



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

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ,  
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА  
И КОСМЕТОЛОГИЯ

Центр Международной Торговли  
Москва  
11—13 декабря 2023 года

Реконструкция формы  
Управление временем

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

## Раздел I. ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

### АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МОБИЛИЗАЦИИ ТКАНЕЙ В ГЛУБОКОМ КЛЕТЧАТОЧНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ПРИ ОМОЛАЖИВАЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛИЦЕ

Андрющенко О.А,  
АО «Медицина», Москва

Выбор хирургической тактики имеет важнейшее значение при выполнении эстетических операций на лице. Исторически методики претерпевали ряд изменений, но все эти изменения были направлены на поиск наиболее эффективной методики с наименьшим риском и с учетом индивидуальных особенностей пациентов. При рассмотрении оптимальных участков для хирургических манипуляций со слоем поверхностной мышечно-апоневротической системы (ПМАС), можно отметить отдельно латеральный отдел, покрывающий околоушную железу. Этот участок можно назвать как «боковой неподвижный ПМАС». Далее располагается подвижный ПМАС-слой, который обязательно должен быть вовлечен в отслойку для успешной мобилизации и перемещения ПМАС. Такие хирургические манипуляции освобождают медиальные отделы ПМАС от ее глубоких прикреплений, позволяют добиться более эффективных результатов. Основными отличительными особенностями методики является линия погружения в глубокую плоскость под ПМАС, линия, соединяющая угол нижней челюсти и наружный угол глаза.

Цель. Чтобы лучше понять обоснование расширенной методики устранения возрастных изменений лица в глубокой плоскости и то, чем она отличается от латерального ПМАС-лифтинга или высокого ПМАС-лифтинга, необходимо понимание сложной анатомии ПМАС и мягких тканей лица.

Материалы и методы. С этой целью нами было проведено исследование на трупном материале и тщательный анализ строения и изменение тканей при инволютивных изменениях. Слой ПМАС является непрерывным, переходящим в нижних отделах в платизму и височно-теменную фасцию в верхних отделах. Слой ПМАС лежит между подкожно-жировой клетчаткой и тканью, которая ограничивает поверхностные жировые участки лица, и лежащую в ее основе околоушно-жевательную фасцию, под которой проходят ветви лицевого нерва. Самый толстый слой ПМАС находится в латеральных отделах лица, покрывающей околоушную железу. ПМАС ослабевает по мере перемещения от латерального к медиальному в средней части лица, заканчиваясь на боковой границе большой скуловой мышцы. Это положение иллюстрирует закон Роберта Гука, где  $F \text{ упр} = k \Delta l$   $k$  — коэффициент пропорциональности, жесткость тела.  $\Delta l$  — абсолютное удлинение пружины, помогает нам раскрыть эту концепцию. Ткани лица обладают эластичностью и растягиваются во время подтяжки лица, таким образом, действуя как пружина. Закон Гука

гласит, что сила, или в данном случае подъем, на пружине (на эластичных тканях лица) обратно пропорциональна длине пружины. Перераспределение и фиксация ПМАС при данной методике в два раза превышает эффективность лифтинга в области медиального ПМАС доступа. Еще одно различие между латеральными методами ПМАС и расширенной методикой устранения возрастных изменений лица в глубокой плоскости заключается в том, что глубокая плоскостная подтяжка лица позволяет поднять мягкие ткани средней части лица, тогда как процедуры латеральной ограниченной отслойки лоскута ПМАС анатомически не могут. Расширенная методика устранения возрастных изменений лица в глубокой плоскости создает композитный лоскут кожи, подвижного отдела ПМАС, скулового жирового отдела и подкожно-жировой клетчатки медиального отдела лица, идущего к большой скуловой мышце после высвобождения скуловых кожных связок. Когда эта композитная часть перемещается вертикально, ее можно использовать для увеличения объема верхней средней части лица. Глубокое понимание анатомии лица и патофизиологии старения необходимо для успешного использования этой операции. Глубокая подтяжка лица в глубокой плоскости — дополнительное связочное высвобождение лица и шеи для создания прочного создания новых контуров лица и шеи. Это включает в себя скуловую, щечную, нижнечелюстную и шейную кожные удерживающие связки. Глубокое плоское рассечение создает композитные лоскуты, которые могут быть использованы для увеличения объема средней части лица и объема в области угла нижней челюсти, тем самым улучшая контур щеки и края нижней челюсти. Результаты. Результаты нашего исследования и диссекций на трупном материале, демонстрируют безопасный уровень диссекции и анатомические зоны, которые дают меньший риск травматизации важных анатомических структур в глубоком слое. Мобильный ПМАС является более рыхлым по своей природе и его легче препарировать.

Выводы. Мы считаем, что это воздействие на подвижный отдел ПМАС делает результат операции фейслифтинга более эффективным и стойким. Расширенная глубокая подтяжка лица также имеет биомеханические преимущества при лифтинге медиального отдела ПМАС мягких тканей лица по сравнению с боковыми отделами ПМАС.

### ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕКОНСТРУИРОВАННОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ РАННЕ ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА

Showen W., Горбунов А. С., Ветшев Ф. П., Лернер Ю. В.,  
Аренина Н. Ю., Mingchen S., Колесникова А. О.

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

В последние годы стали появляться наблюдения острых воспалительных заболеваний неясной этиологии (ОВЗНИ) области реконструированной имплантатом молочной железы (МЖ) у больных раком после первичного хирургического лечения. Немногочисленные исследования у данных пациентов во многих странах указывают

на острую вирусную инфекцию (ОРВИ), в том числе SARS-CoV-2 (COVID-19), или на различные варианты острого бактериального поражения. При этом область операции, где установлен имплантат, чаще подвергается воспалительным процессам.

**Цель.** Выработать тактику хирургического лечения больных с ОВЗНИ в области, реконструированной по поводу рака МЖ.

**Задачи.** Определить показания для выполнения хирургического вмешательства при ОВЗНИ. Определить оптимальный доступ для выполнения ревизии области молочной железы с ранее установленным имплантатом.

**Материалы и методы.** В Клинике Факультетской хирургии им. Н. Н. Бурденко Сеченовского Университета в 2023 г. пролечено 4 больных с ОВЗНИ в области реконструированной МЖ. Эти больные были оперированы по поводу рака МЖ с последующим проведением адъювантной химиотерапии или гормонотерапии. Объем оперативного лечения включал выполнение кожно-сосисочной мастэктомии по Мадден с одномоментной реконструкцией имплантатом. У всех 4 больных анамнестически до госпитализации выявлена связь с ОРВИ. Клинические проявления воспалительных изменений в области реконструированной МЖ больные отметили на 2–5 сутки после заболевания ОРВИ. При физикальном осмотре всех 4 больных выявлена локальная гиперемия, отёчность кожных покровов, значительное увеличение в размерах области МЖ с имплантатом, повышение температуры тела до субфебрильных и фебрильных значений, катаральные явления. Местно имело место истончение кожи по толщине и длине послеоперационного рубца с риском расхождения краев раны и образованием свищевого хода. При УЗИ отмечено: гидрофильность окружающих тканей, значительное перипротезное скопление жидкости напряженного характера. Клиническая симптоматика и лабораторные показатели (СРБ, фибриноген, СОЭ, уровень лимфоцитов) не позволяли исключить ОРВИ и вирусную этиологию местного воспаления. Учитывая высокий риск разрыва кожи в области рубца и формирование свищевого хода, всем пациенткам была выполнена экстренная операция: ревизия раны с удалением имплантата, иссечение перипротезной фиброзной капсулы. Интраоперационно у 3 больных макроскопически перипротезная капсула была тонкой и эластичной, инфильтрация окружающих тканей отсутствовала. У одной больной перипротезная капсула имела значительное утолщение, и иссечение производилось с участками окружающих тканей. Перипротезный выпот у всех больных не имел макроскопически признаков бактериального характера поражения, фибринозные изменения отсутствовали. Посев перипротезного выпота у 3 больных роста микрофлоры не выявил. Материал тканей у этих больных при гистологическом (ГИ) и ИГХ анализе (исследование было выполнено с антителами к S-белку и нуклеокапсидному белку коронавируса) позволяли предположить наличие в клетках белков вируса SARS-CoV-2 (COVID-19). У 1 больной результат ИГХ анализа на наличие в клетках белков вируса SARS-CoV-2 (COVID-19) был сомнительным. При этом у этой больной бактериологически (БИ) выявлен рост микрофлоры: *Pasteurella multocida* ( $10^6$  КОЭ/мл). После операции всем больным проводили перевязки

с промыванием раны, антибактериальную и противовирусную терапию с положительным эффектом, у больной с бактериальным поражением была проведена терапия согласно чувствительности микрофлоры. Исчезновение местной воспалительной реакции и общей симптоматики ОРВИ, нормализация лабораторных показателей крови отмечены на 5–7 сутки после операции. С учетом этого больным выполнено репротезирование на 10–12 суток, характеристики установленного эндопротеза прежние. Течение послеоперационного периода у больной с бактериальным поражением характеризовалась более длительным отеком области операции.

**Результаты.** Больным с ОВЗНИ области реконструкции требуется повторное хирургическое лечение при неэффективности консервативной терапии. Репротезирование с применением имплантата может быть проведено после проведения консервативной терапии, отсутствии клинических признаков воспаления и нормализации лабораторных показателей крови, выполненных в динамике.

**Выводы.** Проведение мультицентрового исследования при подозрении ОВЗНИ области реконструкции МЖ с применением имплантата является актуальным, в связи с немногочисленными опубликованными исследованиями.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИЕР-ЛОСКУТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ТОТАЛЬНОГО ГЛАНДУЛОНЕКРОЗА ПОСЛЕ РЕДУКЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ

Абазалиева А. Д., Старцева О. И.

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

Высокая частота эстетических операций на молочной железе увеличивает число послеоперационных осложнений. Пациентки, столкнувшиеся с осложнениями после эстетической маммопластики, представляют собой сложный контингент, с точки зрения психоэмоционального фона. Редукционная маммопластика — вид эстетического оперативного вмешательства на молочной железе, направленный на уменьшение и подтяжку молочных желез. Главный принцип редукционной маммопластики — обеспечение адекватного кровоснабжения, сформированной glandулярной ножки, для полноценной перфузии сосково-ареолярного комплекса и тканей железы. Одним из грозных осложнений редукционной маммопластики является нарушение кровоснабжения тканей молочной железы (вследствие резекции большого объема тканей молочных желез).

**Клиническое наблюдение.** Мы представляем клиническое наблюдение коррекции осложнения после редукционной маммопластики в виде тотального glandулонекроза. Пациентка К., 36 лет. Из анамнеза: в мае 2020 г. в г. Хабаровске в частной клинике была выполнена редукционная маммопластика. Послеоперационный период осложнился тотальным glandулонекрозом левой молочной железы, некрозом сосково-ареолярного комплекса левой молочной железы, формированием свищевых ходов. Проводилась симптоматическая терапия, ежедневные перевязки, некрэктомия сосково-ареолярного комплекса. По данным МРТ молочных желез, через 4 месяца после операции:

молочные железы асимметричные. Контуры левой молочной железы неровные, определяются участки втяжения кожи, с наличием свищевых ходов. В левой молочной железе преимущественно с вовлечением нижних квадрантов определяется зона жирового некроза, с неровными контурами, размерами 8,2х6,4х8,9 см. Результатом выполненной операции пациентка была не удовлетворена. Локальный статус молочных желез через полгода после операции: левая молочная железа рубцово-деформирована, представлена плотным каменным конгломератом, сосково-ареолярный комплекс отсутствует. УЗИ молочных желез от октября 2021 г.: осмотреть ткань левой молочной железы не предоставляется возможным, из-за выраженных инфильтративных изменений, нарушения дифференцировки тканей и наличия акустических артефактов. Пациентка самостоятельно обращалась за консультативной помощью к пластическим хирургам, с целью реконструкции левой молочной железы, но решение данного вопроса она не получила.

Материалы и методы. В ноябре 2021 г. Пациентка обратилась к нам за консультативной помощью. Принято решение заместить пораженные ткани жировым компонентом DIEP-лоскута. Для увеличения прогнозирования результата и минимизации рисков был выделен DIEP-лоскут левой половины передней брюшной стенки, правая половина лоскута передней брюшной стенки была интактна, до момента полной оценки и уверенности в реваскуляризации DIEP-лоскута. В процессе моделирования лоскут был дезэпидермизирован и погружен, с оставленной кожной площадью в диаметр ареолы, с одномоментной реконструкцией соска (трех-лепестковым методом). Пациентка была полностью удовлетворена результатом выполненной операции.

Результаты. Реконструкция молочной железы DIEP-лоскутом направлена на воссоздание всех субъединиц молочной железы таких, как подвижность, температура, консистенция, симметрия, проекция, объем. Так же большим бонусом данной операции является коррекция внешнего вида передней брюшной стенки (классическая абдоминопластика). Ведь в основе реконструктивной операции лежит выполнение не только реконструктивного этапа, но и эстетического. Эстетические пациенты предъявляют высокие требования к результату реконструктивной операции. В связи с этим главные задачи, которые стоят перед хирургом, выполняющим реконструкцию: минимизировать риски осложнений и добиться максимально хорошего эстетического результата операции в один этап. В результате одной операции пациентка получила реконструированную левую молочную железу, абдоминопластику и реконструкцию сосково-ареолярного комплекса.

Выводы. Выбор метода реконструкции зависит от технических возможностей пластического и реконструктивного хирурга, анатомических и конституциональных данных пациентки. Благодаря средствам массовой информации большинство пациенток осведомлены о тех или иных методах реконструкции, знают преимущества сложных микрохирургических операций и уже имеют представление о «своей идеальной реконструкции». Зачастую данные пациентки находятся в поиске конкретных хирургов, у которых в арсенале большой опыт в выполнении реконструкции молочной железы DIEP-лоскутом.

## СОЧЕТАННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ИЗБЫТКОВ КОЖИ БЕДРЕННО-ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ПОТЕРИ ВЕСА

Алигаджиев М. А., Мурзаева Р. А.

Республиканская клиническая больница им. А. В. Вишневского, Махачкала

Сегодня актуальность бариатрической хирургии привела к тому, что растет и количество пациентов, обращающихся за помощью к пластическим хирургам для устранения эстетических дефектов, связанных с избытком кожи в бедренно-паховой области, устранения функциональных нарушений урогенитальной области.

Цель. Комплекс пластических операций позволяет улучшить не только качество жизни и эстетику аногенитальной области, но и восстановить анатомически данную область. Сочетанные методы: феморопластика с липосакцией бедер, перинеопластика с липофиллингом больших половых губ (БПГ).

Материалы и методы. В период 2019–2023 гг. было выполнено 35 сочетанных методик женщинам в возрасте от 25 до 49 лет с жалобами на избыток кожи и пжк в бедренно-паховой области, зияние преддверия влагалища, снижение сексуальных ощущений. Всем пациенткам была выполнена феморопластика и перинеопластика с липофиллингом БПГ.

Результаты. По результатам опроса: более 98% пациенток отметили выраженное улучшение эстетического вида бедренной области и паховой складки после феморопластики, улучшение качества половой жизни, устранение функционального дискомфорта аногенитальной зоны.

