ЛАЗЕРНОЙ ДОПЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ И ТКАНЕВОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

Муллина Р., Сираева З.
Казанский государственный медицинский университет, Казань

Васкуляризованная кожная пластика как метод хирургического лечения показана при дефектах кожного покрова, сопровождающихся обнажением подлежащих структур: нервов, сосудов, сухожилий, костей. Наиболее распространена кожная пластика местными лоскутами с рандомизированным типом кровоснабжения. Одним из основных осложнений васкуляризованной кожной пластики является некроз дистальной части лоскута, возникающий вследствие недостаточного кровоснабжения. Отношение длины лоскута к ширине считается важным фактором, влияющим на выживаемость этого типа лоскута. Оптимальное для приживания лоскута отношение ширины к длине должно быть не более чем 1:3. Это связано с тем, что при выкраивании лоскута происходит снижение васкуляризации (до 80%), что существенно ограничивает применение лоскутов с большим соотношением линейных размеров сторон. Одним из перспективных подходов, направленных на улучшение выживаемости кожных лоскутов, особенно в случае крупных дефектов, является использование различных биоматериалов и пептидов, способствующих усилению васкуляризации тканей. В то же время спектр методов, допущенных к применению в клинике и позволяющих неинвазивно оценить эффективность биоматериалов, ограничен. Одним из немногих методов, использующих-

ся в медицине для оценки микроциркуляции тканей при патологии, – метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

В связи с этим, целью работы было обоснование возможности применения метода ЛДФ и тканевой оксигенации для оценки приживаемости удлинённого кожного лоскута при действии 3D-биоматериалов.

Исходя из цели, в работе поставлены следующие задачи: отработать модель кожного лоскута при соотношении ширины к длине к 1:4 без и с применением биоматериалов; провести визуальный анализ степени некротизации тканей кожного лоскута без и с применением биоматериалов; освоить метод лазерной доплеровской флоуметрии и тканевой оксигенации; изучить интенсивность микроциркуляции и тканевой оксигенации кожного лоскута без и с применением биоматериалов.

Исследования проводили на лабораторных крысах-самцах породы Wistar. В качестве модели использовали кожно-фасциальный лоскут дорзальной поверхности тела крысы на краниальной питающей ножке с соотношением сторон 1:4. Такое соотношение приводило к нарушению кровообращения в его дистальной части. Животные (n=9) были разделены на 3 группы (n=3). Животным опытных групп перед ушиванием под лоскут накладывали исследуемые биоматериалы, в контрольной группе лоскут ушивали без материала. Оценку состояния тканевого кровотока проводили до операции и через 6 сут. с фотоархивированием состояния лоскута и степени некротизации. Впервые при помощи метода ЛДФ и тканевой оксигенации было косвенно показано, что исследуемые биоматериалы поддерживают микроциркуляцию и оксигенацию тканей и повышают выживаемость тканей в модели удлинённого кожного лоскута при соотношении ширины к длине 1:4. Метод ЛДФ может быть использован в доклинических и клинических исследованиях по оценке влияния новых биоматериалов на выживаемость кожного лоскута. Полученные результаты имеют важное прикладное значение в разработке новых приложений метода для выявления нарушений микроциркуляторного русла.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ОМОЛОЖЕНИИ ШЕЙНО-ПОДБОРОДОЧНОГО УГЛА

Плегунова С.И.

Клиника пластической хирургии и терапевтической косметологии «Елена», Новосибирск

Введение: несмотря на высокую востребованность со стороны пациентов на омоложение лица, далеко не все из них готовы сделать классический лифтинг лица с подъемом лба, структуры SMAS и иссечением кожных избытков, а также с вытекающими отсюда реабилитацией и рисками. Очень многие пациенты возлагают надежды на малоинвазивную хирургию, которая в кратчайшие сроки позволит им получить желаемый результат без разрезов и длительной реабилитации. Сегодня на рынке очень много малоинвазивных методов омоложения: нитевой лифтинг, аппаратные методы: радиочастотного, лазерного, ультразвукового омоложения, а так же инъекции стимулирующих

препаратов на основе гидроксипатита кальция и полимолочной кислоты.

Цель: улучшение результатов омолаживающих операций в области шейно-подбородочного угла путем применения различных методик в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и степени выраженности возрастных изменений.

Задача: оценить эффективность малоинвазивных методик омоложения шейно-подбородочного угла.

Материалы и методы. За период с 2019 по 2022 г. автором было проведено 50 операций по коррекции возрастных изменений шейно-подбородочной области. При деформации угла 2-3 класса по классификации Дидо использовалась методика радиочастотной липосакции и игольчатого-радиочастотного лифтинга, при деформации 4-6 класса использовалось сочетание методов радиочастотной липосакции, игольчатого-радиочастотного лифтинга и нитевого лифтинга нерассасывающимися нитями. В некоторых случаях 5 класса использовались филлеры на основе гиалуроновой кислоты с целью увеличить проекцию подбородка и сделать его более выраженным. Возраст пациентов 24-64 года. Классификация возрастных изменений Дидо: Класс 1: минимальная деформация, хорошо сформированный шейно-подбородочный угол, хороший тонус платизмы, нет избыточного накопления жира; Класс 2: Имеется провисание кожи шеи, но нет слабости платизмы и избытка жира; Класс 3: Провисание кожи шеи и избыточное накопление жира, но без потери тонуса подкожной мышцы шеи; Класс 4: Акцентуация полос платизмы в покое или мышечном сокращении; Класс 5: сопутствующая ретрогнатия или микрогения; Класс 6: низко-расположенная подъязычная кость. При работе с шейно-подбородочной областью у 30 пациентов (60%), имеющих возрастные изменения этой зоны 2-3 класса (по классификации Дидо. M.Miloro, L.J. Peterson Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. 2012, p 1556-1558) была выполнена радиочастотная липосакция в сочетании с игольчатым радиочастотным лифтингом, в ходе которой прогревается дермальный и гипотермальный слой кожи, с целью стимуляции нового синтеза коллагена, удалялся подкожный/надплатизмальный жир. В основном были пациентки с выраженными жировыми отложениями в подчелюстной области, хорошим тонусом кожи, невыраженными тяжами платизмы в возрасте от 24 лет до 48 лет. В 20 случаях (40%) (главным образом у пациентов старше 50 лет) при изменениях 4-6 класса была выполнена радиочастотная липосакция поднижнечелюстной области, нитевой лифтинг нерассасывающимися силиконовыми нитями, игольчатый радиочастотный лифтинг. В ходе операции после радиочастотно-ассоциированной липосакции проводился нитевой лифтинг, траектория нитей проходит в заушной области в виде петли, далее проходит в поднижнечелюстной и подподбородочных областях и заканчивается на контралатеральной стороне в заушной области и фиксируется несколькими узловыми швами. Далее производился радиочастотный игольчатый лифтинг в области лица и шеи.

Результаты. Большую часть пациентов (40 человек) удалось наблюдать в течение 3-36 месяцев после операции. Хороший эстетический эффект был получен у большинства пациентов (с их слов). Однако при коррекции 4-6 класса степень удовлетворенности была снижена, из-за отсутствия комплексной и послойной работы с глубжележащими

структурами, что после липосакции приводило к визуализации тяжелой платизмы и опущенных слюнных желез, также общий образ портит запустевшая средняя треть лица и неполная коррекция брылей.

Выводы и заключения: в результате проведенных операций был получен результат, который удовлетворил большинство пациентов (46 человек из 50). Все пациенты сориентированы на необходимость пожизненного поддержания тонуса кожи лица и шеи, а также применения более агрессивных методик омоложения, таких как платизмопластика, уменьшения объема слюнных желез, лифтинг средней трети лица и лба.

ИЗМЕНЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ГРУДНЫХ ИМПЛАНТАТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ НАХОЖДЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ

Пономарев Д.Н., Плаксин С.А., Шадрин В.В.

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

Введение. Аугментационная маммопластика относится к одним из наиболее часто выполняемых эстетических операций. Разрывы оболочки протезов встречаются в 7-12% случаев в первые 10 лет после операции и требуют повторного вмешательства.

Идея: оценить изменение физических характеристик оболочек удаленных протезов молочных желез различных производителей в зависимости от сроков взаимодействия с организмом.

Цель: изучить изменения прочности и деформативности оболочки имплантатов молочных желез, приводящих к их разрыву в зависимости от времени нахождения в организме. Материалы и методы. Проведено исследование прочностных характеристик 12 капсул протезов (фирмы Eurosilicon – 9 протезов, Motiva – 2 протеза, Mentor – 1 протез), извлеченные при повторных операциях по поводу разрывов имплантатов или другим показаниям в сроки от 7 до 16 лет после операции. Механические испытания проводили на четырехвекторном испытательном стенде фирмы Zwick/Roell в двух взаимоперпендикулярных направлениях, а также при одноосном растяжении. Видеодатчиком перемещения установка VideoExtens определяет деформацию по специальным меткам. Видеодатчик проводит измерение деформации и никак не влияет на механические свойства исследуемого материала. Испытания на разрыв проводили на образцах шириной 2 мм, рабочей длиной 10 мм, подготовленных по специальной стандартной методике. Испытывались по 3 образца каждого протеза. Кривые испытания всех трех образцов фактически совпадали, в расчет брались образцы с минимальными прочностными свойствами (разрывная деформация и разрывное напряжение), поскольку именно эти механические характеристики определяют прочность имплантата. Исследование свойств оболочки имплантатов проведено в учебно-научной лаборатории термомеханических методов испытаний Пермского государственного национального исследовательского университета. Результаты и обсуждение. Показаниями к повторным операциям служили: разрыв капсулы протеза у 5 женщин, капсулярная контрактура – у 3, желание замены или удаления

имплантата – у 2. При этом в 5 случаях проведена замена на аналогичные порванным имплантаты, в двух – имплантаты других производителей. Для сравнения и оценки исходных данных были изучены образцы капсулы одного нового, неиспользованного имплантата Eurosilicon и одного имплантата Motiva. Показатели неиспользованных имплантатов фирмы Eurosilicon равнялись 602% и 7.000 Мпа, фирмы Motiva – 681% и 7.338 Мпа. Затем были изучены оболочки имплантатов Eurosilicon, удаленных через 7, 9, 10, 12, 13, 15, 16 лет после первой операции. Отмечено снижение деформативности и прочности капсул протезов фирмы Eurosilicon через 7 лет до 471% и 4.329 Мпа, через 9 лет – до 489% и 4.162 Мпа, через 10 лет – до 468% и 3.902 Мпа, через 12 лет – до 482% и 3.828 Мпа, через 13 лет – до 399% и 3.025 Мпа, через 15 лет – до 350% и 2.351 Мпа, через 16 лет – до 379% и 2.448 Мпа. Деформативность и прочность протезов снижается пропорционально времени нахождения в организме ($r_s = -0.738$, $p=0.738$ и $r_s = -0.952$, $p=0.738$ соответственно). При сравнении прочностных свойств интактной оболочки имплантатов с оболочками имплантатов, находившихся в организме от 7 до 16 лет, отмечена потеря прочности и разрывной деформации пропорционально времени взаимодействия с тканями организма на 33,6% и 58,1% соответственно. Сравнение левого и правого имплантатов Eurosilicon показало практически одинаковые механические свойства и прочность через 7 лет имплантации. При сравнении неиспользованного образца имплантата Motiva и имплантатов Motiva, удаленных через 1,5 года, прочность протеза уменьшилась с 7.338 Мпа до 6.563 Мпа, разрывная деформация с 681% до 498%. Неиспользованный имплантат фирмы Motiva показал большую прочность (7.338 Мпа) и деформативность (681%) по сравнению с неиспользованным имплантатом Eurosilicon (7.000 Мпа, 602%).