Вывод. Сочетание феморопластики с перинеопластикой и липофиллингом БПГ оказывает выраженный лифтинговый эффект аногенитальной и бедренной области.

## НУЖНА ЛИ ПЛАСТИЧЕСКОМУ ХИРУРГУ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА И ШЕИ? ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ

Алимова С. М., Шаробаро В. И.

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

Подготовка к пластической операции — обязательная часть хирургического вмешательства. На консультации пациент не всегда может получить исчерпывающие ответы на свои вопросы, врач не всегда может обозначить пациенту истинные причины тех или иных возрастных изменений. С началом применения методов визуализации возрастных изменений мягких тканей лица и шеи, опорных структур, возможностей обосновать те или иные методы коррекции или отказать в какой-либо методике в силу нецелесообразности стало больше. Лучевые методы исследования стандартизированы и активно применяются в стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и в других специальностях как с диагностической целью, так и для

оценки качества лечения. Однако при хирургической коррекции возрастных изменений мягких тканей лица и шеи не востребованы и не стандартизированы. Хотя состояние мягких тканей, опорных структур и степень их участия в формировании деформации являются крайне важными при коррекции возрастных изменений.

**Материалы и методы.** Проведен проспективный анализ исследования и лечения 57 пациентов, которым была выполнена хирургическая коррекция возрастных изменений мягких тканей лица и шеи, находившихся в клинике пластической хирургии Сеченовского Университета в период с января 2022 г. по сентябрь 2023 г. Возраст пациентов варьировал от 32 до 64 лет. Пациентов женского пола 94%, мужского 6%. Пред- и послеоперационное исследования проводились на денальном томографе Volux55 фирмы Genoray, и при помощи УЗИ, линейным высокочастотным датчиком 8–24 МГц (Canon i700).

**Результаты.** Данные методы исследования позволили получить объективную картину состояния мягких тканей, костей лицевого скелета, расположения подъязычной кости, продемонстрировать пациенту результаты исследования, обсудить объем планируемого хирургического вмешательства и выбрать методы коррекции.

**Выводы.** Лучевые методы исследования позволяют хирургу объективно визуализировать и дифференцировать мягкие ткани и кости лицевого скелета. Результаты этих исследований дают возможность планировать методы воздействия как на отдельные анатомические структуры при малоинвазивных процедурах, так и все виды тканей при комплексных вмешательствах. На сегодняшний день лучевые методы диагностики позволяют объективно оценить соответствие подобранных методов коррекции объема возрастных изменений, наглядно визуализировать работу, проведенную хирургом. Проведение исследований на дооперационном этапе и сравнение результатов коррекции позволит стандартизировать методы коррекции.

## ХОАНОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ АТРЕЗИЕЙ ХОАН — РЕАБИЛИТАЦИЯ БЕЗ СТЕНТОВ

**Асманов А. И., Пивнева Н. Д., Полев Г. А., Дегтярева Д. В., Магомедова А. М.**

*Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю. Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Ильинская больница, Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА, Федеральный научно-клинический центр ФМБА, Москва*

**Цель.** Оценка эффективности метода хирургического лечения атрезии хоан у детей без стентирования.

**Материалы и методы.** Хирургическое вмешательство было выполнено 46 пациентам с врожденной атрезией хоан. Возраст пациентов — от 1 года до 17 лет, гендерное распределение — 31 девочка, и 15 мальчиков. У 5 (10,8%) детей атрезия хоан была устранена после предыдущей неудачной попытки хирургического лечения с установкой внутриносовых стентов, у 4 (8,6%) детей при рождении диагностирован CHARGE — синдром. Всем пациентам

проводились плановые предоперационные обследования (эндоскопия полости носа, компьютерная томография). Хоанопластика проводилась эндоскопически. Смоделирован слизистый лоскут, приподнят, часть сошника и хрящ удалены, лоскут слизистой оболочки приподнят с обеих сторон, разделен на две части, сформированы верхний и нижний септальные лоскуты, после чего фиксированы фибриновым клеем. Никаких дальнейших вмешательств не требуется, так как лоскуты надежно закреплены.

**Результаты.** По результатам исследования, такой подход к лечению атрезии хоан позволяет сократить реабилитацию пациента до 3–4 дней, без необходимости стентирования, следовательно, значительно улучшается качество жизни в послеоперационном периоде. Описанный метод может быть использован в любом возрасте. На протяжении катамнестического периода рецидивов не отмечалось, ни один из пациентов не нуждался во вторичных вмешательствах.

**Выводы.** Современный метод хоанопластики значительно сокращает сроки реабилитации (с 3–8 месяцев со стентами до 4–5 дней без стентов) и улучшает качество жизни ребенка в послеоперационном периоде.

## РОЛЬ ОЖИРЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИМФОСТАЗА И РАЗВИТИИ ЛИМФЕДЕМЫ

**Байтингер В. Ф., Самойлова Ю. Г., Олейник О. А., Курочкина О. С., Магай Ю. В.**

*Научно-исследовательский институт микрохирургии, Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

Лимфостаз — это нарушение лимфатического оттока, связанное с замедлением транспорта лимфы, а лимфедема — это лимфатический отек, вызванный нарушением транспортной функции. Практика показывает, что два этих понятия бывает сложно дифференцировать. Так, у пациентов с ожирением и хронической венозной недостаточностью, при проведении ультразвукового исследования вен нижних конечностей наряду с диагнозом хроническая венозная недостаточность, можно встретить заключение: «лимфостаз». Критерием к постановке данного диагноза является скопление интерстициальной жидкости (внеклеточной жидкости) в подкожной клетчатке нижних конечностей, а также наличие скрытых или клинически выраженных отеков.

**Цель.** Изучить роль ожирения в формировании лимфостаза и развитии лимфедемы.

**Задачи:**

1. Проанализировать данные биоимпедансометрии у женщин с разным индексом массы тела (ИМТ).
2. Сравнить объем скопления внеклеточной жидкости в конечностях при разных степенях ожирения.

**Материалы и методы.** С января 2022 г. по март 2023 г. объектом исследования стали 836 женщин, в возрасте от 18 до 90 лет, средний возраст —  $41,05 \pm 16,37$  лет. Пациенты были разделены на 6 групп, согласно ИМТ: с дефицитом массы тела (МТ) ( $n=36$ ); с нормальным ИМТ ( $n=383$ ); с избыточной МТ ( $n=207$ ); с ожирением I степени ( $n=118$ ); II степени ( $n=59$ ) и III степени ( $n=33$ ). Всем паци-

енткам была проведена биоимпедансометрия на приборе InBody770 (Bridge Power Corporation, Korea), позволяющая оценить содержание жидкости по сегментам и определить роль ожирения в формировании лимфостаза и развитии лимфедемы. Проанализированы данные биоимпедансометрии (общее количество жидкости (ОКЖ) в руках и в ногах, объем внеклеточной жидкости (ВКЖ) в руках и в ногах, а также анализ соотношения внеклеточной жидкости к общему количеству жидкости (ВКЖ/ОКЖ) в сегментах) в группах пациентов с разным индексом массы тела, проведен статистический анализ с применением методов описательной статистики и непараметрических критериев.

Результаты. По данным исследования было выявлено, что ОКЖ в руках у пациентов с нормальным ИМТ составило 1,485 [1,3; 1,64] литров, у пациентов с дефицитом массы тела этот показатель был меньше на 280 мл, при избыточной массе тела наблюдалось увеличение на 310 мл, при ожирении I степени — на 490 мл в сравнении с нормальным ИМТ, при ожирении II степени — на 680 мл, а при ожирении III степени — на 955 мл. Аналогичные изменения были выявлены и в нижних конечностях: при нормальном ИМТ ОКЖ составило 5,085 литров, при дефиците ИМТ меньше на 235 мл, при избыточной массе тела больше на 300 мл, при ожирении I степени больше на 475 мл, при II степени — на 590 мл и при III степени — на 1265 мл. Следует отметить, что внеклеточная жидкость составляет 1/3 от общего количества жидкости, поэтому при подсчете ВКЖ были получены схожие данные и схожая динамика. Показатели составили одну треть от выше приведенных значений. Различия между всеми группами были статистически достоверны. Сравнение соотношения ВКЖ/ОКЖ во всех группах составило в среднем 0,38, что указывает на то, что внеклеточная жидкость составляет в среднем 38%. Этот показатель достаточно стабильный и указывает на сбалансированность жидкости в организме, хотя в целом отмечается статистически достоверное отклонение данного показателя на 0,2% в разных группах с тенденцией возрастания показателя при увеличении ИМТ. Не менее интересным является объем интерстициальной жидкости, на долю которой приходится две трети от объема внеклеточной жидкости. Таким образом, в общих значениях интерстициальная жидкость в руках при избыточной массе тела увеличивалась на 80 мл, при I степени ожирения — на 127 мл, при II степени — на 173 мл, и лишь при морбидном ожирении на 253 мл. Аналогичная динамика выявлена по нижним конечностям и только при морбидном ожирении отмечается увеличение интерстициальной жидкости более чем на 200 мл (на 367 мл), в то время как при второй степени ожирения этот показатель не превышает 160 мл. Учитывая, выше сказанное, до III степени ожирения — отеки могут быть скрытыми, а при развитии морбидного ожирения становятся явными и требуют дифференциальной диагностики с лимфедемой.

Выводы. 1. Ожирение приводит к развитию лимфостаза в мягких тканях конечностей, что является фактором риска развития лимфедемы; 2. Имеется корреляционная зависимость между индексом массы тела и объемом интерстициальной жидкости, однако наличие отека не является критерием развития лимфедемы.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ПОЛНОСЛОЙНЫМ АУТОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТОМ ВЕРХНЕГО ВЕКА

Байтингер А. В., Байтингер В. Ф.

*Научно-исследовательский институт микрохирургии, Томск*

Контрактура Дюпюитрена — одна из наиболее встречающихся патологий в практике кистевого хирурга. Пальцевая форма этого заболевания сопровождается разрастанием тяжелей по ладонной поверхности пальцев кисти. Медленная прогрессия приводит к стойким контрактурам, контракции кожи и ограничению разгибания в суставах пальцев. Хирургическое лечение такой формы контрактуры Дюпюитрена заключается в рассечении и удалении патологических апоневротических тяжелей и сопровождается формированием дефекта кожи ладонной поверхности кисти, требующего пластического замещения.

Материалы и методы. В клинике НИИ Микрохирургии г. Томска с 2022 по 2023 г. пролечено 2 пациента мужского пола с пальцевой формой контрактуры Дюпюитрена (I — III палец, I — V палец). У 1 пациента был поражен дистальный межфаланговый сустав V пальца, а угол вынужденного сгибания составлял 90 градусов, тогда как у другого пациента было поражение проксимального межфалангового сустава III пальца с углом сгибания 70 градусов. Пациентам в условиях местной анестезии выполнено открытое удаление апоневротического тяжа, после чего образовался дефект ладонной поверхности пальца, требующий пластического замещения. Одномоментно пациентам проведена операция верхней блефаропластики, а утильная кожа использована в качестве полнослойного аутодермотрансплантата. После чего накладывали давящую марлевую повязку и снимали ее на 14-е сутки вместе с удалением швов. Пациентов наблюдали в течение 3 месяцев с момента операции.

Обсуждение. У всех пациентов произошло полное приживление трансплантатов. Осложнений при заживления донорской зоны (верхние веки) и приживления лоскутов в реципиентной зоне на пальцах кисти отмечено не было.

Выводы. Методика технически легко воспроизводима и является эффективной. Трансплантат является довольно тонким, обладает хорошей приживляемостью и лишен волосных фолликулов. Однако для выполнения этапа забора трансплантата требуется опытный пластический хирург, владеющий навыками выполнения верхней блефаропластики. Данный способ замещения дефектов может стать хорошей образовательной моделью для врачей-ординаторов и молодых пластических хирургов для отработки навыков верхней блефаропластики.

## ПЛАСТИКА НЕРВА ПРИ ЕГО ДЕФЕКТЕ ФАСЦИКУЛЯРНЫМ ЛОСКУТОМ

Байтингер А. В., Байтингер В. Ф.

*Научно-исследовательский институт микрохирургии, Томск*

Повреждения нервов зачастую сопровождаются наличием дефекта. Невозможность выполнения шва нерва требует замещения дефекта. Золотой стандарт — пластика ауто-

трансплантатом нерва (вставка), что требует забора донорского нерва, нанесения ущерба донорской зоне и выполнения 2 микрохирургических швов с проксимальной и дистальной частями нерва. В связи с этим актуальными становятся технологии, позволяющие избежать забора донорских нервов. Методика turnover лоскута предполагает выкраивание фасцикулярного лоскута из проксимального конца нерва и замещение им дефекта нерва.

**Материалы и методы.** В клинике НИИ Микрохирургии г. Томска с 2019 по 2022 г. пролечено 5 пациентов с повреждением лучевого, срединного, икроножного (2 пациента), пальцевого нервов, которым выполнили пластику нервов фасцикулярном лоскутом.

**Результаты и обсуждение.** У всех пациентов произошло неполное (М2 и М3), но достаточное для выполнения функции восстановление срединного и лучевого нервов на сроке наблюдения в 1 год. Чувствительность при восстановлении икроножного и пальцевых нервов восстановилась полностью (S4).

**Вывод.** Методика технически легко воспроизводима и не требует забора донорского нерва.

## ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ФИБРИНОГЕНА И ТРОМБИНА В СТРУКТУРНОЙ РИНОСЕПТОПЛАСТИКЕ

**Баранчук Д. А., Корженевич Е. И., Подгайский В. Н., Колядич Ж. В., Рустамов Х. М.**

*Белорусская государственная академия последипломного образования, кафедра пластической хирургии и комбустиологии, Минская областная детская клиническая больница, оториноларингологическое отделение для взрослых, Минск, Республика Беларусь*

Риносептопластика — технология, которая непрерывно совершенствуется и развивается. Одно из направлений — оптимизация течения послеоперационного периода. По данным исследований и научной литературы, интраоперационное применение фибриновых и тромбоцитарных концентратов стимулирует регенерацию мягких тканей, способствует ангиогенезу, включая пролиферацию, ремоделирование и дифференцировку клеток.

**Цель.** Сравнить эффективность применения фибринового геля в сочетании с хрящевой пастой со стандартной методикой риносептопластики. Оценить результаты проведенных операций через 7 дней, 1, 3, 6 и 12 месяцев.

**Задачи.** Выполнить структурную риносептопластику с интраоперационным применением смеси фибринового геля и аутологичной хрящевой пасты.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования послужили данные слепого рандомизированного исследования, в котором приняли участие 60 пациентов, оперированных в период с января 2019 года по февраль 2021 года. Операции проводились одной и той же бригадой хирургов, имеющих квалификации врача-оториноларинголога и пластического хирурга. В исследование были включены пациенты с различными видами деформации наружного носа и нарушением функции носового дыхания. Возраст, пол, сопутствующие заболевания,

травмы и предшествующие функциональные жалобы не являлись ни критериями отбора. Контрольная группа включала 33 пациента, экспериментальная 27. От всех участников исследования было получено добровольное информированное согласие. Всем пациентам был выполнен комплекс обследований, применяемый перед риносептопластикой. В ходе выполнения структурной риносептопластики нами был использован комбинированный препарат отечественного производства, разработанный ГУ «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий». Основное целевое предназначение — склеивание, фиксация и изоляция тканей, остановка кровотечения, ускорение заживления ран. В свежеприготовленный раствор фибринового клея добавлялась хрящевая паста, изготовленная из аутохряща. Готовый гель выдавливался в рану, после чего он начинал расширяться в объеме от контакта с раневыми поверхностями, тем самым заполняя все пространство. Сравнение групп по количественным и качественным порядковым признакам проводилось по непараметрическим критериям: сравнение двух независимых групп — по критерию Манна–Уитни, сравнение двух зависимых групп (группа до и после лечения) — по критерию Уилкоксона.

**Результаты.** По всем перечисленным показателям и во всех группах различия до и после лечения статистически значимы с  $p < 0,001$ . Следует обратить внимание на то, что во всех группах средние значения исследуемых показателей были меньше единицы, что по шкале измерения соответствует уровню проблемы «менее, чем незначительная», следовательно, можно говорить о клинической значимости полученных результатов. Преимущества использования фибринового геля: 1. Отсутствие интра- и послеоперационных кровотечений, выраженных гематом. 2. Улучшение процесса заживления ран после хирургического вмешательства. 2. Отсутствие таких осложнений, как перфорация, флотация перегородки носа (использование в качестве средства, склеивающего и фиксирующего листки мукоперихондрия и реимплантируемые между ними элементы аутохряща). 3. Улучшение состояния кожно-мышечного апоневротического чехла. 4. Улучшение контура спинки носа, нивелирование неровностей, деформаций. 5. Препятствует образованию «мертвого пространства» между кожно-мышечно-aponевротическим чехлом и вновь сформированным костно-хрящевым остовом носа, тем самым предупреждает развитие гиперпродукции грубой соединительной ткани, уменьшает образование фиброза в подкожном слое. 6. Уменьшает степень выраженности отеков в раннем и отдаленном послеоперационном периодах. 7. Сокращает сроки реабилитации в позднем послеоперационном периоде.

**Выводы.** Применение фибринового геля в сочетании с аутологичной хрящевой пастой позволило нам решить ряд вопросов, возникающих при выполнении структурной риносептопластики (заполнение мертвых пространств, выраженный послеоперационный отек, неровность контура спинки носа), получить функциональный и эстетический результаты. Данная методика показала себя эффективной и может быть использована при выполнении риносептопластики с прогнозируемым отдаленным послеоперационным результатом.

## АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА СТОПАХ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Бимбаева А. Д., Иванов Д. В., Бялик В. Е., Макаров М. А., Бимбаев В. Б.

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

Поражение суставов переднего отдела стопы, по данным различных авторов, встречается у 60–80% всех больных ревматическими заболеваниями (РЗ). 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 и тыльной стороне стопы. Нарушение биомеханических соотношений опорно-двигательного аппарата граничит с достаточно неприятным косметическим дефектом и даже после проведенных оперативных вмешательств нередко приводит к рецидивам.

Цель. Оценить эффективность реконструктивно-пластических операций на переднем отделе стопы у больных с РЗ и провести анализ послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Наблюдалось 100 пациентов с РЗ, все пациенты — женщины в возрасте от 28 до 72 лет, со средней и низкой степенью активности заболевания и различной степенью выраженности деформаций переднего отдела стоп. Выполнено 70 операций с применением операции Клейтона–Хоффмана, 44 операций с применением суставсберегающих методов для 1 плюснефалангового сустава (шеvronная и Z-образная (SCARF) остеотомии в сочетании с Weil-osteотомией 2–5 плюсневых костей), 18 шевронных или Z-образных остеотомии в сочетании с резекцией 2–5 головок плюсневых костей.

Результаты. 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. В послеоперационном периоде в 19% случаев были выявлены осложнения. В 14% случаев — это пациенты с ревматоидным артритом, 3,5% — пациенты с остеоартритом, 1,5% у пациентов с другими РЗ. После проведенного анализа были выявлены следующие группы осложнений: Нарушение чувствительности в проопериро-

ванном суставе с последующим частичным восстановлением, нестабильность или перелом металлоконструкций, рецидив деформации малого пальца, трофические нарушения в послеоперационном периоде (некроз), боль в области послеоперационного шва, несращение артрореза 1 пальца.

Выводы. Реконструктивно-пластические операции при деформациях переднего отдела стоп у больных с РЗ являются достаточно эффективными методами лечения, в главную очередь, для уменьшения болевого синдрома, восстановления биомеханического соотношения в стопе и, как следствие, улучшения качества жизни пациентов. На возникновение осложнений во всех группах сравнения влияет комплекс пред-, интра- и послеоперационных параметров, которые требуют дальнейших исследований для прогнозирования нежелательных послеоперационных исходов при проведении хирургического лечения и определения выбора техники операции для улучшения результатов проводимого лечения и снижения частоты возникновения послеоперационных осложнений.

## ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Большаков М. Н., Баисова Л. М., Хандзрацян А. С.

*Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва*

Проблема лечения сосудистых аномалий не потеряла своей актуальности во всем мире, поскольку до сих пор остаются открытыми вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения этой, сложной широко распространенной патологии. Заболевания данной группы по сей день остаются самыми распространенными онкологическими заболеваниями, встречающимися у детей и взрослых. Несмотря на свою доброкачественную природу, сосудистые аномалии могут иметь черты клинически злокачественного течения. Не имея ограничивающей капсулы, даже точечные и небольшие сосудистые опухоли могут проявлять бурный рост, нередко достигая больших размеров, прорастая в окружающие ткани и разрушая их, вследствие чего возникает значительный эстетический и функциональный дефект, особенно при локализации в области головы и шеи. Терминология, применявшаяся для описания сосудистых аномалий ранее, была основана на биологическом, анатомическом, клиническом или описательном принципах. В недавнем времени Международным обществом по изучению сосудистых аномалий была разработана и рекомендована классификация, основанная на клиническом течении и гистологических особенностях сосудистых аномалий. В приведенной классификации все сосудистые аномалии разделены на сосудистые опухоли и сосудистые мальформации, на основании пролиферативной активности эндотелия сосудов. Гемангиома — зрелая, доброкачественная опухоль, развивающаяся из сосудов. Паренхима образования состоит из эндотелия сосудов, обладает пролиферацией клеточной массы вне зависимости от ро-



ста ребенка. Многими авторами установлена высокая митотическая активность в клетках опухоли, в то же время отмечена возможность спонтанной регрессии гемангиом. Мальформация — это сосудистые образования, состоящие из сосудов разного калибра, эндотелий которых не склонен к пролиферации. Появившись при рождении мальформации увеличиваются пропорционально с ростом ребенка и долгое время могут не проявляться клинически, однако некоторые мальформации могут резко прогрессировать, будучи спровоцированными травмой, сепсисом или гормональными изменениями. В настоящее время не существует принятого единого алгоритма лечения пациентов. Большинство сосудистых мальформаций лечится либо склерозирующей терапией, либо эмболизацией. В тех ситуациях, когда мальформация энергично развивается и приводит к выраженным анатомическим и функциональным нарушениям эмболизации и других консервативных и малоинвазивных методов оказывается недостаточной, в результате чего хирург становится перед выбором только хирургического метода лечения. Показаниями к хирургическому лечению сосудистых аномалий являются выраженные функциональные и эстетические нарушения. В случае прогрессирования сосудистой аномалии необходимо проводить ангиографическое исследование сосудистой сети в области сосудистой аномалии.

Для диагностики венозной мальформации проведение ангиографического обследования нецелесообразно, ввиду малой информативности; а введение эмболизирующих и склерозирующих препаратов опасно осложнениями в виде нарушения оттока от жизненно важных органов. Оптимальным методом лечения в данной ситуации является проведение оперативного вмешательства с удалением сосудистого новообразования в пределах интактных тканей. При лечении мальформаций с выраженным артериальным компонентом рекомендуем выполнение предоперационной селективной эмболизации сосудов, питающих мальформацию. Хирургическое удаление мальформации проводим в кратчайшие сроки (2–3 суток). Интраоперационная перевязка приводящих сосудов позволяет резко сократить кровопотерю и предотвратить послеоперационные кровотечения. При лечении наиболее критических артерио-венозных мальформаций операция удаления кровоточащей мальформации является «операцией отчаяния» и требует предварительной заготовки тампонирующей мышцы на сосудистой ножке.

Лечение критических мальформаций должно проводиться с привлечением специалистов смежных специальностей.

## НАША МОДИФИКАЦИЯ РЕДУКЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЕТА-КРОЯ (ДАЛЕЕ В-КРОЙ)

**Брагилев С. В., Брагилев В. А.**  
*Клиника «Грандмед», Санкт-Петербург*

Оригинальная методика редукционной маммопластики с использованием В-кроя (Р. REGNAULT, 1974 г.) подразумевает перенос сосково-ареолярного комплекса (САК) на верхней или верхнемедиальной питающей ножке

с исключением рубца в зоне глубокого декольте. Однако использование данного подхода ограничивает возможности при наличии выраженной гипертрофии или гигантомастии с птозом молочных желез 3 степени. А именно при необходимости цефалического переноса САК на верхней питающей ножке более чем на 8 см возрастают риски декомпенсации кровообращения САК. В таких клинических случаях мы осуществляем перенос САК на нижней питающей ножке, в состав которой должна быть включена перегородка Würinger. Осевое кровоснабжение САК, обеспеченное перфорантами, входящими в состав перегородки Würinger, обеспечивает надежное кровоснабжение САК. В этой связи данный подход практически не имеет ограничений с точки зрения перемещения САК и может быть использован в различных клинических случаях гипертрофии молочных желез, в том числе у пациентов с гигантомастией и расстоянием от яремной вырезки до соска более 40 см.

Применение. В крою позволяет предотвратить формирование железистого птоза и сохранить стабильную форму молочных желез в отдаленном послеоперационном периоде. В период с 2000 по 2023 г. в клинике «Грандмед» было проведено 685 операций редукционной маммопластики с применением данной методики у пациентов с 18 до 63 лет. Во всех случаях был получен устойчивый результат и низкий уровень осложнений (менее 2%).

Таким образом, наша модификация методики с использованием В-кроя и переносом САК на нижней питающей ножке с включением в ее состав питающих осевых сосудов САК, обеспечивает надежное кровоснабжение питающей ножки и САК, а также позволяет добиться устойчивых эстетических результатов без формирования рубца в зоне глубокого декольте.

## АТРАВМАТИЧЕСКАЯ МАСТОПЕКСИЯ

**Бузов Д. А.**  
*Клиника «Здоровье 365», Екатеринбург*

Известно, что сохранить на долгое время девичью прекрасную грудь невозможно, даже если женщина не беременела и не кормила грудью. Полушаровидная грудь постепенно становится провисающей, формируется мастоптоз. Вернуть женщине былую форму молочных желез возможно лишь хирургическим способом. При проведении операции по поднятию молочной железы обязательным является достижение естественной формы, сохранение функции железы, ее нормального кровообращения, иннервации и оставление послеоперационного рубца, удовлетворяющего женщину в эстетическом отношении. Зачастую, классические техники мастопексий предполагают травматизацию железистой ткани вследствие ее рассечения, что в ряде случаев приводит к рубцовым изменениям и возможным нарушениям функции последней.

Целью данной методики мастопексии является не только вернуть эстетически привлекательную форму железы, но и выполнить это максимально сохранив целостность железистого компонента. Особенно важно сделать это у пациенток, которым еще предстоит беременность и лактация в будущем.



а подкожно от 30 до 760 мл (среднее количество  $222 \pm 105$  мл), т.е. соотношение подкожно/под железу составляло 45/55%. Оценка результатов выполнялась ретроспективным анализом историй болезней, операционных протоколов, а также стандартизированных фотографий пациенток сделанных до операции, на 7-е, 14-е сутки, 1, 3, 6 месяцев и через 1, 3, 5 лет после операции.

Результаты и выводы. Липофилинг — это эффективная методика улучшения формы и увеличения груди за одну операцию, которая является уверенной альтернативой эндопротезированию. При наличии достаточного количества донорских зон предпочтение для увеличения груди стоит отдавать липофилингу. Стабильные, эстетичные результаты увеличения груди и коррекции ее формы трансплантацией аутологичной жировой ткани за одну операцию возможны при введении более 500 мл жира с каждой стороны при соблюдении техники структурного липофилинга. Успех операции напрямую зависит от емкости реципиентной зоны, факторов ее определяющих, и увеличивающих, тщательного предоперационного анализа исходной деформации груди и анатомических особенностей пациента, индивидуальная разметка для увеличения площади пятна груди и емкости реципиентной зоны, соблюдение правил забора с соблюдением принципов липоскульптуры, подготовки и введения жирового аутоотрансплантата позволяют значительно увеличить процент приживления и аугментации, создавать выразительные, стабильные результаты с минимальным риском осложнений и высокой удовлетворенностью пациентов.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ЛИФТИНГ ЛИЦА. ОМОЛОЖЕНИЕ И БЬЮТИФИКАЦИЯ

**Бурлова М. Г.**

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

Цель. Определить критерииптоза и объемных изменений центрального и боковых отделов лица, которые будут являться показаниями для выполнения коррекции возрастных изменений, определять объем и тактику оперативного вмешательства при выполнении эндоскопического лифтинга лба, средней зоны лица, SMAS-пластики, передней платизмопластики и их сочетания, а также дополнительного применения малоинвазивных методик с целью усиления эффекта омоложения и бьютификации: блефаропластика, липофилинг, липосакция субментальной области, хейлопластика, костная пластика подбородка, аппаратные технологии обработки кожи.

Материалы и методы. С 2018 по 2023 г. мною было выполнено 198 операций эндоскопического лифтинга, результаты которых были подвержены ретроспективному анализу на основе историй болезни, фотографий до и на разных сроках после хирургического вмешательства. Период наблюдения составил от 3 месяцев до 5 лет. Возраст пациентов варьировал от 21 до 75 лет. Из общего числа наблюдений эндоскопический лифтинг лба и бровей составил 17,2%, эндоскопический лифтинг

лба, средней зоны + нижняя трансконъюнктивальная блефаропластика 66,6%; эндоскопический лифтинг лба, средней зоны + SMAS пластика 16,2%. Эндоскопический лифтинг лба и средней зоны выполнялся в сочетании с верхней блефаропластикой у 7,5% пациентов; с липофилингом в 19,2%, с хейлопластикой в 43,4%, с аппаратной обработкой кожи 41%, с липосакцией субментальной области и липофилингом подбородка либо костной пластикой 25,8%.