Выводы. Прочность и деформативность грудных имплантатов существенно снижается пропорционально времени нахождения в организме, зависит от технических характеристик различных производителей. Для более точной оценки прогнозирования риска разрывов имплантатов молочных желез в зависимости от времени эксплуатации необходимы дальнейшие исследования.

ФОРМИРОВАНИЕ ПУПОЧНОЙ ОБЛАСТИ (УМБИЛИКОПЛАСТИКА) ПРИ АБДОМИНОПЛАСТИКЕ С ТРАНСПОЗИЦИЕЙ ПУПКА

Попов К.О., Зотов В.А.

Новосибирский государственный университет, ООО ЛДМЦ ЭКСИМА, Новосибирск

Цель исследования. Определить оптимальный метод умбиликопластики с целью создания наиболее эстетичной формы пупка, также минимизировав риск осложнений. Среди осложнений наиболее часто встречаются следующие 2 группы:

I. Эстетические.

формирование гипертрофических/келоидных рубцов; формирование деформированной формы пупка; девиация пупка (отклонение от средней линии).

II. Общехирургические.

некроз пупочного стебля, отрыв пупочного стебля, несостоятельность швов, инфекции, серомы, гематомы.

Задачи исследования. Разработать алгоритм формирования эстетической формы воронки пупка (разделение на этапы: первоначальное рассечение пупочного стебля, частичная скелетизация, пликация на переднюю брюшную стенку, подгонка, кожная пластика).

Проанализировать результаты по используемой поэтапной метрической методике, оценить частоту осложнений и выявить факторы, повлекшие к возникновению полученных осложнений.

Материал и методы исследования. Все пациенты разделены на две группы сравнения: 1 группа – пациенты, имеющие пупочный стебель тип «V», характерный для лиц с дряблостью кожи передней брюшной стенки и тонким подкожно-жировым слоем (рожавшие, после бариатрических операций). 2 группа – пациенты имеющие тип «Y» присущ лицам с хорошо выраженным кожно-жировым фартуком (пациенты с морбидным ожирением, метаболическим синдромом). Разные анатомические формы пупков диктуют выбор разной тактики их кроя и фиксации: при глубокой кожной воронке тип «V» поэтапное подсечение и подгонка длины, при неглубокой тип «Y» гофрирование (укорочение). Анализ результатов по фотоснимкам с согласия пациентов. Оценка результата проводилась с использованием шкал PhSS (Physician's Satisfaction Score) от 1 до 10 баллов, PSS (Patient's Satisfaction Score) от 1 до 10 баллов и суммарная шкала DGS (Definitive Graduated Score) от 1 до 20 баллов. Вышеупомянутые шкалы позволяют оценить удовлетворенность врачей (PhSS) и пациентов (PSS) полученными результатами, а также – степень общей удовлетворенности результатами полученными результатами (DGS).

Результаты. Возрастная группа с наибольшим количеством пациентов, прооперированных, находилась в возрасте от 36 до 45 лет 16 человек. Выявлена более высокая распространенность абдоминального типа IV по классификации абдоминальной деформации. Из 30 прооперированных пациентов было 2 (6,7%) случая серомы, которые не связаны с техническим компонентом умбиликопластики, а были следствием несоблюдения режима пациентами – ранняя физическая активность, не использование компрессионного трикотажа. Один случай эстетически неприглядного пупка: горизонтально ориентированный пупок, вследствие предшествующей деформации кожной воронки имеющейся пупочной грыжи больших размеров, однако не вызвавший у пациента негативного впечатления. Из 30 пациентов 93,4% (28 пациентов) показали очень высокую и среднюю степень удовлетворенности, а 6,7% (2 пациента) имели низкий уровень удовлетворенности, проведенный посредством опроса удовлетворенности по шкалам PhSS, PSS, DGS.

Выводы. Предложенный алгоритм прост и не требует специальной сложной аппаратуры для диагностики и выполнения. Хирургическая техника исполнения не является сложной, и дает в наших руках стабильный результат. Правильное распознавание и разделение по исходной анатомической форме пупка (тип Y, либо тип V) ведет к правильному подходу при хирургической коррекции последнего, в последующем минимизирую риск хирургических и эстетических осложнений. Наиболее часто осложнение в нашем исследовании – серома, встретилась в 6,7% (2 че-

ловека) наблюдений. Причины ее появления зависят как от хирурга, так и от пациента. Серома может появиться при оставлении полости в околопупочной области при неправильной фиксации пупочного стебля. Усиление экссудативной реакции в ране может быть следствием нарушения пациентом лечебно-охранительного режима и отказ от длительного ношение компрессионного белья.

ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ С ДЕФЕКТОМ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ СКОЛЬЗЯЩЕМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ

Радьков Р.Т., Муллин Р.И., Кадырова Э.Р., Журавлев М.Р., Филиппов В.Л.

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Республиканская клиническая больница МЗ РТ, Казань

Лечение повреждений кисти и пальцев при скользящем механизме травмы представляет серьезную проблему, что обусловлено частотой их встречаемости, сложностью и полиморфизмом самих травм, высоким процентом неблагоприятным исходов. Встречаются эти повреждения во многих регионах, где есть услуги металлопроката. В большинстве случаев травма кисти не сопровождается жизнеугрожающими последствиями, а, следовательно, помощь пациентам часто ограничивается первичной хирургической обработкой. Такая методика приводит к серьезным последствиям, многоэтапным реконструктивным операциям, стойким контрактурам пальцев кисти, инвалидизации пациентов. В ряде статей обсуждались вопросы лечения сочетанных повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти с повреждением общепальцевых нервов и переломом костей. Авторы выделяют в структуре кисти 5 анатомических образований: покровные ткани, сухожилия, нервы, сосуды, кости. Все открытые травмы кисти авторы дифференцируют на 2 большие группы: с пересечением тканей и с дефектами тканей. Среди повреждений с пересечением авторы выделяют три группы: пересечение одной из тканей, пересечение нескольких тканей и пересечение всех тканей кисти (травматические ампутации), а среди повреждений с дефектами: дефекты одной из тканей, дефекты нескольких тканей и дефекты всех тканей. Последняя группа повреждений характеризуется как тяжелая травма кисти (mutilated hand). При открытых травмах кисти особенно высок уровень взаимного отягощения повреждений. Уровень и степень повреждения зависят: от травмирующего агента, угла соприкосновения, площади соприкосновения и силы, прикладываемой во время хвата. Скользящий механизм имеет свои особенности в повреждении мягких тканей и сухожильных влагалищ, требующие особой хирургической тактики лечения для получения благоприятного функционального результата. Первая особенность – повреждаются сразу несколько пальцев, в большинстве случаев – 4 пальца, вторая – повреждение кожного покрова в виде лоскутов на дистальной питающей ножке, третья – повреждение сухожилий сгибателей и сухожильного влагалища по плоскости преимущественно во второй («критической») зоне, четвертая – целостность

скелета и сохранность сосудисто-нервных пучков. Исходя из перечисленных особенностей, опираясь на собственный опыт лечения данной группы пациентов в отделении травматологии №2 ГАУЗ РКБ МЗ РТ нами была разработана следующая классификация повреждений пальцев кисти при скользящем механизме травмы. 1 степень – повреждение кожного покрова без повреждения глубоких структур А. Без лоскута В. Лоскут без нарушения кровоснабжения С. Лоскут с нарушением кровоснабжения либо отрыв кожного покрова 2 степень – повреждение кожного покрова с повреждением сухожильного влагалища и сухожилий на протяжении до 1 см А. Без лоскута В. Лоскут без нарушения кровоснабжения С. Лоскут с нарушением кровоснабжения либо отрыв кожного покрова 3 степень – повреждение кожного покрова с повреждением сухожильного влагалища и сухожилий на протяжении более 1 см А. Лоскут без нарушения кровоснабжения В. Лоскут с нарушением кровоснабжения либо отрыв кожного покрова. В зависимости от степени повреждения рекомендована следующая хирургическая тактика относительно каждого пальца: При 1А, В степени – консервативное лечение либо ПХО раны. При 1С степени – васкуляризованная кожная пластика При 2А и 2В степени – первичная тендопластика, ПХО раны. При 2С степени – первичная тендопластика в сочетании с васкуляризованной кожной пластикой. При 3А, 3В степени – двухэтапная тендопластика с реконструкцией сухожильного влагалища на силиконовом протезе на первом этапе и второй этап через 1,5 месяца, кожа – ПХО или васкуляризованная кожная пластика.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ НИЖНЕГО ВЕКА

Родина Е.С., Фетцер Е.И.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Научно-исследовательский институт глазных болезней, Москва

Введение. Базальноклеточный рак (БКР) является распространенным видом рака кожи во всем мире. Восемьдесят процентов БКР возникает в области головы и шеи, из которых 20% приходится на веки. Чаще всего поражается нижнее веко. Диагностика данного вида злокачественного новообразования бывает затруднена. Это связано с тем, что клиническая картина БКР полиморфна. Золотым стандартом диагностики остается гистологическое исследование. Выделяют несколько вариантов лечения: хирургическое, лучевое, терапевтическое. В настоящее время основным методом лечения остается хирургическое иссечение опухоли с гистологическим контролем краев. Данный клинический случай демонстрирует особенности диагностики, лечения и послеоперационные результаты.