Результаты и выводы. Явленияптоза мягких тканей лица появляются в первую очередь в зоне центрального овала, а затем в боковых отделах лица, поэтому при выполнении омолаживающих операций необходимо отдавать предпочтение эндоскопическому лифтингу лба и средней зоны. При наличииптоза среднего отдела лица необходимо выполнять эндоскопический лифтинг лба и средней зоны за одно вмешательство, в противном случае у пациентов будет удивленный вид. Эндоскопический лифтинг лба и средней зоны необходимо сочетать с трансконъюнктивальной жиросберегающей блефаропластикой для формирования гладкого перехода ниже веко-скула, заполнения слезных борозд и устранения малярных мешков. Завершающая обработка кожи лица и шеи применением углекислотного лазерного омоложения или радиочастотного лифтинга позволяет адекватно сократить избытки кожи нижних век, в редких случаях требуется деликатная щипковая блефаропластика. Такая тактика препятствует появлению химоза, выворота и округления нижнего века вследствие нарушения иннервации или избыточной резекции кожи нижних век, что особенно актуально при снижении опорной функции нижних век у возрастных пациентов. Для улучшения результатов эндоскопического лифтинга лба и средней зоны лица и усиления эффектов омоложения и бьютификации объем операции дополняется верхней блефаропластикой, липофилингом лица, хейлопластикой, резекцией ДАО, липосакцией субментальной зоны, костной пластикой подбородка. При наличииптоза тканей центрального овала лица необходимо в первую очередь выполнять эндоскопический лифтинг для восстановления эстетических пропорций лица, а липофилингом улучшать контуры, заполняя области атрофии: подборвонной, височной, области, области m. DAO, подбородка, кожной части верхней губы и носогубных борозд, а также коррекции асимметрии мягкотканного компонента в области скул и щек. У пациентов с умеренным объемом мягких тканей лица применяется косо-вертикальный вектор для элевации тканей в ходе эндоскопического лифтинга. У пациентов с мелкоморщинистым или мускульным типом старения, с хорошей костной опорой и наличииптоза центральных и боковых отделов лица, омоложение необходимо начинать с эндоскопического лифтинга лба, средней зоны, нижней трансконъюнктивальной блефаропластики, дополнять липофилингом и аппаратными способами обработки кожи, а SMAS пластику лица и шеи, медиальную платизмопластику можно выполнить вторым этапом. При деформационном типе с дефицитом костной опоры применяется косо-горизонтальный вектор элевации, при наличииптоза боковых отделов лица одномоментно дополняется SMAS пластикой, липосакцией, передней платизмопластикой для стабильности результата и профилактики осложнений.

## КОГДА АБДОМИНОПЛАСТИКА ПЕРЕХОДИТ В БОДИЛИФТ

Бурлова М. Г.

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

Цель. Абдоминопластика является одной из самых востребованных пластических операций, а в случаях восстановления после родов или массивной потери массы тела — необходимой. Современные пациенты очень требовательны к результату и частый запрос: создание стройного, спортивного тела и улучшение контуров в целом, что требует сочетания с липосакцией и бодилифтом для профилактики осложнений и устранения контурных деформаций фигуры. Определение критериев отбора пациентов, показаний к расширению оперативного вмешательства, правильное выполнение техники операции позволяет получать эстетически привлекательные и стабильные результаты, корректировать фигуру и менять пропорции тела.

Материалы и методы. В клинике «Абриелль» абдоминопластика была выполнена 278 пациентам и 39 — бодилифт; 268 (96,4%) абдоминопластик было выполнено как первичное вмешательство, 10 (3,6%) — как повторное; в 73 (26,2%) случаях горизонтальный шов был дополнен вертикальным компонентом ушиванием пупочного отверстия; 252 (94,3%) пациентам была выполнена липоабдоминопластика и только 16 (5,7%) изолированная пластика живота. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни и результатов операций у 317 пациенток в возрасте от 19 до 65 лет, сроки наблюдения составили 1 месяц — 12 лет. Пациентки были разделены на две группы, показания к операции в которых определялись видом деформации фигуры. В первую группу вошли пациентки, которым для улучшения контуров тела было достаточно выполнить абдоминопластику, а во вторую те, кому необходимо было выполнить бодилифт.

Результаты и выводы. Показаниями к выполнению абдоминопластики является диастаз более 3 см, расширенное пупочное кольцо, наличие пупочной грыжи и белой линии, кожно-жировой фартук, избытки дряблой кожи, в том числе со множественными стриями, контурная и рубцовая деформация передней брюшной стенки, жировые отложения в области передней брюшной стенки с пинч тестом более 5 см, необходимость выполнения липосакции у пациентов старше 45 лет и коррекции деформаций передней брюшной стенки после ранее выполненных липосакций и/или абдоминопластики, птоз лобка. Длина послеоперационного рубца при выполнении пластики живота должна определяться избытками дряблой кожи. Погоня за коротким рубцом зачастую ухудшает эстетику результата, приводит к появлению нависаний над краями шва — т.н. «собачьим ушам», провисанию избытков дряблой кожи живота в т.ч. в виде складок в наклоне и положении сидя, недостаточной коррекции диастаза, неэстетичной форме пупка, неровной фиксации лоскута после операции плоскостными рубцами, длительным серомам в раннем послеоперационном периоде, отсутствию коррекции положения лобка и промежности, сохранению деформации тела. При ис-

пользовании переноса пупка на канатике и наличии выраженных избытков кожи со сниженным тургором приводит к низкому его расположению (значительно ниже тазовых костей), что сопровождается длительным ощущением натяжения в области пупка. Сегодня мировая концепция бодилифта предполагает применение данного оперативного вмешательства только у пациентов с массивной потерей веса. В приоритете — быстрое выполнение операции, с минимальным операционным временем, при этом иссекаются кожно-жировые избытки, без липосакции и устранения контурных деформаций, которые значительны у такого рода пациентов, улучшить «качество жизни» пациента, удалив кожно-жировые избытки. Об эстетической стороне вопроса речи не идет. Моя концепция предполагает «эстетический» бодилифт, который выполняется по показаниям: птоз ягодиц, множественные кожно-жировые складки на спине, повторные операции в области торса, пинч тесте более 8 см на фланках, значительные избытки жировой ткани и дряблой кожи, липосакция спины у пациентов после 45 лет, множественные стрии. Грамотное соблюдение методики бодилифта во всех вышеуказанных случаях гарантирует омоложение и эстетическое преобразование тела. Бодилифт может быть выполнен в двух техниках: с иссечением избытков кожно-жировой ткани либо формированием из дермо-жирового лоскута аутопротеза для наполнения верхних отделов ягодиц у худых пациентов с дефицитом массы тела. Бодилифт всегда сочетается с липосакцией и с липофилингом, а для улучшения качества кожи и улучшения ее сократимости сочетается с иглокатым РФ лифтингом.

## ЛИПОФИЛИНГ ЯГОДИЦ. МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ПРЕОБРАЖЕНИЯ ТЕЛА

Бурлова М. Г.

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

Цель. В последние годы значительно возрос запрос на улучшение контуров тела в целом и липофилинг ягодиц в частности. В предоперационном анализе необходимо учитывать критерии «идеальных» ягодиц и классификацию деформаций ягодиц для определения тактики липофилинга, как изолированной методики или в сочетании с другими техниками глютеопластики и пластики тела. Липофилинг ягодиц и/или наружных отделов бедер — точек «С» позволяет усилить эстетическое преобразование тела, а также удовлетворить любой самый изысканный запрос пациента. Стабильные результаты обеспечивают: определение емкости реципиентной зоны, введение от 500 мл жировой ткани в каждую область с соблюдением принципов структурного липофилинга и грамотная послеоперационная реабилитация. Достигнутые эстетические результаты преобразования тела, подтвержденные долгосрочными наблюдениями за пациентами, позволяют рекомендовать данный метод как альтернативу увеличения ягодиц с помощью имплантатов и коррекции контуров тела при выполнении сочетанных операций.

Материалы и методы. Пластическими хирургами клиники «Абриелль» в период 2011–2023 гг. был выполнен липофилинг ягодиц 183 пациентам, из них — изолированно 156 (85%), в сочетании с абдоминопластикой 16 (9%), с бодилифтом — 11 (6%). Сроки наблюдения составили от 1 месяца до 12 лет. Возраст пациенток от 20 до 67 лет (средний возраст  $35 \pm 8,3$  лет), а ИМТ от 18,4 до 35,9 (средний  $23,7 \pm 3,5$ ). Жировая ткань вводилась только подкожно. Общий объем аутотрансплантации жира в обе ягодицы за одну сессию липофилинга составлял от 225 мл до 4840 мл (средний объем  $2112 \pm 972$  мл), в каждую ягодицу от 105 до 2420 мл (средний объем  $1056 \pm 488$  мл). Распределение общего объема жировой ткани в ходе операции было следующее: первым этапом в боковые западения (область точки «С») с каждой стороны вводилось от 40 до 2200 (средний объем  $500 \pm 343$  мл), а затем вторым этапом в область каждой ягодицы от 130 до 1420 мл (средний объем  $547 \pm 325$  мл), что составило в процентном соотношении 50/50. 159 (95,2%) пациенток были удовлетворены результатом одной сессии липофилинга, 8 девушкам (4,8%) было выполнено две сессии липофилинга ягодиц с интервалом от 3 до 5 лет. Оценка результатов выполнялась ретроспективным анализом историй болезней и стандартизированных фотографий до и после операции.

Результаты и выводы. Липофилинг — это эффективная методика увеличения объема, улучшения формы ягодиц и коррекции контуров тела в целом как изолированная методика, так и в сочетании с различными способами пластики. Липофилинг ягодиц при достаточном количестве донорских зон является альтернативой эндопротезированию, а также способом коррекции осложнений и деформаций контуров тела после ранее выполненных операций. Липосакцию при липофилинге ягодиц необходимо выполнять с учетом липоскульптурирования тела. Наполнение областей надтрохантерных ямок позволяет визуально увеличить длину ног. Сочетание с липосакцией галифе и различная степень увеличения областей головок бедренных костей позволяет формировать покатое бедро и визуально сужать талию. Пластика ребер без их удаления в сочетании с липосакцией талии, фланков, живота, спины и липофилингом ягодиц усиливает эффект сужения талии. При наличии выраженных избытков кожи и жировой ткани в области передней брюшной стенки (пинч-тест более 5 см), при низком тургоре кожи, повторных липосакциях для коррекции контуров липофилинг ягодиц необходимо дополнять абдоминопластикой, а при наличии птоза ягодиц и множественных складок на спине — бодилифтом. Стабильные, эстетичные результаты увеличения ягодиц и коррекции их формы трансплантацией аутологичной жировой ткани за одну операцию возможны при введении более 500 мл жира в область каждой ягодицы и зоны надтрохантерных ямок, что суммарно составляет по 1000 мл жировой ткани с каждой стороны минимум, с соблюдением техники структурного липофилинга. По окончании реабилитационного периода после липофилинга ягодиц не остается следов операции. Вследствие наличия в жире стволовых клеток липофилинг необходимо рассматривать не только как контурную пластику, но и как регенеративную технологию, позволяющую корректировать рубцовые и посттравматические деформации.

## ФОТОДОКУМЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТЕЛЕ

Бурлова М. Г., Кочнева И. С., Осаула А. Н.

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

Фотодокументирование — наиболее простой, доступный и распространенный способ фиксации исходного локального статуса и изменений, произошедших после операции. Фотография — неотъемлемая часть медицинской документации, а также юридический документ. Фотографии пациентов необходимы любому врачу, занимающемуся эстетикой для корректного анализа, обсуждения и планирования операции совместно с пациентом, контроля в ходе операции, в раннем и позднем послеоперационном периоде, для самообучения, оценки результата, для обмена опытом работы со своими коллегами, ну и для судебно-медицинской экспертизы. «Правильно» выполненные фотографии до, во время и после операции могут стать весомыми аргументом в Вашу пользу, а «неправильно» — весомо играть против Вас».

Цель. Продемонстрировать и показать на 5-летнем опыте клиники «Абриелль» важность правильного выполнения стандартизированных предоперационных и послеоперационных фотографий.

Материалы и методы. В период с 2018 по 2023 г. в клинике выполнено 1129 операций на теле (абдоминопластика, бодилифт, маммопластика, липосакция, липофилинг), в возрасте от 23 до 63 лет. При ретроспективном анализе фотографий и обзора мировой литературы, были выявлены основные факторы, влияющие на создание качественных фотографии, и стандартные ракурсы, в которых определяются те или иные эстетические недостатки. А также получены стандарты фотографирования и позиционирования пациентов при выполнении пластических операций на теле. Результаты и выводы. Фотографии, выполненные в соответствии со стандартами, являются значимой составляющей консультационной работы с пациентами, незаменимой возможностью анализа отдаленных результатов лечения и объективного анализа результатов различных видов операций, становятся одним из определяющих факторов общения в профессиональной среде и конечно, рекламы. Для клинической съемки необходимо применять фотоаппарат с кроп-матрицей, для получения качественной картинки. Пациент должен располагаться на фоне экрана, который должен быть серого либо голубого цвета, с матовой, не отражающей поверхностью; на полу необходимо разместить стандартные метки для пациента, освещения, и фотографирующего; расстояние между камерой и пациентом до 3.0 метров — эти параметры должны быть одинаковыми при выполнении снимков перед и после операции. Во время фотографирования мы придерживаемся правила «третьей» и при использовании осветителей выставляем «рисующий» и «заполняющий» свет. На качество фотографий влияют выдержка, диафрагма и показатель ISO, которые были подобраны совместно с профессиональными фотографами. Соблюдение этих факторов позволяет создавать изобра-

жения, максимально отражающие деформационные изменения до операции, исходную асимметрию тела, а также стандартизировать фотографии для оценки результатов. В работе представлены базовые правила, которые позволят создавать фотографии, передающие действительную картину до операции, во время операции и на протяжении реабилитационного периода. Все клинические фотографии должны быть выполнены с помощью одного и того же оборудования и стандартизированным способом: камера, освещение, увеличение, кадрирование, позиционирование пациента и оператора — все это должно быть одинаковым до и после операции для точной передачи изменений после пластических хирургических вмешательств. Стандартные положения пациента для фотодокументации с целью оценки форм и контуров фигуры в до и послеоперационном периоде: анфас, полупрофиль профиль, полупрофиль со спины, анфас со спины. В каждом ракурсе используется три положения рук: руки несколько отведены от тела, руки на поясице, руки вверх. Заявляемый способ позволяет эффективно отслеживать все изменения асимметрии тела до и после операции с целью их адекватного сравнения, а также оценивать изменения контуров тела при выполнении операции на какой-либо его части. Способ доступен пластическим хирургам, не требует профессиональных навыков фотографа, прост в исполнении.

Правильно выполненные фотографии являются важнейшим компонентом консультационной работы с пациентами, бесценной возможностью анализа отдаленных результатов лечения и объективного сопоставления результатов различных методов операций, становятся одним из определяющих факторов общения в профессиональной среде и конечно, рекламы.

### СКОльзяЩИЙ ЛИФТИНГ БРОВЕЙ (GBL): ЗА И ПРОТИВ

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

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

Врожденное низкое расположение бровей или их возрастные изменения являются частой причиной обращения пациентов к пластическому хирургу. Существующие хирургические методы лифтинга бровей имеют ряд недостатков, в частности заметные рубцы, алопеция, смещение линии роста волос, нестабильность результата. С целью минимизации недостатков традиционных хирургических методик F. Viterbo предложил скользящий лифтинг бровей — GBL. Указанная методика пока не получила широкого применения, поэтому ее эффективность и безопасность требует подтверждения на практике.

Цель. Оценить эффективность и безопасность GBL, выявить преимущества и недостатки в сравнении с другими хирургическими методами лифтинга бровей.

Материалы и методы. С 2021 г. GBL выполнен 24 пациентам. Их возраст варьировал от 39 до 70 лет (медиана 56 лет). Сроки наблюдения за пациентами составили от 1 до 20 месяцев (медиана 8 месяцев). У первых 3-х па-

циентов операция была выполнена по оригинальной методике F. Viterbo, в дальнейшем фиксирующие швы накладывались через перчаточную резину. Средняя длительность операции составила 55 минут. У 18 пациентов операция проведена под местной анестезией. В 15 (62,5%) случаях GBL выполнен как самостоятельная процедура, у 9 (37,5%) пациентов в сочетании с другими методами коррекции возрастных изменений лица. Для оценки результата проводилась фото/видеодокументация до и после операции. Результаты. В 22 (91,7%) случаях был достигнут хороший клинический результат. У двух пациентов результат был невыраженным из-за ограниченной мобильности мягких тканей: в первом случае из-за низкой линии роста волос, во втором — из-за плотной и неэластичной дермы. У трех пациентов остались незначительные рубцовые изменения кожи лба. У двух пациенток сформировались кожные валики по линии роста волос, в одном случае это потребовало коррекции через 6 месяцев после операции. У одной пациентки наблюдалась временная нейропатия лобной ветки лицевого нерва, которая самопроизвольно разрешилась через 2 недели. У одной пациентки через неделю после операции в результате травматизации сформировалась подкожная гематома. Других побочных эффектов операции отмечено не было.

Выводы. GBL при правильной технике выполнения и отборе пациентов — эффективный и безопасный метод лифтинга бровей, преимуществом которого является отсутствие заметных рубцов, небольшая травматичность и возможность выполнения под местной анестезией. Большинство осложнений возникли на начальном этапе освоения методики и требовали минимальных усилий по их коррекции. Эффективность методики может быть ограниченной у пациентов с толстой кожей и низкой линией роста волос.

### ВАРИАНТЫ ПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ МЯГКОТКАНЫХ ДЕФЕКТОВ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

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

Закрытие мягкотканых дефектов дистальных отделов нижних конечностей является непростой задачей, что связано со спецификой кровоснабжения и сопутствующими заболеваниями, снижающими регенеративный потенциал.

Цель. Ретроспективный анализ некоторых методов пластического закрытия мягкотканых дефектов дистальных отделов нижних конечностей различной этиологии.

Материалы и методы. Анализ основан на результатах хирургического лечения 104 пациентов с мягкоткаными дефектами дистальных отделов нижних конечностей. Все пациенты были разделены на две группы: первая группа — 48 пациентов с посттравматическими и послеоперационными мягкоткаными дефектами, вторая группа — 56 пациентов с хроническими ранами голени и стопы различной этиологии (22 — диабетические, 21 — лучевые, 9 — посттромбофлебитические, 3 — нейропатические, 1 — аутоиммунной этиологии). Для закрытия дефектов пациентам первой группы в 21 случае использовались кожные аутотранс-

плантаты, в 15 случаях — суральный лоскут и в 12 случаях — свободный лучевой лоскут. Хирургическое лечение проблемных ран у пациентов 2 группы осуществлялось методом инъекционной аутоотрансплантации продуктов на основе жировой ткани.

Результаты. Пластическое закрытие ран лучевым лоскутом у 12 пациентов позволило достигнуть полного заживления без осложнений. В двух из 15 случаев использования сурального лоскута возник частичный краевой некроз, что потребовало дополнительного закрытия ран аутодермапластикой. Пластическое закрытие поверхностных ран с нормальной регенерацией кожей аутоотрансплантами во всех 21 случаях привело к желаемому результату. Инъекционная аутоотрансплантация продуктов на основе жировой ткани позволила добиться полного заживления у 95% пациентов с хроническими ранами, которым не помогли стандартные методы консервативного и хирургического лечения. В остальных 3 случаях наблюдалось существенное уменьшение размеров дефектов от 59 до 92% от изначальной площади. Эффективность и скорость заживления определялись главным образом этиологией язвы, а также ее изначальными размерами. Наиболее упорными к лечению были язвы при сочетании сахарного диабета и ревматоидного артрита и большие раны при посттромбофлебитическом синдроме.

Выводы. Свободные лоскуты могут использоваться для пластического закрытия мягкотканых дефектов нижних конечностей любой локализации при наличии адекватных реципиентных сосудов. Суральный лоскут является надежным методом пластического закрытия композитных мягкотканых дефектов дистальных отделов нижних конечностей. Пластическое закрытие кожных дефектов при достаточном кровоснабжении реципиентного ложа может быть произведена за счет традиционной аутодермопластики. Инъекционная аутоотрансплантация продуктов на основе жировой ткани является эффективным и малоинвазивным методом лечения хронических ран нижних конечностей.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ТОЧЕК ПРИЛОЖЕНИЯ ЭРИТРОПОЭТИНА, КАК ПОТЕНЦИАЛЬНОГО СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА

Волчек И. А., Мичурина А. П., Теряев А. С.

*Медицинский институт непрерывного образования  
Российского биотехнологического университета, Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии,  
Москва*

Проблема использования биологически активных веществ для лечения заболеваний пародонта продолжает оставаться актуальной. Известно, что одним из важных элементов патогенеза пародонтита является дисбаланс цитокинов, с гиперпродукцией провоспалительных интерлейкинов. Работами последних лет показана высокая активность человеческого рекомбинантного эритропоэтина (ЭПО) не только как средства, стимулирующего эритропоэз, но и как витального фактора повышающего выживаемость поврежденных клеток, и регулирующего цитокиновый дисбаланс, в том числе, и при пародонтите (Aslroosta H, Yaghobee S, Akbari S, et al., 2021).

Цель. Определение механизмов и точек приложения ЭПО при лечении пародонтита.

Материалы и методы. Исследование было проведено с участием 12 пациентов, имеющих пародонтит 3 степени тяжести, характеризующийся воспалением десны (как свободной, так и прикрепленной).

Результаты. Выявлялись отек и гиперемия десны, была изменена ее конфигурация. При зондировании определялись парадонтальные карманы более 5 мм, положительный симптом кровоточивости, характеризующийся возникновением кровоточивости после введения кончика парадонтального зонда от медиальной и дистальной поверхности зубов и сразу после проведения исследования. Также определялись над- и поддесневые зубные отложения. Для выяснения механизмов действия ЭПО сделана попытка определения рецептора ЭПО в тканях пародонта. Получены РНК клинических образцов следующих видов. Биопат десневой ткани (край десны), 5 образцов. Элемент ткани зубодесневой связки, 5 образцов. Кистогранулема верхушки корня, 4 образца. Контрольные образцы от здоровых людей получить не удалось в связи с травматичностью биопсии. Выделены образцы РНК, проведена обратная транскрипция и пробная амплификация с праймерами на ген b-актина и рецептора эритропоэтина. В качестве контроля качества кДНК (отсутствие примеси ДНК) в амплификации использованы препараты РНК. После 20 циклов амплификации обнаруживается полоса ожидаемого размера с праймерами на ген домашнего хозяйства (b-актин). Фрагмент ДНК нужного размера отсутствует в амплификации с праймерами на рецептор эритропоэтина после 45 циклов. Таким образом, выявить рецептор эритропоэтина в тканях пародонта не удалось. Вместе с тем, учитывая клиническую эффективность препаратов ЭПО, можно предположить его опосредованное участие в регуляции воспалительных процессов, в частности, через регуляцию апоптоза и продукции NO, непосредственное противовоспалительное действие через непрямой антагонизм с TNF  $\alpha$ , а также, регуляцию аутоиммунных реакций. Выводы. В заключение представляется необходимым указать, что хотя механизмы клинического эффекта ЭПО при лечении пародонтита остаются неясными, данный вопрос заслуживает дальнейшего изучения и может дать новые пути для лечения заболеваний пародонта.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ЭФФЕКТА ЭКСТРАКТА ДУДНИКА ДАУРСКОГО ПРИ ПАРОДОНТИТЕ

Волчек И. А., Теряев А. С., Мичурина А. П.

*Медицинский институт непрерывного образования  
Российского биотехнологического университета, Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии,  
Москва*

Растения семейства зонтичных (Apiaceae или Umbelliferae) широко используются в традиционной китайской медицине. Одним из них является дудник даурский, также известный как китайский дягиль, садовый дягиль, корень Святого Духа и дикий дягиль, а также под своим китайским названием, бай чжи. Данное растение рекомендовано, в том чи-

сле, для лечения заболеваний полости рта, а именно, пародонтита, в патогенезе которого значительную роль играет дисбаланс цитокинов.

**Цель.** Определение влияния экстракта дудника даурского (ДД) на спонтанный и стимулированный синтез цитокинов клетками здоровых доноров и больных пародонтитом в реакциях *in vitro*.

**Материалы и методы.** Для этого мононуклеарные клетки 10 здоровых доноров и 12 больных пародонтитом тяжелой степени, выделенные стандартным способом в градиенте плотности фиколл-пак, инкубировали в течение 3 суток в присутствии 5% экстракта ДД с-, и без добавления фитогемагглютинаина (ФГА). Далее определяли уровень синтезированных GM-CSF, IFN $\gamma$ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF $\alpha$ . Анализ проведен методом цитометрических бус Bio-Plex ProTM Human Cytokine Grp I Panel 8-plex (Bio-RAD) по инструкции производителя.

**Результаты и обсуждение.** У здоровых доноров экстракт не оказывал достоверного эффекта на спонтанный синтез изучаемых цитокинов, но обладал выраженным ингибирующим эффектом в отношении IFN $\gamma$ , IL-2, IL-6, IL-8, TNF $\alpha$  при стимуляции ФГА ( $P \leq 0,01$ ). У больных спонтанный синтез IFN $\gamma$ , IL-2, IL-6, IL-8 был достоверно увеличен ( $P \leq 0,05$ ), добавление ФГА недостоверно стимулировало синтез цитокинов. Экстракт дудника даурского во всех случаях достоверно снижал уровень цитокинов в данной группе больных ( $P \leq 0,01$ ). Поскольку доказано положительное влияние ангелицина и псоралена на синтез провоспалительных цитокинов и ростовых факторов при экспериментальном пародонтите (Li X, Yu C, Hu Y et al., 2018), а также факт присутствия данных фуранокумаринов в составе этого растения, возможно иммуномодулирующий эффект обусловлен, в том числе, этими веществами.

**Выводы.** Данный факт свидетельствует о перспективности использования экстрактов дудника даурского в лечении заболеваний полости рта и даже челюстно-лицевой патологии. При этом к использованию чистых выделенных веществ, из-за их серьезных побочных эффектов, представляется, надо отнестись с большой осторожностью.

## ПРЕВЕНТИВНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Воротников В. В., Пахомова Р. А., Абдугафоров С. А., Сойнов А. В., Гугнина А. С., Ким С. И., Копытич И. В., Мчедлидзе Т. Г.

Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина», Москва

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место среди всех онкологических заболеваний у женщин в мире. В России за 2021 г. зарегистрировано 69714 новых случаев, что составляет 22,1% в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин. Одним из основных и наиболее часто встречающихся осложнений после радикальных операций на молочной железе является нарушение лимфооттока в виде лимфатического отека (лимфедема) конечности. Вероятность развития лимфедемы по данным научной литературы составляет от 12 до 60%. Лечение данного осложнения проводится консервативно и хирургически. Современный хирургический стандарт лечения рака молочной железы

с аксиллярной лимфодиссекцией (АЛД) не включает в себя профилактику отека верхней конечности. Согласно обзору международного опыта, превентивная микрохирургическая техника восстановления лимфооттока от верхней конечности — наложение лимфовенозных анастомозов (ЛВА) имеет положительный результат для профилактики лимфедемы, аналогичный биопсии сторожевого лимфоузла.

**Цель.** Оценить эффективность превентивного микрохирургического наложения ЛВА после АЛД при раке молочной железы.

**Материалы и методы.** С августа 2022 по июнь 2023 г. на базе отделения опухолей женской репродуктивной системы ЧУЗ ЦКБ «РЖД Медицина», г. Москва, выполнено 44 операций с превентивным микрохирургическим наложением лимфовенозных анастомозов. У 39 пациентов операция проводилась при первичном лечении: стадия заболевания сТ 1–4N1–3M0. На молочной железе проводилась органосохраняющая резекция с лимфодиссекцией (17), мастэктомия с лимфодиссекцией (22). У 5 пациентов проводилась АЛД по поводу локального рецидива заболевания в аксиллярной области. Всем пациентам после этапа лимфодиссекции одномоментно выполнено микрохирургическое восстановление лимфооттока от верхней конечности. Для обратного картирования лимфопутей от верхней конечности использовался флуоресцентный краситель. Лимфовенозные анастомозы наложены конец в конец, конец в бок, бок в бок и по методике Optocus.

**Результаты.** Медиана наблюдения составила 5,5 месяца. Длительность радикальной операции в среднем увеличилась на 70 минут: при этом АЛД длилась в среднем на 14 минут дольше из-за использования специальных микрохирургических инструментов для бережного выделения структур с целью последующего наложения ЛВА. У 4 пациентов целостность реципиентной вены при лимфодиссекции была нарушена и восстановлена микрохирургически. Хирургических осложнений не наблюдалось. Средняя длительность лимфореи в послеоперационном периоде составила 2,3 дня (без ЛВА 13,9 дней).

**Выводы.** Превентивная микрохирургическая техника восстановления лимфооттока от верхней конечности имеет ряд технических ограничений, требует специального обучения и микрохирургического оборудования. Тем не менее методика безопасна, осуществима и эффективна в раннем послеоперационном периоде. Наложение ЛВА привело к значительному уменьшению лимфореи в послеоперационном периоде, но к увеличению длительности операции. Для общей оценки влияния ЛВА на частоту развития лимфедемы требуется более длительное наблюдение.

## НАШ ОПЫТ ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Воротников В. В., Пахомова Р. А., Абдугафоров С. А., Сойнов А. В., Гугнина А. С., Ким С. И., Копытич И. В., Мчедлидзе Т. Г.

Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина», Москва

Рак молочной железы (РМЖ) остается на первом месте среди всех злокачественных заболеваний у женщин в мире.



По оценкам за 2020 г. было зарегистрировано более 2,3 млн случаев по всему миру. В России РМЖ также является самым распространенным онкологическим заболеванием. За 2021 г. зарегистрировано 69 714 новых случаев, что составляет 22,1% в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин. Стандартизованный показатель заболеваемости женщин в 2021 г. оказался на уровне 47,39 случая на 100 тыс. человек, что сопоставимо с мировыми значениями. Современный хирургический стандарт лечения раннего и местно-распространенного РМЖ предполагает персонализированный подход, отказ от инвалидизирующих вмешательств и сохранение формы молочной железы в результате оперативного вмешательства. Выбор способа реконструкции одномоментной или отсроченной реконструкции остается предметом дискуссий.