Цель. Показать особенности диагностического поиска и хирургического лечения БКР, локализованного на нижнем веке, с последующей оценкой результатов хирургического лечения и пластики дефекта.

Материал и методы. В ФГБНУ НИИ ГБ обратилась пациентка 74 лет, с жалобами на гнойное отделяемое, изменение

формы и воспаление нижнего века правого глаза. При биомикроскопии край нижнего века был утолщен и гиперимирован с сухими гнойными корочками по ресничному краю. После выполнения гигиенической обработки в медиальной трети нижнего века было обнаружено образование на переднем реберном крае и интермаргинальном пространстве размерами 8х5х2 мм с локальной гиперемией тарзальной конъюнктивы и дефектом на поверхности. По клинической картине был поставлен предварительный диагноз язвенный блефарит, новообразование нижнего века, назначено соответствующее лечение и рекомендовано дальнейшее наблюдение. Спустя 2 недели на осмотре была отмечена положительная динамика, эпителизация язвенного дефекта, однако оставались сухие корочки и расширенные сосуды по межреберному краю века в области образования. С диагностической целью было проведено импрессионное цитологическое исследование с последующей сканирующей электронной микроскопией (СЭМ) с лантаноидным контрастированием с раневой поверхности. Спустя еще 2 недели признаки инфекционного воспаления были полностью купированы, на поверхности новообразования расширенные сосуды сохранялись, отмечалось изъязвление, рост ресниц в этой области отсутствовал. На основании клинической картины пациентке поставлен предварительный диагноз БКР нижнего века правого глаза. Для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики лечения была выполнена биопсия новообразования.

Результаты. В результате СЭМ с лантаноидным контрастированием обнаружено большое количество полиморфно-ядерных нейтрофильных лейкоцитов, отежных эпителиальных клеток, атипичные клетки не визуализировались. Данные результаты характерны для картины острого воспалительного процесса, без признаков малигнизации. Однако, как показывает данный случай, устранение инфекционно-воспалительного процесса, обнаружило типичную клиническую картину язвенной формы БКР, что в последующем получило подтверждение по данным гистологического исследования биопсионного материала. При подтвержденном диагнозе БКР пациентке проведено первым этапом радиохирургическое удаление БКР нижнего века в пределах здоровых тканей с одномоментной пластикой дефекта сложным лоскутом с верхнего века. После иссечения БКР материал был отправлен на морфологическое исследование. Получено следующее заключение: фрагмент кожи с разрастанием базальноклеточного рака с участками изъязвления (ульцеративная форма), края резекции интактны. Через 1 месяц после операции вторым этапом выполнено рассечение тарзоконъюнктивальной ножки, сформирован край нижнего века.

Выводы и обсуждение. Данный клинический случай показывает, что диагностика БКР может быть затруднена при присоединении инфекционно-воспалительного процесса. Данные импрессионной цитологии с применением СЭМ с лантаноидным контрастированием оказались неинформативными. Вероятно, это связано в связи с забором материала для импрессионной цитологии в период активного инфекционно-воспалительного процесса. Поэтому нам представляется, что в случаях наличия новообразования в сочетании с клиническими признаками воспаления, проведение импрессионной цитологии недостаточно для диагностики типа новообразования. Большую точность несет биопсия с последующим гистологическим исследованием

полученного материала. Представленная двухэтапная методика с применением сложного лоскута позволила успешно удалить весь объем злокачественного новообразования и достичь хорошего функционального и косметического результата.

КОМБИНИРОВАННАЯ КОРРЕКЦИЯ ВЕРХНИХ ВЕК ПРИ ВОЗРАСТНОЙ АТРОФИИ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ С ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ

Романов И.Ю.

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

На протяжении всей жизни организм претерпевает значительные метаморфозы, не исключением является и изменения конфигурации орбиты и ее структур. Возрастные изменения в области верхних век – самая частая проблема, с которой обращаются к пластическим хирургам, офтальмологам. Коррекция верхних век – распространенная операция, но сложность, связанная с возрастной атрофией жировой клетчатки орбиты, безусловно, не перестает терять свою актуальность. Пациенты жалуются на запавшие или «старческие глаза», вариабельность хирургических техник широка, однако сложность и риски всегда высоки. Устранение А-образной деформации различного генеза, сложная и необходимая операция. Основным методом, применяющимся повсеместно, является стандартный протокол липофилинга верхних век. Другим методом, представленным в практике пластического хирурга, может быть метод «Способ хирургической коррекции А-образной деформации верхних век» Добряковой Ольги Борисовны 2015 года, техника не нова, в редких случаях используется опытными хирургами. Суть метода заключается в рассечении тарзоорбитальной фасции до середины века, начиная от медиального края, вытягивая назальную и срединную порции фасциально жировых комочков на ножках, затем отсепааровывая пространство под круговой мышцей глаза, раздвигая клетчатку тупым путем в верхне-медиальном направлении на расстояние 4–6 мм и доходя до надкостницы края орбиты. Далее перемещают выделенные фасциально жировые комочки на ножках вверх и медиально, укладывают под круговой мышцей глаза в подготовленную ложе и фиксируют не рассасывающимися нитями 6/0 к надкостнице верхне-медиального края орбиты. В комбинированной технике мной применяется метод перекреста жировых пакетов с целью увеличения проекции, одновременно с этим частично дублируя часть круговой мышцы глаза «большую» порцию, тем самым уплотняя и укрепляя верхний край складки. После ушивания раны выполняется липофилинг верхних век в объеме 1,5–2,5 мл на каждую сторону, обработка жира производится по методу, разработанному в ЦНИИС и ЧЛХ. Комбинированная техника устранения дефицита объема верхних век, путем сшивания и перемещения жировых пакетов, дубликатуры мышцы и липофилинг верхних век позволяет достичь эстетического, а главное длительно стойкого результата, удовлетворяющего и пациента и врача.

АНАЛИЗ ВАРИАНТОВ СОКРАЩЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Сафарова А.С., Зотов В.А.

*Новосибирский государственный университет, Клиника УМС,
Новосибирск*

Введение. Симультанные операции имеют определенные преимущества: сокращается время пребывания пациента в стационаре, устраняются риски возможных осложнений повторных анестезиологических пособий, устраняется необходимость в повторном обследовании и в предоперационной подготовке Главной проблемой длительных сочетанных операций является системный риск, в особенности венозная тромбоэмболия, который возрастает в несколько раз при длительности вмешательств более 2 часов.

Цель: изучить эффективность сокращения длительности сочетанных вмешательств, выполненных двумя хирургическими бригадами у пациентов с эстетической деформацией передней брюшной стенки и деформацией молочных желез.

Задачи: 1. Провести расчет времени и сравнение длительности абдоминопластики, выполненной симультанно с маммопластикой (аугментация с мастопексией) одной и двумя хирургическими бригадами соответственно. 2. Исследовать влияние длительности симультанных операций на течение раннего послеоперационного периода.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 24 пациента в возрасте от 25 до 55 лет, женского пола, перенесшие одновременно абдоминопластику в сочетании с аугментационной маммопластикой с мастопексией. Сформировано 2 группы: 1 группа (14 пациенток – 58%), у которых операция была выполнена одной хирургической бригадой и 2 группа (10 пациенток – 42%), прооперированная одновременно двумя оперирующими бригадами. Сравнялась длительность оперативных вмешательств по данным наркозных карт и проводилась оценка состояния пациентов до операции и на 1 сутки в послеоперационном периоде с использованием опросника QOR-40 – опросник оценки качества восстановления после анестезии (Quality of recovery 40-item questionnaire).

Результаты. В первой группе длительность операций варьировала от 270 минут до 360 минут ($\mu=312$ минут). Во второй – 210–240 минут ($\mu=226$ минут). Итоговые баллы согласно опроснику QoR-40, оценивающему качество восстановления пациентов в послеоперационном периоде в 1 и 2 группе, составили 112 и 147 соответственно. Таким образом, увеличение длительности оперативного вмешательства имело больше негативных последствий в послеоперационном периоде.

Обсуждение. В настоящее время широко распространено одномоментное выполнение ряда операций: абдоминопластика чаще всего сочетается с хирургией молочной железы, особенно для женщин в послеродовом периоде; для мужчин с гинекомастией или для мужчин и женщин, которые значительно похудели с помощью диет или бариатрической хирургии. Все комбинированные эстетические процедуры потенциально длительны. Продолжительность операции – это единственная переменная, которая легко поддается количественной оценке и применима в иссле-

дованиях, изучающих безопасность сочетания нескольких операций. Точное значение этого показателя не совсем понятно: с точки зрения результатов не ясно, предпочтительнее ли одна 4-часовая процедура или две 2-часовые. Однако мы знаем, что длительное воздействие общей анестезии и другие потенциально опасные интраоперационные условия (например, кровопотеря, гипотензия, гипотермия, инфекции) мешают поддержанию организмом физиологического гомеостаза. Поддержание нормотензии и бдительность при распознавании и лечении послеоперационной гипертензии может уменьшить вероятность возникновения послеоперационных гематом. Большое внимание также следует уделять поддержанию нормотермии: низкая интраоперационная температура тела связана с повышенной кровопотерей, более частым образованием сером, более высокими показателями сердечной заболеваемости в послеоперационном периоде, а также более частыми инфекционными осложнениями. Howland и Schweizer отметили увеличение сердечно-сосудистых, легочных и почечных осложнений через 6 часов, тогда как Gravante et al. сообщили о связи между временем операции более 140 минут и возникновением легочной эмболии в серии процедур липосакции. Первоначально целью комбинированной хирургии являлась минимизация местных осложнений. Но когда длительность оперативных вмешательств стала превышать 3-4 часа, остро встал вопрос о системных осложнениях. Общеизвестно, что абдоминопластика имеет повышенный риск развития венозной тромбоэмболии (ВТЭ) по сравнению с другими пластическими операциями. Время, добавляемое к абдоминопластике за счет одновременного выполнения операции на груди, может увеличить риск венозной тромбоэмболии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ НАЗУБНЫХ ШАБЛОНОВ ДЛЯ ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Сорвин В.А., Шипика Д.В., Кабычкин И.А., Аллаяров Х.Т., Пашаева Э.Н.

Институт пластической хирургии и косметологии, Москва

Введение. Основными задачами ортогнатической хирургии являются достижение гармонии лица, коррекция скелетных деформаций челюстей и достижение правильной окклюзии зубных рядов. Устранение выявленных анатомических нарушений позволяет восстановить гармонию лица, улучшить функции жевания, дыхания, речи. В ортогнатической хирургии уже давно обязательное место занимают предхирургическая подготовка и хирургическое 3D-планирование. На сегодняшний день в связи с развитием ортогнатических операций увеличивается потребность в проведении 3D планирования у пациентов с врожденными аномалиями челюстей, в том числе и изготовлении индивидуальных шаблонов для операции.

Цель. Основной целью данного исследования является анализ применения индивидуальных назубных шаблонов для лечения у пациентов с врожденными деформациями челюстей.

Материалы и методы. За период 2021-2022 гг. в отделении пластической хирургии в «ИПХиК» было проведено

62 ортогнатические операции у пациентов с врожденными деформациями челюстей. Среди них были подготовлены и прооперированы 16 пациентов с индивидуальными назубными шаблонами для формирования линии остеотомий. Были сформированы 2 группы – пациенты без шаблонов (группа I) и пациенты с шаблонами (группа II). Комплексное обследование пациентов включало в себя клиническое обследование, осмотр лица и полости рта, антропометрическое исследование лица и гипсовых моделей челюстей, рентгенологическое исследование челюстно-лицевой области (КЛКТ 23x17), фотометрическое исследование лица пациента в разных проекциях, обследование височно-нижнечелюстного сустава, МРТ ВНЧС. Всем пациентам проводилась ортодонтическая подготовка. Лечение планировали с использованием IPS KLS Martin. При планировании хирургического лечения использовали данные цефалометрического анализа мягких тканей лица по G.W. Arnett и R.P. McLaughlin. После компьютерного анализа по полученным данным проводили «хирургию моделей» и изготовление хирургических шаблонов (сплнтов) для перемещения челюстей на 3D-принтере. По показаниям, во всех группах были выполнены остеотомия верхней и нижней челюстей и гениопластика.

Результаты. По результатам проведенной работы были выявлены более быстрые и предсказуемые формирования линий остеотомий в группе II, что позволило сделать время операции короче (особенно у пациентов с ротацией верхней челюсти вверх), а протяженность разрезов и степень отслойки мягких тканей значительно меньше.

Выводы. Данный вид хирургического лечения относится к категории сложных реконструктивных операций, одним из критериев хорошего результата ортогнатической операции является наличие 3D-планирования и, как следствие, изготовление более современных шаблонов для формирования линий остеотомий, что позволяет сделать ход операции более предсказуемым для оперирующего хирурга и отвечает современным требованиям минимальной инвазивной ортогнатической хирургии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА С ПОМОЩЬЮ ТРАНСПЛАНТАТОВ

Сорокин А.Д., Добряков Б.Б., Рогажинская П.В., Шакуров В.Л.

Новосибирский государственный университет, Новосибирск

Актуальность. Посттравматическая деформация носа сопровождается дегенеративно-воспалительным процессом, что приводит к значительным изменениям и в ряде случаев полной дегенерации структур носа. Для восполнения дефицита тканей, при такой деформации используют трансплантат. Правильный выбор трансплантата играет решающую роль в успехе операции [1, 2].

Цель исследования. Улучшение результатов коррекции посттравматической деформации носа путем правильного выбора материала трансплантатов.

Задачи исследования. Провести сравнительную оценку методов коррекции посттравматической деформации носа

путем использования различных трансплантатов. Материалы исследования. Объект исследования – 15 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, мужского и женского пола с диагнозом посттравматическая деформация носа. Была выполнена коррекция посттравматической деформации носа с использованием Реберного хряща – 1 группа исследования (n=5). Септального хряща – 2 группа исследования (n=5). Силиконового трансплантата – 3 группа исследования (n=5). Критерии включения: диагноз посттравматическая деформация носа, наличие информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: диагноз повторная ринопластика.

Методы исследования. Сравнительная оценка методов коррекции посттравматической деформации носа путем статистическо-математической обработки данных.

Полученные результаты. 1) Удовлетворенность послеоперационным результатом выше у 2 группы исследования $4,800 \pm 0,447$ по сравнению с 1,3 группой соответственно ($4,600 \pm 0,548$; $3,8 \pm 0,447$) Примечание: различия статистически достоверны при сравнении до и после операции групп № 1, 2, 3 по удовлетворенности послеоперационным результатом ($p < 0,05$). 2) Оценки антропометрических данных в послеоперационном периоде 1 группа исследования. До операции $3,200 \pm 0,447$. После операции $4,400 \pm 0,548$; ($p =$ различия статистически не значимы – далее н/з) 2 группа исследования. До операции $3,200 \pm 0,447$. После операции $4,800 \pm 0,447$; ($p =$ н/з) 3 группа исследования. До операции $2,600 \pm 0,548$. После операции $4,200 \pm 0,447$; ($p =$ н/з) 3) Оценка послеоперационных осложнений В 1, 2 группе исследования послеоперационных осложнений не было выявлено. В 3 группе исследования послеоперационные осложнения – отторжение импланта n=1, смещение импланта n=1.

Выводы. Ауто трансплантат предпочтительней для коррекции посттравматической деформации носа, потому что частота послеоперационных осложнений при использовании ауто трансплантата ниже, чем при использовании алло трансплантата. Удовлетворенность пациентов коррекцией посттравматической деформации носа ауто трансплантатом – септальным и реберным хрящом ($4,800 \pm 0,447$ и $4,600 \pm 0,548$ соответственно; $p < 0,05$) выше по сравнению с алло трансплантатом ($3,800 \pm 0,447$; $p < 0,05$). Антропометрические данные после коррекции посттравматической деформации носа близки к эстетичным во всех группах исследования.

ПРИМЕНЕНИЕ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ ОБРАБОТКИ ТКАНЕЙ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФОРМЫ И КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ ПТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ СОВМЕСТНО С КОРРЕКЦИЕЙ МЕМБРАНОЗНОЙ ПЛАСТИНЫ

Федорова П.А., Козлов А.В., Анашкина А.С.

Новосибирский государственный университет, Медицинский центр «АВИЦЕННА», Новосибирск

Введение. Птоз груди является неизбежным следствием силы тяжести и времени. Каждая грудь имеет тенденцию

к птозу различной формы и степени. Современные методы мастопексии основаны на разрезах на груди для исправления птоза; тем не менее, они оставляют обширные шрамы. Для многих пациенток очень сложно выбрать: грудь с видимыми шрамами или с птозом.

Идея. Создание технологии коррекции птоза молочных желез, позволяющей добиться оптимальных эстетических результатов без разреза кожи на железе.

Цель исследования. Определить технологические аспекты формирования кармана, проведения плоскостных иссечений и разработать алгоритм применения аргоноплазменной обработки тканей для восстановления формы и комплексной профилактики послеоперационных осложнений при коррекции птоза молочных желез.

Материалы и методы. Объектом исследования являются 30 пациенток в возрасте от 24 до 46 лет. Было проведено разделение пациентов на 2 группы по 15 человек. У I группы применяются стандартные методы обработки мягких тканей (с разрезом на коже молочной железы), а у II – аргоноплазменная методика совместно с коррекцией мембранозной пластины. Критерии включения: птоз паренхимы молочных желез (Par) 1-3 степени и сосково-ареолярного комплекса (NAC) 1-2 степени; отсутствие хронических заболеваний; наличие информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: птоз молочных желез Par 4 NAC 3,4 степени; системные заболевания соединительной ткани; отказ пациента от исследования. Оценка параметров птоза проводилась с помощью шкалы Джованни Ботти и Марио Пелле Чераволо. Существует двухплоскостная техника создания кармана для импланта (Dual plane), мы в своей работе создаем третью плоскость (Triple plan), которая расположена над мембранозной пластиной. При этом, если Par 1 степени и NAC 1-2 степени, то отслойку подкожно-жировой клетчатки над мембранозной пластиной проводим до половины расстояния от соска до субмаммарной складки (LVC) (I тип Triple plan). При Par 2 степени производится иссечение мембранозной пластины треугольной формы до нижней границы ареолы (II тип Triple plan). Если имеется Par 3 степени, дополнительно выполняем резекцию нижнего полюса молочной железы (без кожного разреза). На всех этапах создания плоскостей ткани обрабатываются аргоноплазменной коагуляцией с помощью аппарата BOWA ARC 400 в режиме монополярного резания «Аргон» мощностью 100Вт. Дальнейшее обследование осуществлялось в раннем и позднем послеоперационном периоде: объективная оценка состояния мягких тканей и оценка удовлетворенности эстетических результатов проводилось с помощью опросника BREAST-Q.

Полученные результаты. Создание Triple plan при формировании кармана привело к оптимальному перераспределению мягких тканей над имплантом, которое измеряется по LVC импланта + 1,4 мм (средний показатель растяжения тканей). Благодаря коррекции мембранозной пластины при Par 2,3 удалось предотвратить резекцию кожи на молочной железе. Благодаря прекрасному коагуляционному эффекту аргоновой плазмы операционное поле было сухим и неповрежденным. Это способствовало снижению воспалительных процессов, экссудации серозной жидкости и, как следствие, уменьшало болевой синдром, предотвращало образование сером и гематом в раннем послеоперационном периоде. Помимо этого, АПК приводит

к сокращению коллагеновых волокон, что ведет к уменьшению объема мягких тканей изнутри кармана. В позднем послеоперационном периоде в I группе у 15% наблюдалась деформация NAC, 20% были неудовлетворены эстетическим результатом, в частности, из-за рубцов. Во II-й группе данных осложнений выявлено не было.