Цель. Проанализировать полученные результаты при выборе одномоментной реконструкции в лечении РМЖ.

Материалы и методы. С февраля 2021 по март 2023 г. на базе онкохирургического отделения «РЖД-Медицина», Москва выполнено 512 одномоментных реконструкций молочной железы после мастэктомии. Стадия заболевания cT 1–3N0–3M0. Птоз 1 степени в 280 случаях (54,7%), 2 степени 109 (21,2%), 3 степени 126 (24,6), в остальных случаях птоза не было. Средний возраст составил  $42 \pm 3,6$  лет. Из особенностей выполнения реконструктивного вмешательства мы отказались в своей практике от установки вакуум-аспирационной дренажной системы у пациентов с гладкими и полиуретановыми имплантатами. У пациентов с текстурированными имплантатами или получивших в предоперационном периоде препараты платины дренажи устанавливались стандартно. Вмешательство на лимфоузлах было выполнено во всех случаях из отдельного разреза, в 74% случаях операция сопровождалась биопсией сторожевого лимфоузла (БСЛУ), конверсия вмешательства в лимфодиссекцию в 15% случаев. В большинстве случаев (56,4%) использованы круглые импланты с нанотекстурированной поверхностью и установлены субмускулярно. Импланты с текстурированной поверхностью установлены у 118 пациентов (23%), с полиуретановым покрытием у 105 (20,5%). В 194 случаях (37,9%) импланты установлены подкожно или с частичным мышечным укрытием (сверху).

Результаты. Время наблюдения составило от 5 мес. до 2 лет. В 7 случаях (1,36%) экструзия импланта, в 1 случае ассоциирована с лучевой терапией, в остальных случаях с проведением химиотерапии в послеоперационном периоде (в течение 4–12 недель). В 25 случаях (4,9%) наблюдалась капсулярная контрактура 3–4 степени, и 32 (6,25%) 1–2 степени в группе лучевой терапии и 2 случая (0,4%) ассоциированных с серомой. Капсулярная контрактура встречалась всего в 16% случаях. В 33 случаях выполнена корректирующая маммопластика через 6–12 месяцев, после операции. В раннем послеоперационном периоде в 6 случаях (1,7%) выполнена ревизия по поводу послеоперационной гематомы, 5 случаев из них, по нашим наблюдениям, может быть ассоциировано с проведением предоперационной химиотерапии с содержанием препаратов платины. За весь срок наблюдений рецидив заболевания наблюдался в  $0,9 \pm 0,25\%$  случаев 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, G, возраст, проведение химиотерапии.

Выводы. Использование одномоментной реконструкции в хирургическом лечении рака молочной железы является безопасным, может быть предложено пациентам первично-операбельным и кандидатам на адьювантную лучевую терапию. Отказ от дренирования при одномоментной реконструкции является оправданным и не влияет на безопасность хирургического лечения, в тоже время снижается средний койко-день. Выполнение БСЛУ 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. Для установки импланта с полиуретановым покрытием необходима выраженная подкожная жировая клетчатка. При установке полиуретанового импланта желательнее укрывать имплант снизу дермальной ножкой. Для достижения более выраженной субмаммарной складки с отсутствием птоза необходим субмаммарный доступ.

## СРАВНЕНИЕ ТЕХНИК НИЖНЕЙ РАСШИРЕННОЙ И КОМБИНИРОВАННОЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ

Восканян Г. С., Певзнер Д. А.

Клиника «Евромед», Краснодар

Термин «нижняя блефаропластика» включает в себя комплекс хирургических методик, направленных на улучшение внешнего вида нижних век. Исторически нижняя блефаропластика была восстановительной процедурой, при которой удалялась кожа и/или жир с целью уменьшения избыточности кожи и «жировых выпячиваний». В то время как удаление жира и кожи по-прежнему выполняется при современной нижней блефаропластике, современные тенденции придерживаются философии сохранения тканей, которая может включать в себя репозицию орбитального и суборбитального жировых отложений и методы переноса жира для восстановления видимой потери объема, связанной со старением лица. Выбор конкретной техники блефаропластики активно обсуждается различными научными школами и имеет четкие показания.

Цель. Изучение и сравнение техник нижней расширенной и комбинированной блефаропластики, а также полученных клинических результатов.

Материалы и методы. Нами было выполнено 53 нижних блефаропластик за период с 01.01.2022 по 31.12.2022. Доля, приходящая на расширенную (жиросохраняющую) нижнюю блефаропластику, составила 62,2% от общего количества выполненных операций, и 37,8%, соответственно, пришлось на нижнюю трансконъюнктивальную блефаропластику. Среди наблюдавшихся преобладали женщины (96,2%), количество лиц мужского пола составило 3,8%. Результаты и выводы. В нашей практике при выполнении нижней блефаропластики, показания к выполнению трансконъюнктивального доступа ограничены молодыми пациентами без значительного избытка кожи, сильно выступающих жировых орбитальных грыж и отсутствием выраженной скелетизации костного края

орбиты. Данный доступ проще в выполнении, быстрее, предотвращает образование рубцов, исключает травму круговой мышцы глаза и уменьшает послеоперационный отек и возможные ретракции (эктропион) у пациентов со сниженным тонусом нижнего века. Кроме того, при выполнении комбинированной блефаропластики в 9,4% случаев мы использовали липофиллинг как метод для восполнения дефицита объема средней зоны лица и визуального улучшения перехода от нижнего века к скуле. Напротив, методика расширенной нижней блефаропластики включает такие показания как: выраженная скелетизация костного края орбиты и, соответственно, более выраженный связочный аппарат периорбитальной области. Данный подход более травматичен, так как проводится работа с круговой мышцей глаза, высвобождаются орбитальные удерживающие связки (ORL), проводится транспозиция орбитального жира путем подшивания к надкостнице костного края орбиты.

### ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СОСУДИСТЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ. ОПЫТ ЦЕНТРАЛЬНОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Гавеля Е. Ю., Рогинский В. В., Котлукова Н. П., Надточий А. Г.  
*Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва*

Патологические образования из кровеносных и лимфатических сосудов представлены большим спектром проявлений — от незначительных по площади и объему изменений окраски кожи до обширных разрастаний в глубину тканей, приводящих не только к эстетическим нарушениям, но так же нередко вызывающих функциональные нарушения дыхания, глотания, жевания, зрения и слуха, снижающие качество жизни ребенка. В настоящее время, актуальной является проблема поиска и развития методов лечения детей с сосудистыми поражениями в области головы и шеи. Термин «гемангиома» подразумевает опухоль, поэтому отсюда агрессивные, неадекватные методы лечения. Клиницистами на этапе постановки диагноза совершается много ошибок и в последующем проводится неадекватное лечение, которое приводит к различным осложнениям, которые возможно устранить только хирургическим путем с пластикой местными тканями.

Цель. Выявить ошибки и осложнения у детей, которые ранее проходили лечение в других клиниках страны и поступивших к нам в стационар для дальнейшего лечения. Материалы и методы. В группу исследования вошли пациенты с гиперплазиями кровеносных сосудов (т.н. младенческая гемангиома), с мальформациями кровеносных сосудов, с мальформациями лимфатических сосудов проконсультированные, обследованные и пролеченные с 1999–2022 гг. на базе больницы Св. Владимира, ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ», ДГКБ им. Башляевой г. Москвы,

за данный период было более 5000 пациентов. Наибольшую группу детей составили пациенты с гиперплазиями кровеносных сосудов. В группе детей с гиперплазиями кровеносных сосудов чаще всего совершались ошибки в постановке диагноза и в последующем назначалось неадекватное лечение (рентгенотерапия, склерозирование и др.), которое приводило к различным осложнениям, количество осложнений выявлено у 176 пациентов (4%). В группе с мальформациями кровеносных сосудов капиллярного и венозного типа выявлены осложнения от неадекватного проводимого лечения, количество осложнений составило 107 пациентов (3%). В группе с лимфатическими мальформациями чаще возникают ошибки при выборе метода лечения — склерозирование, количество осложнений выявлено у 46 пациентов (2%).

Результаты. В своей работе мы придерживались отработанного алгоритма лечения детей с сосудистыми поражениями в области головы и шеи. Применяли различные малоинвазивные методики в зависимости от вида сосудистой патологии: медикаментозное лечение бета-блокаторами (местного или системного действия), лазерную коагуляцию, склерозирование, импульсную фототерапию, ультразвуковую деструкцию, радиочастотную абляцию, а также комбинированные методы лечения (хирургический с интерстициальной лазерной абляцией или склерозированием, с пластическим восстановлением анатомических структур той или иной области лица).

Вывод. Данный алгоритм лечения позволяет добиться хороших эстетических и функциональных результатов.

### ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ СЕПТОПЛАСТИКИ У КРЫС КАК ФАКТОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО СТРЕССА В ЭКСПРЕССИИ БЕЛКА P53 И ЕГО ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РОЛИ В ПИРАМИДНЫХ НЕЙРОНАХ ГИППОКАМПА

Ганьшин И. Б., Попадюк В. И., Маркушин А. А., Дьяченко Ю. Е., Кастыро И. В., Костяева М. Г., Аль Кхатиб Н., Пинигина И. В., Джун Х. Д.

*Российский университет дружбы народов, Москва*

Цель. Изучить влияние моделирования септопластики у крыс на экспрессию белка p53 в пирамидных нейронах гиппокампа, а также его функциональную роль как фактора апоптоза и нейропротекции.

Материалы и методы. Исследование было проведено на 40 половозрелых крысах-самцах линии Wistar массой 223±43 г. Все крысы были разделены на 2 группы. Первую контрольную (интактную) группу составили 10 крыс. Вторую группу (группу модели септопластики) составило 30 животных. После проведения моделирования септопластики по стандартной схеме. Эвтаназия животных проводилась токсичными дозами раствора Золетил 100. В экспериментальной группе эвтаназию проводили на сроках 2, 4 и 6 дней после операции по 10 крыс. Перед трепанацией проводилась инфузия головного мозга 0,9 раствором хлорида натрия, а после этого 10% забуференным раствором формалина. После трепанации головной мозг

извлекался и помещался в 10% забуференный формалин. Проводили стандартную заливку головного мозга в парафиновые блоки с последующей их нарезкой и окраской мышинными моноклональными антителами к белку p53 (ДАКО, Дания) с докрасиванием гематоксилином Майера. Получали 4 среза головного мозга во фронтальной плоскости толщиной 4 мкм с каждой крысы и окрашивали гематоксилином и эозином. Оценивали субполя гиппокампа CA1, CA2, CA3 и зубчатую извилину (DG). Дизайн исследования и само исследование были одобрены этическим комитетом Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (протокол № 4 от 17.10.2022 г.). Исследования на животных проводились согласно требованиям Приказа Министерства высшего и среднего специального образования СССР № 742 от 13.11.1984 г. «Правила проведения работ с использованием экспериментальных животных». При морфометрии гиппокампальной формации подсчитывались нейроны, в которых визуализировалась экспрессия белка p53, p53-позитивные нейроны в стадии апоптоза и нейрональные ниши с остатками ядра. Оценивали абсолютное количество темных нейронов и нейрональных ниш в пирамидном слое субполей на каждом срезе. Вычислялись средние значения и стандартные ошибки для срезов каждого животного и для группы в соответствующем субполе. Для оценки достоверности различий между группами использовали критерий Манна-Уитни при уровне значимости от  $p < 0,05$ .

**Результаты.** p53-позитивные нейроны. Распределение нейронов на различных стадиях экспрессии белка p53 было неравномерным как в экспериментальной, так и в группе контроля. Моделирование септопластики привело к росту p53-позитивных нейронов во всех субполях гиппокампа у крыс, по сравнению с данными группы контроля. Так, в субполях CA1 и CA2 подобное увеличение наблюдалось на 2 и 4 день, а на 6 день после операции — только в CA1. В субполе CA3 и DG количество p53+ нейронов на ранних стадиях экспрессии белка p53 было больше, чем в норме, на всех сроках, а нейронов с выраженными признаками апоптоза в CA3 — на 2 и 6 день, в DG — на 4 и 6 день после операции. Колебания количества p53+ нейронов в динамике в каждом слое был следующий. Пик p53-позитивных нейронов на ранних стадиях был отмечен на 4 день в субполях CA1 и DG. Уменьшение этих нейронов к 6 дню наблюдалось в субполе CA2. В CA3 было зафиксировано их стабильно высокое количество на всех сроках наблюдения ( $p < 0,01$ ). В субполях CA1 и DG на 4 и 6 дни ( $p < 0,01$ ) отмечалось стойкое увеличение нейронов на поздних стадиях апоптоза. К 6 дню рост количества этих нейронов был отмечен в субполях CA2 и CA3 ( $p < 0,01$ ). Необходимо отметить, что на 6 день количество нейронов на поздних стадиях апоптоза было выше, чем нейронов на ранних стадиях экспрессии p53, в субполях CA1 ( $p < 0,05$ ) и CA2 ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Таким образом, хирургическая травматизация слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух у биологических объектов и последующий каскад стрессовых реакций, а также сенсорная депривация обонятельного анализатора у крыс приводит к патоморфологическим и патофизиологическим изменениям в гиппокампальной формации, проявляющихся в виде экспрессии белка p53 в нейронах пирамидного слоя гиппокампа.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ЭПИКАНТУСОВ И ВЫБОР МЕТОДА ЭПИКАНТОПЛАСТИКИ ОРИЕНТАЛЬНЫХ ВЕК

Глоба В. С., Миразагаламова Д. Н., Андреищев А. Р., Садыков Т. А., Анисимова Т. А., Ауезова Э. Т., Муслимов Д. К.  
*Клиника Quantum clinic, Алматы, Республика Казахстан*

Эстетические операции по коррекции или устранению этнического эпикантуса очень востребованы в евразийском регионе, но многие хирурги не берутся проводить эпикантопластику, из-за большого количества осложнений, технической сложности и сложности подбора метода оперативного вмешательства, это вызвано тем, что существует множество форм эпикантусов, но нет единой классификация и дифференциального подхода к выбору техники операции.

**Цель.** Оптимизация подбора методики эпикантопластики на основе классификации этнического эпикантуса, для получения наибольшего эстетического результата.

**Задачи.** Разработка и внедрение классификации эпикантуса пациентов азиатского морфотипа и описание алгоритма подбора метода эпикантопластики.

**Материалы и методы.** В докладе представлены результаты клинического исследования и анализа данных порядка 2000 пациентов, которым были выполнены операции по устранению эпикантуса. Анализ доступной научной литературы, посвященной особенностям медиального угла глаза ориентальных век, классификаций эпикантусов и способов оперативной коррекции эпикантальной складки.

**Результаты и выводы.** В результате анализа и проведенных исследований разработана клинически значимая классификация этнического эпикантуса по отношению к верхнему веку. Внедрение в клиническую практику пластического хирурга современного подхода к классификации эпикантуса, присущего пациентам азиатского морфотипа, значительно облегчило подбор вида оперативного вмешательства, упорядочило и систематизировало накопленные знания. Что, в свою очередь, позволило добиваться прогнозируемого эстетического результата и увеличить процент удовлетворенности..

## ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Горбачев А. А.  
*Клиника эстетической хирургии «Абриелль», Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, Кафедра анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ФП И ДПО, Санкт-Петербург*

**Цель.** Изучить современное представление литературных данных о профилактике послеоперационной тошноты и рвоты после оперативного вмешательства и изложить принципы ведения пациентов после пластических операций на лице (эндоскопический лифтинг лба, бро-

вей, средней зоны, нижняя трансконъюнктивная жиросберегающая блефаропластика, SMAS-пластика) для предотвращения синдрома послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР) в раннем послеоперационном периоде, уменьшая риск возможных осложнений, повышая удовлетворенность пациентов послеоперационным периодом.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни пациентов после пластических операций на лице, выполненные в клинике «Абриелль» за период с 2020 по 2023 г. В анализ было включено 180 пациентов. Возраст пациентов варьировал от 32 до 63 лет (средний возраст  $44 \pm 6,9$  лет). Пациенты были разделены на две группы: первая группа — пациенты в послеоперационном периоде получали препараты, купирующие ПОТР по требованию; вторая группа включила пациентов, которые получали медикаментозную коррекцию по предотвращению развития ПОТР (синдром послеоперационной тошноты и рвоты) на всех этапах лечения: начиная с премедикации, интра и послеоперационные периоды.

Результаты и выводы. В результате детального анализа проведенной работы мы пришли к выводу, что ПОТР (синдром послеоперационной тошноты и рвоты) является наиболее частыми побочным эффектом общей анестезии при пластических операциях на лице в раннем послеоперационном периоде, достигая от 30 до 80%. Помимо нарушения комфорта, тяжелая ПОТР может привести к различным осложнениям: расхождению хирургических швов, кровотечениям, что в свою очередь приводит к повторной госпитализации и операции в 1–2% случаев. Общепринятых стандартов для ведения таких пациентов в пластической хирургии нет, поэтому на фоне наших наблюдений мы разработали принципы ведения данной группы пациентов, которые заключаются в следующем: медикаментозная коррекция по предотвращению развития ПОТР (синдром послеоперационной тошноты и рвоты) должна быть на всех этапах лечения: начиная с премедикации, интра и послеоперационные периоды. В результате сравнительного анализа получены следующие данные: в первой группе сохранялись жалобы на тошноту и рвоту, во второй группе у 85% пациентов в раннем послеоперационном периоде данные симптомы полностью отсутствовали.

### ДЕЭПИДЕРМИЗИРОВАННЫЙ КОЖНО-ЖИРОВОЙ ЛОСКУТ В СТАБИЛИЗАЦИИ ИМПЛАНТАТА ПРИ ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Горбунов А. С., Ветшев Ф. П., Showen W., Mingchen S., Chengqian H., Аренина Н. Ю., Колесникова А. О., Аносова Е. Ю.

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

Реконструктивно-пластические операции (РПО) на молочной железе (МЖ) занимают значимое место в социальной и психологической реабилитации пациенток раком молочной железы (РМЖ). В настоящее время значительную роль играет кожножировая резекция МЖ с использованием ме-

тодов реконструктивной хирургии для восстановления ее формы, в том числе с применением различных имплантатов в рамках современного онкохирургического подхода. При этом стабильное положение имплантата соответствующее проекции МЖ в послеоперационном периоде, определяет результат хирургического лечения.

Цель. Улучшение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных РМЖ с использованием имплантатов и с учетом применения дезэпидермизированного кожно-жирового лоскута (ДЭКЖЛ).

Задачи. Разработать методику оптимального разреза при выполнении кожножировой мастэктомии (КСМ) с применением ДЭКЖЛ и имплантата. Разработать методику формирования и транспозиции аутологичных тканей для получения стабильности положения имплантата. Оценить состояние сформированного ДЭКЖЛ с применением УЗИ и технологии замера оксигенации тканей.

Материалы и методы. Нами проведен анализ хирургического лечения у 12 больных РМЖ 0–IV стадии без отдаленных метастазов возрастом от 29 до 62 лет, средний возраст  $\pm 48$  лет, у которых выполнены КСМ в Первом МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет). Больные были разделены на 2 группы: 1 группу составили 5 больных РМЖ T 1–2N0M0, люминального типа (ЛТ) «А», пролеченные по схеме: хирургическое лечение (ХЛ) + адъювантная химиотерапия (АХТ) или гормональная терапия. 2 группу составили 7 больных РМЖ T 1–2N1M0, ЛТ «В» с проведенной неоадъювантной химиотерапией + ХЛ + АХТ + лучевая терапия. В двух рассматриваемых группах больных применялся модифицированный разрез для выполнения мастэктомии по Madden. Длина и направление разреза определялись с учетом расположения опухоли в молочной железе и особенности формирования ДЭКЖЛ. Хирургический разрез учитывал кровоснабжение покровных тканей при выполненной КСМ. Формирование ДЭКЖЛ определялось индивидуально для каждой больной, но окончательное его положение определялось проекцией латерального края ложа имплантата. Во всех случаях выполнена одномоментная реконструкция с применением текстурированного имплантата. У 3 больных мастэктомия была выполнена без сохранения сосково-ареолярного комплекса в связи с близким расположением опухоли и полученным  $< 2$  мм положительным ростом опухоли при срочном гистологическом исследовании. Формирование кожного чехла производилось согласно предоперационной разметке и ее интраоперационной коррекцией при формировании ДЭКЖЛ. Выбор имплантата приводили согласно «пятну» МЖ и контрлатеральной МЖ. Осложнениями хирургического лечения в ближайшем послеоперационном периоде у оперированных больных явились: локальный поверхностный краевой некроз кожного чехла в области раны у 1 больной, послеоперационная гематома у 1 больной. Больным проведено консервативное лечение, дополнительного хирургического лечения у этих больных не потребовалось. Применение технологии измерения оксигенации тканей до выполнения разреза, интраоперационно позволило провести мониторинг насыщения кислородом гемоглобина в исследуемых тканях, оценить степень кровоснабжения ДЭКЖЛ и сохраненного кожного чехла. Оценка изменений значений сатурации на разных этапах операции позволила создать оптимальный участок аутологичных тканей. При

УЗИ, произведенном в дооперационном и на 3, 7, 15, 60 сутки после операции, изменений по макроскопическим показателям использованных аутологических тканей и их кровоснабжению не выявлено.

Результаты. Разработка оптимального разреза в области оперированной МЖ с применением ДЭКЖЛ позволяет сформировать необходимую проекцию ложа имплантата молочной железы в пределах мобилизованных тканей. В послеоперационном периоде при одномоментных РПО у больных РМЖ с применением адекватно сформированного ДЭКЖЛ достигнут необходимый стабильный результат положения имплантата. Осложнений хирургического характера, связанных с расширением объема оперативного вмешательства при применении ДЭКЖЛ отмечено не было.

Выводы. Применение ДЭКЖЛ с одномоментным применением имплантатов позволяет сохранить радикализм лечения и получить удовлетворительный эстетический результат в рамках онкохирургического подхода. Метод использования аутологических тканей уменьшает риск хирургических осложнений и может быть применен в хирургической практике.

## КОРРЕКЦИЯ КОНТУРНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ГОЛЕНЕЙ С ПОМОЩЬЮ ЛИПОФИЛИНГА

Грецкова Е. Е., Бурлова М. Г., Кочнева И. С.

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

Цель. Представить опыт выполнения липофилинга голени хирургами клиники «Абриелль», который, являясь альтернативой эндопротезам голени, позволяет корректировать асимметрию и увеличивать объема голени; выполнять коррекцию ложной и небольшой истинной варусной деформации голени с хорошим стабильным эстетическим результатом и высокой удовлетворенностью пациентов. Липофилинг позволяет скорректировать и улучшить контур нижней конечности в целом, приближая ее к идеалу и создавая каждый раз индивидуальную форму ног.

Материалы и методы. Нами были проанализированы истории болезней, операционные протоколы, а также предоперационные и послеоперационные фотографии, на основании которых была выполнена оценка результатов, 131 пациента выполнявших липофилинг голени с 2010 по 2022 г. Срок наблюдения составил от 4 месяцев до 12 лет. Возраст пациенток варьировался от 20 до 67 лет. У всех пациентов перед операцией определялся тип контурной деформации мягких тканей голени по классификации «Контурные деформации нижних конечностей», предложенной Сарухановым Г. М. и Левицкой М. Г. в 2014 г., адаптированной к потребностям пластических хирургов, которая позволяет, в зависимости от типа распределения мягких тканей, выбрать правильный способ коррекции. Всем пациенткам был выполнена коррекция деформацией голени, увеличение, улучшение формы икр и коррекция контуров ног в целом с помощью

пересадки жира. Объем введения жировой ткани внутримышечно в область голени составлял от 40 мл (вторая сессия липофилинга для коррекции формы) до 170 мл жировой ткани в каждую голень. Подкожно размещалось от 20 мл до 150 мл. После выполнения предоперационных фотографий наносилась предоперационная разметка донорских зон (для изменения пропорций и контуров ног выполнялась липосакция внутренней поверхности бедер, голени и зон галифе) и реципиентной области (передняя, внутренняя, задняя поверхности голени, западения на задней поверхности нижней трети голени, области подколенных ямок и щиколоток). Забор жировой ткани осуществлялся под давлением 300–400 мм рт. ст., с помощью вибрولیпосакции и канюль типа Multihole, диаметром 3,0 мм. Подготовка жирового трансплантата выполнялась в закрытом липоколлекторе для ограничения контакта с воздухом. Для очищения жира выполнялось многократное промывание физраствором до желто-розового цвета и декантация в течение 40–45 минут. Жировая ткань набиралась в 20.0 мл шприцы для удобства выполнения инъекций. Аутологичный трансплантат вводился через проколы иглой 16G на передней поверхности голени, отступая кнутри от переднего края большеберцовой кости. Инъекции жира выполнялись канюлями Coleman type I 2,0 мм, длиной 15,0–20,0 см с соблюдением техники. Первым этапом жировая ткань размещалась внутримышечно по передне-внутренней и верхних 2/3 задней поверхности голени сначала глубоко, а затем подкожно. Только подкожно жировая ткань вводилась в области лодыжек, нижних третей задней поверхности голени. Кожные разрезы ушивались отдельными узловыми швами нитью «Пролон 5/0».

Результаты и выводы. Спустя 3 месяца после операции по окончании приживления жировой ткани, пациенты, возвращаясь к физическим нагрузкам, отмечали значительное увеличение икроножных мышц в объеме, нежели до операции. Введение 100–120 мл жира интрамускулярно позволяет добиться максимального увеличения объема голени, подкожным введением 100–140 мл корректировались явные зоны западений, и окончательно создавалась форма. Для симметризации объема подкожно вводилось разное количество жировой ткани справа и слева от 20 мл до 150 мл. Процент осложнений после липофилинга голени в нашей практике составил около 5%. Чаще всего возникали такие осложнения, как жировые кисты (в 1 случае), уплотнения и неровности контура (2 случая), а также панникулит (3 случая). Их количество составляет и определяется правильностью соблюдения методики липофилинга хирургом и послеоперационных рекомендаций пациентом. У всех пациентов было достигнуто стойкое увеличение объема, улучшение контуров ног и формы голени и все они согласились с тем, что применение липофилинга было лучшим решением. Благодаря расширению области введения жировой ткани за счет грамотного нанесения разметки, а также введение жира внутримышечно и подкожно можно распределить большее количество жировой ткани с высоким процентом аугментации и приживления, что позволяет добиться стабильного результата за одну процедуру.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕ

Грецкова Е. Е., Бурлова М. Г., Кочнева И. С., Евлахова Н. А.

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

Цель. Представить опыт клиники «Абриелль» в восстановлении пациентов после пластических операций на лице. Оценить влияние выполнения с первых суток после операции перевязок в комплексе с восстановительными процедурами, сочетания нескольких методов физиотерапевтического и/или иного воздействия, в сокращении сроков восстановления, обеспечении физического и психологического комфорта пациента, сокращении лекарственной нагрузки и сроков пребывания пациентов в стационаре. Отметить влияние выполнения восстановительных процедур в послеоперационном периоде на снижение проявления побочных эффектов, рисков возникновения послеоперационных осложнений, сохранение и улучшение эстетического результата, достигнутого в ходе операции.

Материалы и методы. Нами были проанализированы истории болезней, амбулаторные карты, а также стандартизированные предоперационные и послеоперационные фотографии, на основании которых была выполнена оценка результатов, 2572 пациентов, в возрасте от 18 до 70 лет, выполнявших пластические операции на лице (эндоскопический лифтинг, СМАС-пластика и их сочетания) с 2017 по 2022 г. Пациенты были разделены на 2 группы: первую группу составили пациенты, выполнявшие восстановительные процедуры (1783 пациента), а вторую группу составили пациенты, отказавшиеся от проведения восстановительных процедур (789 пациентов). Распределение по возрасту в группах было примерно одинаковым и составило 46,7 лет в первой группе пациентов, 44,9 лет — во второй группе.

Результаты и выводы. В результате сравнительного анализа нами были получены следующие данные у 77,7% (1386 пациентов) на 10 сутки после операции наблюдалась выраженная положительная динамика: практически отсутствовали все побочные явления, такие как кровоподтеки, отечность, восстанавливалась чувствительность и мимическая активность. Только у 22,3% (397 пациентов) на 10 сутки после операции отмечалась умеренно положительная динамика схождения отеков, рассасывания кровоподтеком и восстановления чувствительности. Что касается группы пациентов, которым не выполнялись восстановительные процедуры в раннем послеоперационном периоде, то лишь у 11,7% (92 пациента) отмечалась слабо положительная динамика побочных послеоперационных явлений. Пластическая операция, являясь травмой, вызывает в организме, и непосредственно в зоне операции, каскад сменяющих друг друга фаз воспалительной реакции: альтеративно-экссудативная, инфильтративно-пролиферативная, репаративная регенерация. И именно послеоперационная реабилитация является одной из важных составляющих получения эстетического результата после пластических операций на лице. Операция и нанесенная в результате нее травма формирует каскад воспалительных реакций, порочный круг, которые усиливают застойные явления в зоне операции. В результате спаз-

ма сосудов на травму возникают нарушения гемодинамики кратковременный спазм сосудов и расширения микрососудов. В связи с этим возникает нарушение микроциркуляции, недостаточная перфузия тканей и, как следствие гипоксия. Все это приводит к развитию локального ацидоза. Активность этих процессов снижается к концу первой недели при неосложненном течении. В раннем послеоперационном периоде восстановительные процедуры направлены на снижение выраженности побочных явлений операции, таких как болезненность, отечностью мягких тканей лица, кровоподтеки, парестезии, чувство «натяжения» мягких тканей. Применение восстановительных процедур с первых суток после операции и комплексность воздействия позволяет значительно ускорить этот процесс. Таким образом, после проведения пластических операций уже с первых суток актуальными являются рациональный уход и реабилитация, которые направлены на уменьшение выраженности нежелательных явлений, снижение риска осложнений, снижение лекарственной нагрузки, восстановление поврежденных тканей, увеличение продолжительности эффектов хирургического омоложения и улучшение качества жизни пациентов. Кроме того, ежедневные восстановительные процедуры позволяют сократить сроки восстановления и позволяют пациентам как можно скорее вернуться к привычному образу жизни, а также обеспечивают психологический и физический комфорт пациента в процессе прохождения реабилитации.