Обсуждение. Dual plane (двойная плоскость) – это плоскость формирования кармана для импланта (частично под большой грудной мышцей и частично под молочной железой или под глубоким листком поверхностной фасции). Это необходимо для оптимального перераспределения мягких тканей над имплантом. Если имплант размещать только в одной плоскости, то расположение импланта будет высоким, т.е. будет увеличено LVC, что придает груди некрасивую форму. В технологии используется газ аргон, который является стабильным, нетоксичным и не имеет запаха. Происходит эффективная равномерная коагуляция, глубина проникновения которой, не более 3 мм. При данной технике отсутствует карбонизация тканей, поскольку аргон не поддерживает горение, что способствует ускорению репаративных процессов. Кроме того, нагретая аргонная плазма обладает бактерицидным действием, что в комплексе способствует быстрому заживлению тканей.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ И ОТКРЫТЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА 3, 4, 5 СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ В ПРАКТИКЕ ПЛАСТИЧЕСКОГО ХИРУРГА

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

Республиканская клиническая больница МЗ РТ, Травмцентр, отделение травматологии № 2, Казань

Контрактура (болезнь) Дюпюитрена – заболевание, характеризующееся поражением ладонного апоневроза, приводящего к прогрессирующей сгибательной контрактуре пальцев кисти. Существует множество стандартных хирургических методов лечения этого заболевания, но они обладают рядом недостатков и возможных осложнений в виде некроза кожных покровов, кожно-рубцовой деформации, стойкой контрактурой, длительностью реабилитации и др. Однако в тяжелых случаях, особенно – при запущенных контрактурах с необратимым поражением меж-фаланговых суставов пациенту может быть предложен артродез или даже ампутация пальца.

Цель исследования. Улучшение эффективности лечения больных с контрактурой Дюпюитрена 3-4-5 степени сложности с применением комбинированных методов лечения. Оценить результаты лечения и показать преимущества комбинированного метода лечения контрактуры Дюпюитрена 3-4-5 степени сложности.

Материалы и методы. В нашей клинике комбинированным способом было пролечено 60 пациентов с контрактурой Дюпюитрена 3-5 степени. 7 пациентам осуществлялась инъекция коллагеназы, мы используем полный аналог

препарата Xiaflex, отечественный препарат Коллализин, основным веществом которого является коллагеназа, получаемая из Clostridium Histolyticum. 25 пациентам выполнена игольчатая чрескожная апоневротомия с липофилингом. 28 пациентам игольчатая (игольная) апоневро(зо)томия. Применение малоинвазивных методов позволило вывести пальцы из состояния тяжелой степени контрактуры. Следующим этапом для радикального удаления патологически фиброзно измененных тканей выполнялись операция открытыми хирургическими методами (открытая фасциотомия, селективная фасциэктомия, радикальная фасциэктомия, сегментарная апоневроэктомия, дермофасциэктомия). При применении данного комбинированного метода мы избежали таких осложнений, как некроз кожи, уменьшили воздействие суставной контрактуры пальца и способствовали восстановлению мышечной силы и сгибательной функции пальца. Возможные осложнения в виде разрывов сухожилий и повреждения сосудисто-нервного пучка нами наблюдались 3 случаях, которым были восстановлены поврежденные структуры. В послеоперационном периоде проводилось динамическое наблюдение пациентов на протяжении 2-х лет.

Результаты. Практически у всех пациентов удалось добиться полного восстановления функции пальцев кисти. Результаты оценивались по силе кулачного схвата, Table-top-test, по методике DASH до и после операции. После применения комбинированного метода лечения рецидивов заболевания в течение 2-х лет не наблюдалось.

Вывод. Преимуществом применения комбинированного метода лечения контрактуры Дюпюитрена 3-4-5 степени являются малотравматичность, сокращения сроков восстановительного периода, возможность получения наилучшего функционального результата.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО- ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА СТОПАХ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Чойдорова А.Д., Нурмухаметов М.Р.

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

Введение. Поражение суставов переднего отдела стопы, по данным различных авторов, встречается у 60-80% всех больных ревматоидным артритом (РА). Нарушение функций тесно связано с выраженностью поражений и зачастую может носить различных характер. Наиболее частыми поражениями переднего отдела стоп у больных с системными заболеваниями являются: вальгусная деформация 1 пальца, молоткообразные и когтеобразные деформации 2-5 пальцев, с формированием натоптышей на подошвенной стороне. Нарушение биомеханических соотношений опорно-двигательного аппарата граничит с достаточно неприятным косметическим дефектом.

Цели исследования. Оценить эффективность реконструктивно-пластических операций на переднем отделе стопы у больных с РА.

Материалы и методы исследования. Наблюдались 46 пациентов с РА, все пациенты женщины в возрасте от 28 до 72 лет, со средней и низкой активностью заболевания по

DAS28 и различной степенью выраженности деформаций переднего отдела стоп. Выполнено 17 операций с применением операции Клейтона-Хоффмана, 11 операций с применением суставосберегающих методик для 1 плюснефалангового сустава (шеvronная и Z-образная (SCARF) остеотомии в сочетании с Weil-остеотомией 2-5 плюсневых костей), 9 шевронных или Z-образных остеотомии в сочетании с резекцией 2-5 головок плюсневых костей и 9 отдельных операций только на 1 ПФС.

Результаты исследования. Оценка результатов оперативных вмешательств производилась по шкале AOFAS. В ходе исследования мы оценили процент пациентов с удовлетворительным (по AOFAS более 51 балла) ответом на лечение, этот процент составил: 33,6%, с хорошим (по AOFAS более 75 баллов) – 55 %, и отличным ответом (по AOFAS более 95 баллов) – 11,4%. Данные показывают увеличение количества баллов в послеоперационном этапе у больных после прохождения реабилитационного периода: уменьшение болевых ощущений, вплоть до их исчезновения, увеличение ежедневной нагрузки на конечность и возможность ношения модельной или комфортной обуви с ортопедическими стельками. В результате восстановления нормальных биомеханических соотношений в стопе пациенты наблюдают исчезновение участков гиперкератоза на подошвенной области и в местах наибольшего контакта пальцев с обувью.

Вывод. Реконструктивно-пластические операции при деформациях переднего отдела стоп у больных с РА является достаточно эффективным методом лечения, в первую очередь, для уменьшения болевого синдрома и улучшения качества жизни, в том числе и с эстетической стороны.

РАЗДЕЛ I. ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

<i>Авдеев А.Е., Шаробаро В.И., Борисенко А.С., Панаев А.А.</i> Аугментация птозированных молочных желез без мастопексии.....	2
<i>Авдеев А.Е., Шаробаро В.И., Борисенко А.С., Алимова С.М.</i> Возможности эндоскопически ассисированного лифтинга лица.....	2
<i>Александров Н.М., Вешаев И.Д., Купцов Д.А.</i> Новый подход к кожно-костной реконструкции пальца кисти.....	3
<i>Алешина О.Н., Адамян Р.Т., Кибалина Н.И.</i> Современные реконструктивно-пластические возможности лечения последствий олеогранулем.....	4
<i>Алимова С.М., Шаробаро В.И., Трутень В.П.</i> Возможности конусно-лучевой компьютерной томографии при исследовании мягких тканей лица и шеи.....	4
<i>Алмазов И.А.</i> Интрадермальные швы в ринопластике.....	5
<i>Алмазов И.А.</i> Скользкий лифтинг лба из пальпебрального доступа.....	5
<i>Алыбаев М.Э.</i> Отличие техник европейской и азиатской блефаропластики.....	5
<i>Андреева В.В., Решетов И.В., Коган Е.А.</i> Морфогенетические и патогенетические особенности гипертрофических и келоидных рубцов головы и шеи.....	6
<i>Афаунова О.А., Саидасанов С.Ш., Бакши Т.А.</i> Использование слизистого лоскута с языка для закрытия дефектов твердого неба у пациентов с врожденной расщелиной губы и неба.....	6
<i>Баисова Л.М., Большаков М.Н., Чкадуа Т.З., Надточий А.Г.</i> Хирургическое лечение пациентов с сосудистыми мальформациями головы и шеи в зависимости от качественных и количественных характеристик васкуляризации.....	7
<i>Байтингер А.В., Шнякин П.Г., Байтингер В.Ф.</i> Двухуровневая декомпрессия малоберцового нерва при синдроме фибулярного канала.....	7
<i>Байтингер В.Ф., Селянинов К.В.</i> Алгоритм профилактики фатальных осложнений в реконструктивно-пластической хирургии.....	8
<i>Байтингер В.Ф., Малиновский В.С., Курочкина О.С.</i> Лимфостаз, лимфедема конечностей: патогенез и перспективы лечения.....	8
<i>Бирлова Э.Е., Андреева В.В.</i> Способ оценки лечения рубцовых деформаций мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи после комбинированного метода липофилинга и введения аутологичной плазмы.....	9
<i>Брагилев В.А., Брагилев С.В.</i> Эффективные способы лечения некоторых осложнений первичной и вторичной аугментационной маммопластики.....	10
<i>Васильев В.С., Васильев С.А., Васильев Ю.С., Васильев И.С., Казанцев И.Б.</i> Оценка результатов липофилинга при реконструктивных и эстетических операциях на молочной железе.....	10
<i>Васильев И.С., Васильев С.А., Васильев Ю.С., Васильев В.С., Карпов И.А.</i> Возрастные изменения бровей: анализ литературных данных.....	11
<i>Васильев С.А., Васильев Ю.С., Васильев И.С., Васильев В.С., Карпов И.А.</i> Целесообразность применения грудных имплантатов с полиуретановым покрытием.....	11
<i>Висаитова З.Ю., Чкадуа Т.З., Верещагина Н.В.</i> Особенности хирургического лечения доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы.....	12

<i>Волчек И.А., Балацкий Н.А.</i> Молекулярно-иммунологические эффекты остеопатического воздействия на здоровые ткани организма	12
<i>Воротников В.В., Пахомова Р.А., Гугнина А.С., Абдугаффоров С.А., Сойнов А.В., Цой М. Е., Копытич И.В.</i> Наш опыт одномоментной реконструкции молочной железы при лечении рака молочной железы	13
<i>Гарипов Р.Р., Погосян Д.А., Гузик А.А.</i> Редукционная маммопластика: наш опыт применения лоскута рибейро	14
<i>Гилева К.С., Чебоксарова М.С.</i> Метод устранения ограниченных дефектов челюстей с помощью реваскуляризованного лопаточного аутотрансплантата с одномоментной дентальной имплантацией	14
<i>Грачев Н.С., Зябкин И.В., Калинина М.П., Ворожцов И.Н., Полев Г.А., Рыжов Р.В., Атаева Д.М., Магомедова А.М.</i> Лечение аномалий жаберных щелей у детей: опыт 2-х центров	15
<i>Грачев Н.С., Зябкин И.В., Фролов С.В., Калинина М.П., Магомедова А.М., Атаева Д.М.</i> Функциональная риносептопластика у подростков: наш опыт	16
<i>Григорян А.А.</i> Сравнительный анализ закрытой сохраняющей ринопластики с открытой структурной в случаях выраженной девиации носа. персональный взгляд на проблему	16
<i>Григорян А.Ю., Леонтьева Г.А.</i> Алгоритмы предоперационной подготовки пациентов, идущих на лифтинговые операции по телу	17
<i>Грицюк А.М., Мариничева И.Г.</i> Коррекция последствий удаления пааг из мягких тканей голени	17
<i>Гришко Р.В., Кузьмин А.С.</i> Опыт Mohs-хирургии немеланомных опухолей кожи лица	18
<i>Грищенко С.В., Ушано Г.Т.</i> Дифференцированный подход к коррекции птоза бровей, псевдоблефарохалазиса и инволюционных деформаций верхней трети лица	18
<i>Грищенко С.В., Ушано Г.Т.</i> Обенности эстетической блефаропластики при синдроме гиперрастяжимых век	19
<i>Гузик А.А., Погосян Д.А., Маланичев М.Ю., Габеев А.И., Гарипов Р.Р.</i> Аугментационная мастопексия при птозе молочных желез различной степени. Наш опыт получения стабильных многолетних результатов	20
<i>Гущина М.Б., Надточий А.Г., Терещенко А.В., Афанасьева Д.С.</i> Клинические и эхографические особенности век и параметров глазной щели при поражении лицевого нерва	20
<i>Дайхес Н.А., Виноградов В.В., Решульский С.С., Федорова Е.Б.</i> Особенности реконструкции глотки после ларингэктомии	21
<i>Дзотцоев А.К., Крайтор А.С.</i> Наш подход к миопексии	21
<i>Добросельская М.С., Добросельский М.В., Нерсесянц С.А.</i> Липофилинг нижнего века по типу «личинки шелкопряда»	22
<i>Дубовская М.А.</i> Влияние ортодонтического лечения на лицевые параметры	22
<i>Еолчиан С.А., Чёлушкин Д.М.</i> Реконструктивная хирургия приобретенных дефектов черепа индивидуальными имплантатами, изготовленными с использованием cad/cam и аддитивных технологий	23
<i>Жуков М.И., Стефкивская О.В.</i> Возрастные изменения периорбитальной области и комбинированные методы их коррекции	24

<i>Жуманкулов А.М., Эмирбеков Э.А., Киштилиев М.З., Подъякова Ю.А., Остринская Т.В.</i> Клинический случай первичной реконструкции нижней челюсти малоберцовым костным микрохирургическим лоскутом у пациента детского возраста	24
<i>Завалий Л.Б., Рамазанов Г.Р., Синкин М.В., Селиверстова Е.Г., Петриков С.С.</i> Дифференцированный подход к лечению пациентов с изолированным поражением краевой нижнечелюстной ветви лицевого нерва	24
<i>Зайнутдинов А.М., Зайнутдинов И.А., Исмагилов А.Х.</i> Эволюция пластической хирургии контуров тела	25
<i>Зиновьев Е.В., Эллиниди В.Н., Сухопарова Е.П.</i> Особенности морфологической картины подкожной клетчатки у пациентов с избыточной массой тела как прогностический фактор неблагоприятного течения раневого процесса в послеоперационном периоде	25
<i>Золотых В.Г., Карев В.Е., Новицкая Т.А., Утехин В.И., Чурилов Л.П., Яблонский П.К.</i> Частицы силикона, лимфоцитарная инфильтрация и гранулематозное воспаление в перимплантатных капсулах	26
<i>Иванов В.В., Филимонов В.Б., Абрамов И.В., Огальцов И.А.</i> Объемный композитный многовекторный мультипланарный лифтинг (3dcmv-pl)	27
<i>Иванов В.Г., Волох М.А., Куприн П.Е., Алексеев В.С.</i> Формирование красивой формы пупка при абдоминопластике с переносом пупка	27
<i>Иванов В.Г., Волох М.А., Куприн П.Е., Попов К.И., Труфанова Е.С.</i> У-образная форма торако-дорзального лоскута для закрытия больших дефектов передней поверхности грудной клетки	28
<i>Иванов В.Г., Волох М.А., Куприн П.Е.</i> Еще раз о реконструкции соска молочной железы	28
<i>Иванов С.А., Богомаз С.Н., Лазарева Н.Ф.</i> Наш опыт реконструкции наружного носа лобным лоскутом	29
<i>Истранов А.Л., Тейфуков С.Н., Плотникова М.В., Любченко А.В., Исакова Ю.И.</i> Современные аспекты хирургической трансформации промежности у пациентов с мужской формой транссексуализма	30
<i>Истранов А.Л., Любченко А.В., Исакова Ю.И., Тейфуков С.Н., Маркарян М.Р.</i> Одномоментное выполнение ринопластики и булхорн при феминизации лица	30
<i>Истранов А.Л., Плотникова М.В., Исакова Ю.И., Тейфуков С.Н.</i> Комплексная модернизация феминизирующих операций нижней трети лица и шеи	31
<i>Казанцев И.Б., Грищенко М.Ю., Парфирьева Е.М., Гаркуша В.М.</i> Новый метод препекторальной реконструкции молочной железы	32
<i>Кайланич Е.А., Долинская Л.Н., Муковников А.С., Новосартов Г.А.</i> Применение методики TRAM-лоскута в торакопластике при обширных дефектах грудной стенки	32
<i>Катаев М.Г., Еолчян С.А., Захарова М.А., Матросова Ю.В., Трофимова И.Ю.</i> Многоплановая орбито-пальпебральная реконструкция	33
<i>Катаев М.Г., Захарова М.А., Трофимова И.Ю.</i> Пальпебральная складка, орбитопальпебральная борозда: особенности формирования и коррекции на верхних и нижних веках	34
<i>Клименко К.В.</i> Аутоадиопитеральный лифтинг (cleft lift) межъягодичной борозды у пациентов с пилонидальной кистой копчика	34
<i>Кожевников П.А., Кожевникова М.А.</i> Возможности реконструктивно-пластической хирургии в коррекции вирилизации наружных гениталий у детей с нарушением формирования пола	35

<i>Колчанов Г.М., Алексеева Д.А., Мартиросян В.В.</i> Оценка клинических исходов одноэтапной микрохирургической реконструкции с немедленной дентальной реабилитацией после хирургического лечения местнораспространенных злокачественных новообразований полости рта	35
<i>Колыванов Г.А.</i> Комплексная эстетическая гармонизация лица	36
<i>Кононец О.А.</i> Особенности повторных операций эндопротезирования молочных желез	36
<i>Коробов А.В., Сергацкий К.И., Никольский В.И.</i> Миниинвазивный способ хирургической коррекции диастаза прямых мышц живота	37
<i>Короткова Н.Л., Сафьянова Е.В., Меньшенина Е.Г.</i> Лечение рубцовых деформаций век у больных, пострадавших от ожогов	37
<i>Кочнева И.С., Левицкая М.Г.</i> Тотальное омоложение лица и шеи в достижении гармоничного результата	38
<i>Кочнева И.С., Левицкая М.Г.</i> Хейлопластика как обязательный компонент в комплексном омоложении лица	38
<i>Красенков Ю.В., Татьяначенко В.К., Давыденко А.В., Сухая Ю.В., Богданов В.Л., Манулик А.Ф.</i> Способ профилактики гипертрофических рубцов при лечении пациентов с флегмонами верхней конечности	39
<i>Красенков Ю.В., Татьяначенко В.К., Давыденко А.В., Эдилов А.В., Сухая Ю.В., Богданов В.Л.</i> Способ закрытия раневого дефекта после хирургического лечения флегмон мягких тканей верхней конечности	39
<i>Краюшкин И.А., Кудзаев К.У.</i> Оценка отдаленных результатов формирования узкой талии с сохранением ребер	40
<i>Кудзаев К.У.</i> Наш опыт реконструкции первого пальца кисти после травматического отрыва (клиническое наблюдение)	41
<i>Кудзаев К.У.</i> Наш подход к комплексному омолаживанию лица	41
<i>Кудзаев К.У.</i> Новые нюансы в формировании узкой талии с сохранением ребер	41
<i>Кудзаев К.У.</i> Эстетическая коррекция и удлинение нижних конечностей (биомеханическое обоснование)	42
<i>Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Мухамедов М.Р., Федорова И.К., Азовская Д.Ю.</i> Реконструктивно-пластический этап в комбинированном лечении больных раком полости рта	42
<i>Левицкая М.Г., Кочнева И.С.</i> Восстановление эстетических пропорций лица	43
<i>Левицкая М.Г., Кочнева И.С.</i> Выбор способа коррекции груди в зависимости от вида деформации	43
<i>Леонтьева Г.А.</i> Опыт центра косметологии и пластической хирургии в подготовке пациентов к эстетическим операциям	44
<i>Лологаева М.С., Арютин Д.Г., Токтар Л.Р., Пак В.Е., Комарова З.Н.</i> Дифференциальный подход к лечению и профилактике пролапса гениталий	45
<i>Мантурова Н.Е., Нгуен Д.Б., Качкинбаев И.К., Алыбаев М.Э.</i> Сравнительные характеристики методик коррекции возрастных изменений периорбитальной области у пациентов азиатской этнической группы	46
<i>Мантурова Н.Е., Рахимов А.Я.</i> Актуальные вопросы липоскульптуры тела	46
<i>Мариничева И.Г.</i> Увеличение внутренней поверхности бедер имплантатами	47

<i>Мариничева И.Г., Мариничева Е.А.</i> Эволюция геленаполненного имплантата икроножной мышцы	47
<i>Марков А.Г., Иванов В.В., Филимонов В.Б., Абрамов И.В., Огальцов И.А.</i> Способ dpr-мастопексии в коррекции птоза 2-3 ст.	48
<i>Матросова Ю.В., Катаев М.Г., Фабрикантов О.Л.</i> Механизмы развития травматического косоглазия и тактика лечения	48
<i>Машкина А.А., Чкадуа Т.З., Ермолин В.И., Исайчикова О.В., Романовский М.А.</i> Анализ изменения положения суставосодержащих фрагментов нижней челюсти в результате ортогнатической операции.	49
<i>Меловацкий П.Д., Крылова Е.И.</i> Перспективы применения аналогов простагландинов в коррекции косметических изменений у пациентов с эндокринной офтальмопатией.	49
<i>Мирзабекян Ю.Р.</i> «Лифтинг манекенщицы» или эндоскопический фронто-темпоральный лифтинг от разметки до конфетки.	50
<i>Мисирханова М.И., Михайлюков В.М., Дробышев А.Ю.</i> Лечение пациентов с аномалиями зубочелюстной системы с использованием индивидуально изготовленных шаблонов с заданными линиями остеотомии верхней челюсти по le fort i и индивидуализированных титановых фиксирующих элементов.	50
<i>Мисирханова М.И., Михайлюков В.М., Дробышев А.Ю.</i> Оценка эффективности использования цифровых протоколов диагностики, планирования и лечения пациентов с аномалиями челюстей.	51
<i>Молчанова Е.Б., Юнусов А.С., Поляков Д.П.</i> Тактика ведения детей с остеомой околоносовых пазух.	52
<i>Муллин Р.И., Фасахов Р.Р., Филиппов В.Л.</i> Хирургическое лечение глубоких термических поражений кисти	52
<i>Михайлюков В.М., Мисирханова М.И., Дробышев А.Ю.</i> Применение виртуального компьютерного планирования для лечения пациентов с дефектами и деформациями средней зоны лица после переломов орбиты.	53
<i>Мисюрина Ю.В., Семенов Ф.В.</i> Опыт применения ультразвуковой дезинтеграции при каналопластики у пациентов с хроническим средним отитом	53
<i>Муратов И.В., Соболев Д.Ю.</i> Применение препаратов ботулотоксина типа А в комплексном лечении детей с орофациальными расщелинами.	54
<i>Мурзаева Р.А., Курбанова З.В.</i> Использование деэпителизованного кожного лоскута в женской интимной пластике в сочетании с лифтингом внутренней поверхности кожи бедра.	54
<i>Мурзаева Р.А., Мантурова Н.Е.</i> Комплексные операции. Критерии отбора	55
<i>Мурзаева Р.А., Мантурова Н.Е.</i> Методика реконструктивного хирургического лечения фиброзно-кистозной болезни молочных желез со склерозирующим аденозом.	55
<i>Мурзаева Р.А.</i> Риски липосакции	55
<i>Нудельман Н.С.</i> Методика мастопексии.	56
<i>Нуриев А.Б., Алиева А.С.</i> Абдоминопластика в сочетании в хирургии больших и гигантских грыж передней брюшной стенки	56

<i>Обухов И.А.</i> Комплексная реконструкция дистальной фаланги пальцев кисти с использованием аппаратов внешней фиксации	57
<i>Овчинникова И.В., Гимранов А.М., Бусыгин М.А., Тазиева Г.Р.</i> Моделирование молочной железы при реконструкции tier-лоскутом	58
<i>Овчинникова И.В., Гимранов А.М., Бусыгин М.А., Тазиева Г.Р.</i> Наложение лимфовенозных анастомозов в подмышечной области одновременно с аксиллярной лимфодиссекцией при лечении рака молочной железы	58
<i>Петрова Д.Ю., Подгайский В.Н., Петров И.Ю.</i> Эффективность глубокоплоскостного фейслифтинга при отечно-деформационном типе старения	59
<i>Плаксин С.А., Пономарев Д.Н., Храмова Н.И.</i> Анализ факторов риска разрывов имплантатов молочных желез	60
<i>Погосян Д.А., Гузик А.А., Гарипов Р.Р.</i> Различие подходов в работе с гладкими и текстурированными имплантами при трансаксиллярной видеоассистированной аугментационной маммопластике	60
<i>Польшина В.И., Решетов И.В., Бабкова А.А.</i> Комплексная диагностика пациентов при планировании хирургического лечения с новообразованиями околоушно-жевательной области, как профилактика ятрогенных параличей и парезов лицевого нерва	61
<i>Пржедецкая В.Ю., Пржедецкий Ю.В.</i> О влиянии витамина d на развитие капсулярной контрактуры	62
<i>Пржедецкий Ю.В., Пржедецкая В.Ю., Ткачева М.С., Пандова О.В.</i> Блефароптоз. Так ли проста проблема?	62
<i>Протасов К.А.</i> Органосохраняющая подтяжка молочных желез	63
<i>Рахимов А.Я., Гуцин А.В., Мантурова Н.Е.</i> Комплексный подход в исследовании соединительнотканых структур при планировании липофилинга ягодичной области	63
<i>Решетов И.В., Закирова А.А.</i> Хирургическое лечение рака полости рта с функциональной реконструкцией	64
<i>Ровная А.В.</i> Ранняя консервативная профилактика вторичной лимфедемы после лечения рака молочной железы	64
<i>Ровная А.В.</i> Лимфедема/липедема/ожирение в клинической практике – отличия, взаимосвязи, алгоритмы лечения	65
<i>Ровная А.В., Макаров И.Г.</i> Алгоритмы ведения пациентов с лимфедемой сегодня: проблемы и решения	65
<i>Ростовцев С.О., Шперлинг И.А., Шулепов А.В., Баженов М.В., Семакин Р.В.</i> Микроциркуляторные и метаболические нарушения в мягких тканях околораневой области при экспериментальном взрывном повреждении	66
<i>Русецкий Ю.Ю., Елумеева А.Н.</i> Обоснование и эффективность пластического закрытия послеоперационных перфораций перегородки носа по технике выкраивания расширенного лоскута на задней перегородочной артерии	67
<i>Русецкий Ю.Ю., Чернова О.В.</i> Методы фиксации пирамиды носа при сохраняющей ринопластике	68
<i>Рябков М.Г., Егорихина М.Н., Колошеин Н.А., Петрова К.С., Орлинская Н.Ю., Лузан А.С., Чарыкова И.Н., Арефьев И.Ю.</i> Влияние инъекций стромально-васкулярной фракции жировой ткани на свойства кожи донорских ран у пациентов с глубокими ожогами	68

<i>Саидова З. Т.-А., 2. Шток А.В., 3. Курбанова З.В., 4 Цыганов С.Е., 5. Добровольский Г.Ф.</i> Моделирование хирургической техники неввроластики лицевого нерва при параличах мимических мышц с использованием ипсилатеральной жевательной ветви тройничного нерва и кросс-лицевой аутотрансплантации контралатеральной щечной ветвью с применением икроножного нерва голени	68
<i>Саприна О.А., Кропотов М.А.</i> Реконструкция нижней челюсти после сегментарной резекции при злокачественных опухолях	69
<i>Сарибекян Э.К., Зикийраходжаев А.Д., Найдина К.А.</i> Поздние патологические образования ткани молочной железы после аугментационной маммопластики. особенности диагностики и лечения	69
<i>Саутин М.Е., Газимиева Б.М., Заволович Ю.Д.</i> Открытые повреждения фаланг пальцев кисти. Тактика лечения для восстановления эстетики и функции	70
<i>Силкина К.А.</i> Принципы омоложения шейно-подбородочного угла	71
<i>Сковородникова И.В.</i> Разметка внутреннего угла при верхней блефаропластике у пациентов с выраженными избытками кожи	71
<i>Слуцкая А.В.</i> Фонохирургия: изменение высоты голоса.	72
<i>Спиранская О.А., Русецкий Ю.Ю.</i> Современные техники пластического закрытия перфораций перегородки носа у детей.	72
<i>Стефкивская О.В., Жуков М.И.</i> Хирургическая коррекция вторичного птоза молочных желез с использованием собственной фиброзной капсулы.	73
<i>Тарасенко В.С.</i> Вторичная подтяжка лица и шеи: выбор оптимальной методики	73
<i>Твердова Д.В., Бацева Л.Р., Соголовская Е.Е., Сахнов С.Н.</i> Взгляд офтальмолога на проблему хемоза конъюнктивы после блефаропластики	74
<i>Фартдинов М.Ф., Муллин Р.И., Панков И.О.</i> Ортопластический подход к хирургии артроза 1 запястно- пястного сустава кисти.	74
<i>Фетисов И.С., Грачев Н.С.</i> Выбор трансплантата поддерживающего кончик носа	75
<i>Филатова И.А., Кондратьева Ю.П., Шеметов С.А., Трефилова М.С.</i> Выбор тактики хирургического лечения птоза верхнего века на основе динамометрии	75
<i>Филатова И.А., Шеметов С.А., Кондратьева Ю.П.</i> Новые возможности лечения посттравматических рубцовых изменений век	76
<i>Филатова И.А., Кондратьева Ю.П.</i> Малая хирургия век радиоволновым методом	77
<i>Филлипов В.Л., Богов А.А., Андреев П.С., Топыркин В.Г.</i> Особенности хирургического лечения болезни Маделунга	78
<i>Фролов С.В., Грачев Н.С., Полев Г.А., Магомедова А.М., Бочарова Е.П.</i> Алгоритм выбора хирургической тактики при коррекции искривленных носов.	78
<i>Хисматуллина Д.М., Хентов А.А., Карташева А. Ф.</i> Липофилинг в лечении контрактуры дюпюитрена	79
<i>Храмцова Н.И., Плаксин С.А., Соцков А.Ю., Гуляева Н.И., Пономарев Д.Н.</i> Выбор оптимального диаметра ячеек эмульгирующей сетки при механическом способе получения стромально-васкулярной фракции	80
<i>Ходорковский М.А.</i> Способ хирургического лечения тяжелых и рецидивных форм ладонного фасциального фиброматоза.	80

<i>Цховребова Л.Э., Гассан Т.А., Быстров А.В., Макарова О.В.</i> Прогностические аспекты у детей с врожденными гигантскими пигментными невусами	81
<i>Чернова О.В., Русецкий Ю.Ю.</i> Методы стабилизации кончика носа	81
<i>Чкадуа Т.З., Чолокава Т.Д., Мальсагова М.Г., Верещагина Н.В.</i> Реконструктивная отопластика	82
<i>Чкадуа Т.З., Чолокава Т.Д., Мальсагова М.Г., Верещагина Н.В.</i> Хирургическое лечение субтотальных дефектов ушных раковин	82
<i>Шаров И.А.</i> Эстетическая коррекция нижних век у молодого пациента. Сочетание хирургии и косметологии на операции	83
<i>Шахбазова Ю.Е., Рубан Ю.В., Володькина Т.А., Магомедова Б.А., Григорьянц М.А.</i> Наш клинический опыт применения free трансплантации волос. особенности планирования и подводные камни метода	83
<i>Шелег М.Ю., Короткова Е.А., Шульгин Э.А.</i> Методика гибридной нижней блефаропластики	84
<i>Шперлинг И.А., Семакин Р.В., Шулепов А.В., Шперлинг Н.В., Баженов М.В.</i> Микроциркуляторные и метаболические эффекты локального применения гиалуроновой кислоты в разных режимах при экспериментальной взрывной травме	84
<i>Шперлинг И.А., Шулепов А.В., Шперлинг Н.В., Коуров А.С., Виноградов М.В.</i> Микроциркуляторные и метаболические изменения в мягких тканях после локального введения аутологичной плазмы при экспериментальной взрывной ране	85
<i>Шумило А.В.</i> Уменьшение дефектов тканей лица после удаления новообразований	86

РАЗДЕЛ II. КОСМЕТОЛОГИЯ

<i>Артамонова К.В., Волчек И.А., Теряев А.С.</i> Ингибция синтеза цитокинов продуктами природного происхождения	87
<i>Баева А.А., Крючкова С.Н., Мышкова О.А., Страхурлова В.В.</i> Между бариатрической и пластической хирургией: особенность составления индивидуального протокола сочетанной коррекции деформаций лица у пациентов после массивной потери веса	87
<i>Безуглый А.П., Владимирова Е.В., Белков П.А., Безуглый Н.А.</i> Детекция и определение типа филлера методом высокочастотной ультразвуковой визуализации, диагностика осложнений контурной пластики	88
<i>Бобко С.И.</i> Пруриго: клинический профиль и бремя болезни для разработки подходов к терапии и реабилитации с позиций психодерматолога и косметолога	88
<i>Быкова И.С., Замаева Д.Д., Бычкова Н.Ю.</i> Фотодинамическая терапия в сочетанных протоколах эстетической реабилитации после перенесённого covid-19	89
<i>Васильева Е.В.</i> Клиническое применение нитей из 100% полимолочной кислоты армирующих саморассасывающихся для коррекции инволюционных изменений височной области.	90
<i>Васильева Е.В.</i> Нитевой булхорн нитями из 100% полимолочной кислоты	90
<i>Гладько В.В., Измайлова И.В.</i> Психоморфологические типы в коррекции возрастных и эстетических изменений лица. Консервативный и либеральный сценарии эстетической коррекции.	90

<i>Глазунова А.А.</i> Предикторы нежелательных явлений при проведении высокоэнергетических косметологических процедур	91
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Радионова Е.Е., Донченко И.Ю., Денисова Е.В.</i> Клинический случай пациентки с транзиторным акантолитическим дерматозом (болезнь Гровера)	91
<i>Кветной И.М., Дробинцева А.О., Газитаева З.И., Миронова Е.С., Зубарева Т.С.</i> Инфламэйджинг: молекулярные механизмы старения кожи, перспективы разработки таргетных препаратов в косметологии.	92
<i>Короткова Е.А., Шелег М.Ю., Шульгин Э.А.</i> Четкий овал лица – гибридная 2-х этапная коррекция.	93
<i>Кузнецова Е.Д.</i> Новые возможности в коррекции рубцовых деформаций.	93
<i>Кутина А.Ю., Брико Н.И., Орлова Е.В.</i> Взаимосвязь уровня качества жизни у онкологических пациентов с проявлениями кожной токсичности	94
<i>Лагутова Г.А.</i> Сочетанные методики для коррекции овала лица.	95
<i>Лесенко Е.Ю.</i> Применение сочетанного протокола аппаратных и инъекционных методик для коррекции фигуры пациента.	95
<i>Мезенцев Ю.А.</i> Гистологические особенности биодеградации различных материалов нитей cog.	96
<i>Мороз О.Н., Арзамасцев Е.Н.</i> Междисциплинарный подход к программам детоксикации и эстетической коррекции в клинике эстетической медицины Ольги Мороз	96
<i>Нарыгина Т.А.</i> Тандем со2 лазера и ipl в «интимном» освещении.	97
<i>Олисова О.Ю., Ханалиева И.А.</i> Оценка эффективности инъекционных препаратов в терапии инволюционных изменений лица и шеи с учетом генетических маркеров и морфофункционального состояния кожи.	97
<i>Потекаев Н.Н., Борзых О.Б., Карпова Е.И., Демина О.М.</i> Особенности anti-age программ у пациентов с дисплазией соединительной ткани	97
<i>Романова Ю.Ю., Гаджигорова А.Г.</i> Качество жизни и психические расстройства у пациентов с рубцовыми алопециями.	98
<i>Савченков А.В.,</i> Коррекция возрастных изменений кожи тыльной поверхности кистей сочетанным применением препаратов гиалуроновой кислоты и микроигольчатого rf	99
<i>Сафин Д.А., Матар А.А., Мухтаров И.Р.</i> Возможности лазера в лечении сосудистых образований у детей и взрослых	99
<i>Смирнова И.О., Медецкая О.М.</i> Плазма, богатая тромбоцитами при первичных рубцовых алопециях – предварительные результаты	99

РАЗДЕЛ III. КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

<i>Анашкина А.С., Козлов А.В., Федорова П.А.</i> Сравнительный анализ комплексной пластики передней брюшной стенки с применением технологий FSS (fascia scarga surgery) после перенесенных бариатрических операций у пациентов по поводу морбидного ожирения с птозом передней брюшной стенки 3-4 степени.	101
<i>Артёмов Н.И.</i> Микроигольчатый РФ в лечении старения: стандартизированные протоколы лечения	102

<i>Гилева К.С., Аллахвердиева Э.З.</i> Реконструкция дефектов наружного носа (алгоритм выбора хирургического подхода и донорского материала)	102
<i>Джавадов М.Д., Кветенадзе Г.Е., Шивилов Е.В., Арсланов Х.С., Аничикина К.А.</i> Органосохраняющая операция при раке молочной железы после аугментационной маммопластики: клинический случай.	103
<i>Джуматаев Э.А., Искакбаева А.А.</i> Реконструктивная восстановительная хирургия при последствиях тяжелых ожогов век и конъюнктивы	103
<i>Евсюкова З.А.</i> Консервативное восстановление мягких тканей лица после укусов животных.	103
<i>Елумеева А.Н., Русецкий Ю.Ю.</i> Обоснование и эффективность пластического закрытия ятрогенных перфораций перегородки носа по технике выкраивания васкуляризованного L-образного лоскута	104
<i>Жидкова М.В.</i> Роль стабилизации пальпебральной складки в омоложении орбитальной области	105
<i>Зайнутдинов И.А.</i> Анализ сочетанных операций у пациентов с различным индексом массы тела.	105
<i>Искакбаева А.А., Джуматаев Э.А.</i> Реконструктивная восстановительная хирургия при последствиях тяжелых ожогов век и конъюнктивы	106
<i>Кирилюк Т.И., Золотарев А.А.</i> Практические аспекты сочетанного применения высокоинтенсивного фокусированного ультразвука и микроиглового радиочастотного воздействия у возрастных пациентов в коррекции нижней трети лица	106
<i>Лекайон М.Г.</i> Психологическое бремя витилиго	107
<i>Магомедова М.М., Пахомова Р.А., Давыдова М.Г.</i> Узость внутреннего клапана как частое осложнение после риносептопластики на длинном носу	108
<i>Муллина Р., Сираева З.</i> Оценка состояния тканевого кровотока в модели кожного лоскута крыс с помощью метода лазерной доплеровской флоуметрии и тканевой оксигенации	108
<i>Плегунова С.И.</i> Малоинвазивные хирургические методы в омоложении шейно-подбородочного угла	109
<i>Пономарев Д.Н., Плаксин С.А., Шадрин В.В.</i> Изменение механических свойств грудных имплантатов в зависимости от времени нахождения в организме.	110
<i>Попов К.О., Зотов В.А.</i> Формирование пупочной области (умбиликопластика) при абдоминопластике с транспозицией пупка	110
<i>Радьков Р.Т., Муллин Р.И., Кадырова Э.Р., Журавлев М.Р., Филиппов В.Л.</i> Лечение сочетанных повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти с дефектом кожных покровов при скользящем механизме травмы	111
<i>Родина Е.С., Фетцер Е.И.</i> Особенности диагностики и хирургического лечения при базальноклеточном раке нижнего века	112
<i>Романов И.Ю.</i> Комбинированная коррекция верхних век при возрастной атрофии жировой клетчатки с эстетической целью	113
<i>Сафарова А.С., Зотов В.А.</i> Анализ вариантов сокращения длительности simultанных операций в пластической хирургии	113
<i>Сорвин В.А., Шипика Д.В., Кабычкин И.А., Аллаяров Х.Т., Пашаева Э.Н.</i> Оптимизация индивидуальных назубных шаблонов для ортогнатической хирургии.	114
<i>Сорокин А.Д., Добряков Б.Б., Рогажинскас П.В., Шакуров В.Л.</i> Сравнительная оценка методов коррекции посттравматической деформации носа с помощью трансплантатов.	114

Федорова П.А., Козлов А.В., Анашкина А.С.

Применение аргоноплазменной обработки тканей для восстановления формы и комплексной профилактики послеоперационных осложнений при коррекции птоза молочных желез совместно с коррекцией мембранозной пластины. 115

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

Анализ первичных исследований применения комбинации малоинвазивных и открытых хирургических методов лечения контрактуры Дюпюитрена 3, 4, 5 степени сложности в практике пластического хирурга 116

Чойдорова А.Д., Нурмухаметов М.Р.

Опыт применения реконструктивно-пластических операций на стопах у пациентов с ревматоидным артритом. 116

УДК 61

ББК 54.5

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

XI Национальный конгресс с международным участием имени Н.О. Миланова ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ, ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И КОСМЕТОЛОГИЯ

29 ноября — 1 декабря 2022 года

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:
Ассоциация «МДМА»

Сдан в набор 01.11.2022. Подписано в печать 14.11.2022. Бум.офсет 205x290x8.

Гарнитура Bliss Pro. Печать офсетная. Тираж 500 экз.

Ассоциация «МДМА», 117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, эт. 6, пом. I, ком. 25, часть ком. 24