## БУЛХОРН — КАК ПОЛУЧИТЬ ИДЕАЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Грецкова Е. Е., Кочнева И. С., Бурлова М. Г.

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

Цель. Представить клинический опыт выполнения операции Булхорн. Определить показания для изолированного выполнения Булхорн-пластики. Описать особенности техники операции и после операционного ведения, для формирования стабильного, эстетичного результата.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов операций у 512 пациентов, в отдаленном послеоперационном периоде, который составил от 3 месяцев до 12 лет. Возраст пациентов варьировался от 18 до 73 лет. Были изучены истории болезней, операционные протоколы, а также предоперационные и послеоперационные фотографии, на основании которых была выполнена оценка результатов. Осложнения были выявлены у 15 пациентов (2,9%). Их количество определяется правильностью соблюдения методики выполнения операции Булхорн хирургом и послеоперационных рекомендаций пациентом. У всех пациентов перед операцией определялись показания к проведению Булхорн: удлиненная кожная часть верхней губы (более 15,0 мм); подворачивание красной каймы верхней губы внутрь; асимметричная кожная часть верхней губы, отсутствие визуализации верхних резцов при артикуляции. Разметка выполнялась в вертикальном положении. Верхняя линия разреза наносится по краю основания контура

ноздрей, не выходя латерально за середину основания крыла носа. Ширина иссекаемого участка кожи зависит от высоты верхней губы, от ее формы. Чем шире основание носа, тем шире был иссекаемый участок кожи (у женщин это 5–7 мм, у мужчин до 10 мм). Если необходимо было поднять всю губу, оставив форму прежней, то ширина иссекаемого фрагмента кожи — одинаковая по всей длине. При необходимости приподнять больше латеральные края губ — под ноздрями иссекаемый участок кожи размечался шире, а по центру уже, либо иссечение кожи выполнялось только под ноздрями. И, наоборот, при необходимости получить четкую М-форму верхней губы приподнять ее посередине, ширина иссекаемой полоски размечалась больше по центру и меньше по краям. В конце разметки измерялось оставшееся расстояние от нижнего края нанесенной линии до контура верхней губы. Оно должно быть одинаковым по краям и меньшим по центру, но не менее 10–15 мм. Нижняя линия проводилась параллельно верхней, с учетом имеющейся асимметрии. Операция чаще всего выполнялась под местной анестезией, или внутривенной седацией. Перед разрезом выполняется гидропрепаровка области оперативного вмешательства раствором Lidocaini 10% с раствором Adrenalini 0,1% 1:1000. После гидропрепаровки, в местах, где срединная линия пересекает верхнюю и нижнюю линии разметки, скальпелем наносится метка в виде «галочки». Дальнейший разрез выполняется строго по предоперационной разметке, иссекается участок кожи с подкожно-жировой клетчаткой в пределах выделенного периметра, проводится гемостаз. Выполняется отслойка кожи вдоль нижней линии разреза шириной до 5–7 мм с целью снятия натяжения с кожный краем раны и получения выворота красной каймы. Закрытие раны начинается с подшивания дермы глубокими фиксирующими узловыми швами нитью Монокрил 3/0. один в области перегородочного хряща и два у основания крыльев носа с фиксацией к надкостнице основания грушевидного отверстия. Субдермальные швы накладываются непрерывным швом Монокрил 4/0. Для наложения третьего ряда швов мы используем Пролен 5/0 интрадермально с выходом в области ноздрей для удобного снятия шва в дальнейшем. Результаты и выводы. Спустя 3 месяца после операции по окончании схождения основных отеков, пациенты отмечали удовлетворительную форму верхней губы, визуализацию верхних резцов при мимике, устранение асимметрии, гармонизацию и омоложение лица в целом. Правильно подобранная разметка относительно формы губы пациента обеспечила получение желаемого результата. Наложение глубоких фиксирующих швов к надкостнице основания грушевидного отверстия и у перегородочного хряща позволили добиться стойкого результата и формирования тонкого малозаметного послеоперационного рубца у основания носа. Удаление полоски кожи шириной более 5 мм у женщин и более 7 мм у мужчин и отслойка кожного лоскута вдоль нижней линии разреза обеспечивает разворот красной каймы верхней губы и видимый, стойкий, длительный результат укорочения кожной части верхней губы. Необходимо помнить, что форма и объем губ играют важную роль в эстетической привлекательности лица. Изолированно Булхорн выполняется при отсутствии признаковптоза лица. Если у пациента уже имеется птоз центрального овала лица, Булхорн необходимо выполнять только в составе омолаживающей операции.

## ЛИПОСАКЦИЯ — ИДЕАЛЬНЫЙ КОНТУР ТЕЛА

Грецкова Е. Е., Бурлова М. Г., Кочнева И. С.

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

Цель. Представить клинический опыт применения липосакции, опираясь и соблюдая критерии отбора пациентов. Определить показания для изолированного выполнения липосакции, а также сочетания ее с другими пластическими операциями и/или аппаратными методиками. Описать особенности техники операции и послеоперационного ведения, формирующие гармоничный и стабильный результат. Материалы и методы. Нами были проанализированы истории болезней, операционные протоколы, а также стандартизированные предоперационные и послеоперационные фотографии, на основании которых была выполнена оценка результатов. С 2010 по 2022 г. в клинике липосакция была выполнена 1215 пациентам изолированно или в сочетании с другими пластическими операциями. Срок наблюдения составил от 4 месяцев до 12 лет. Возраст пациенток варьировался от 18 до 67 лет. Все пациенты были распределены на 2 группы: первую группы составили пациенты с ИМТ 18–22 кг/м<sup>2</sup>, хорошим тургором кожи, без избытков кожи, которым была выполнена изолированная липосакция — 608 пациентов (50%). Во вторую группы вошли пациенты с ИМТ 22–31 кг/м<sup>2</sup>, сниженным тургором кожи и выраженным ее избытками, которым была выполнена липосакция в сочетании с пластическими операциями, направленными на устранение избытков кожи, а именно абдоминопластика, бодилифт, брахиопластика, фемороластика, подтяжка ягодиц — 607 пациентов (50%). Объем детрита составил в среднем 3,0 литра. Доступы для липосакции выполнялись в естественных складках и малозаметных местах с помощью инструмента Рокаг. Для защиты краев кожи в ходе липосакции от осаднения использовались силиконовые порты. Для инфльтрации применялся инфльтрационный раствор: на 1 литр NaCl 0,9+0,1% «Адреналин» 2,0 мл + 2% «Лидокаин» 25,0 мл. Инфльтрация выполнялась в тумесцентной технике на двух уровнях. По окончании липосакции оценивалась равномерность толщины лоскута, она составила 1,0–1,5 см с гладкими переходами по краям. По окончании липосакции выполняется тейпирование обработанных зон для предотвращения образования гематом и сером в послеоперационном периоде, а также для снижения отеков и перераспределения кожи в местах липосакции, что обеспечивало лучшее сокращение. Сверху надевается компрессионное белье. Забор жировой ткани осуществлялся с помощью вибролипосакции и канюль типа Multihole и Mercedes диаметром 3,0 и 4,0 мм соответственно. Кожные разрезы ушивались отдельными узловыми швами нерассасывающимся шовным материалом. Для профилактики осложнений и рационального сокращения кожи выполнялось тейпирование зон липосакции. Обязательно надевалось компрессионное белье для создания равномерной компрессии, которое пациентки носили постоянно 4 недели и еще 2 недели, снимая только на ночь. Результаты и выводы. Через 6 мес. после операции у всех пациентов (в первой и во второй группе) результат оценивался как удовлетворительный. Для получения идеального

контура тела необходима грамотная оценка совокупности критериев отбора пациента. Необходимо учитывать ИМТ, возраст пациента, тургор его кожи, наличие или отсутствие избытков кожи. Идеальный результат липосакции будет только в том случае, когда происходит коррекция всех контуров тела, а не отдельных зон. Нельзя измерять зоны липосакции «ладошками», необходимо оценивать область в целом, чтобы гармонично менять пропорции тела и обеспечивать стабильность результата. При сниженном тургоре кожи или ее умеренных избытках, необходимо дополнять липосакцию аппаратными методами, такими как игольчатый RF-лифтинг и/или фракционное лазерное омоложение. При очевидных избытках кожи и ее дряблости необходимо выполнять иссечение кожи и сочетать абдоминопластику с другими пластическими операциями, такими как абдоминопластика, бодилифт, брахиопластика, подтяжка бедер, ягодич. При грамотном соблюдении протокола липосакции полностью меняются пропорции тела, делает фигуру спортивнее, женственнее, тоньше, элегантнее. На сегодняшний день, липосакция является одной из самых востребованных пластических операций. Пациенты очень требовательны к результату и частый запрос: создание не только стройного, но и спортивного рельефного тела, что предъявляет высокие требования к мастерству хирурга и оборудованию.

Выводы. При грамотном соблюдении критериев отбора пациентов и техники операции, липосакция в изолированном варианте является высокоэффективной методикой контурирования и изменения пропорций фигуры. Однако, для создания идеальных контуров тела, зачастую ее необходимо сочетать с другими видами пластических операций.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕ

Грецкова Е. Е., Бурлова М. Г., Кочнева И. С., Евлахова Н. А.

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

Цель. Представить опыт клиники «Абриелль» в восстановлении пациентов после пластических операций на лице. Оценить влияние выполнения с первых суток после операции перевязок в комплексе с восстановительными процедурами, сочетания нескольких методов физиотерапевтического и/или иного воздействия, в сокращении сроков восстановления, обеспечении физического и психологического комфорта пациента, сокращении лекарственной нагрузки и сроков пребывания пациентов в стационаре. Отметить влияние выполнения восстановительных процедур в послеоперационном периоде на снижение проявлений побочных эффектов, рисков возникновения послеоперационных осложнений, сохранение и улучшение эстетического результата, достигнутого в ходе операции.

Материалы и методы. Нами были проанализированы истории болезней, амбулаторные карты, а также стандартизированные предоперационные и послеоперационные фотографии, на основании которых была выполнена оценка результатов, 2572 пациентов, в возрасте от 18 до 70 лет,

выполнявших пластические операции на лице (эндоскопический лифтинг, СМАС-пластика и их сочетания) с 2017 по 2022 г. Пациенты были разделены на 2 группы: первую группу составили пациенты, выполнявшие восстановительные процедуры (1783 пациента), а вторую группу составили пациенты, отказавшиеся от проведения восстановительных процедур (789 пациентов). Распределение по возрасту в группах было примерно одинаковым и составило 46,7 лет в первой группе пациентов, 44,9 лет — во второй группе.

Результаты и выводы. В результате сравнительного анализа нами были получены следующие данные у 77,7% (1386 пациентов) на 10 сутки после операции наблюдалась выраженная положительная динамика: практически отсутствовали все побочные явления, такие как кровоподтеки, отечность, восстанавливалась чувствительность и мимическая активность. Только у 22,3% (397 пациентов) на 10 сутки после операции отмечалась умеренно положительная динамика схождения отеков, рассасывания кровоподтеком и восстановления чувствительности. Что касается группы пациентов, которым не выполнялись восстановительные процедуры в раннем послеоперационном периоде, то лишь у 11,7% (92 пациента) отмечалась слабо положительная динамика побочных послеоперационных явлений. Пластическая операция, являясь травмой, вызывает в организме, и непосредственно в зоне операции, каскад сменяющих друг друга фаз воспалительной реакции: альтеративно-экссудативная, инфильтративно-пролиферативная, репаративная регенерация. И именно послеоперационная реабилитация является одной из важных составляющих получения эстетического результат после пластических операций на лице. Операция и нанесенная в результате нее травма формирует каскад воспалительных реакций, порочный круг, которые усиливают застойные явления в зоне операции. В результате спазма сосудов на травму возникают нарушения гемодинамики кратковременный спазм сосудов и расширения микрососудов. В связи с этим возникает нарушение микроциркуляции, недостаточная перфузия тканей и, как следствие гипоксия. Все это приводит к развитию локального ацидоза. Активность этих процессов снижается к концу первой недели при неосложненном течении. В раннем послеоперационном периоде восстановительные процедуры направлены на снижение выраженности побочных явлений операции, таких как болезненность, отечностью мягких тканей лица, кровоподтеки, парестезии, чувство «натяжения» мягких тканей. Применение восстановительных процедур с первых суток после операции и комплексность воздействия позволяет значительно ускорить этот процесс. Таким образом, после проведения пластических операций уже с первых суток актуальными являются рациональный уход и реабилитация, которые направлены на уменьшение выраженности нежелательных явлений, снижение риска осложнений, снижение лекарственной нагрузки, восстановление поврежденных тканей, увеличение продолжительности эффектов хирургического омоложения и улучшение качества жизни пациентов. Кроме того, ежедневные восстановительные процедуры позволяют сократить сроки восстановления и позволяют пациентам как можно скорее вернуться к привычному образу жизни, а также обеспечивают психологический и физический комфорт пациента в процессе прохождения реабилитации.



## ПЛАНИРОВАНИЕ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ ГОЛЕНЕЙ

Грицюк А. М., Мариничева И. Г.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Российский университет дружбы народов, НАО «Медлаз», Москва*

Контурная пластика голеней силикагелевыми имплантатами является достаточно популярной операцией. При правильном выполнении вмешательство не считается сложным и в 97% приводит к значительному или выраженному эстетическому улучшению. Однако доля пациентов, обращающихся для повторной коррекции полученного эстетического результата, в нашей практике составляет 12,4% от всех операций эндопротезирования голеней, что свидетельствует о наличии технических трудностей у пластических хирургов как при планировании, так и при проведении контурной пластики нижних конечностей.

Цель. Определить наиболее частые причины, приводящие к повторным операциям после контурной пластики голеней силиконовыми имплантатами, и разработать матрицу имплантатов, способствующую улучшению полученных результатов.

Материал и методы. Основу работы составили 105 пациентов, повторно оперированных в связи неудовлетворительным результатом после контурной пластики голеней силикагелевыми имплантатами в период с 2000 по 2023 г. Всем пациентам выполнена замена стандартных имплантатов на имплантаты по дизайну Мариничевой (патент № 2671587 RU), вначале на индивидуально изготовленные для каждого конкретного пациента, в последующем на имплантаты икроножной мышцы Нью-Сил® (РУ № РЗН 2023/19942). Имплантаты подбирали по длине в соответствии с инструкцией по применению. Необходимое условное сечение имплантата рассчитывали, как произведение требуемого прироста тканей в медиальном направлении на передне-задний размер голени.

Результаты. Наиболее частыми причинами повторных операций был неправильный подбор силиконовых имплантатов во время первичной операции — 71 пациент (67,6%). Неправильный подбор по ширине и проекции наблюдали в 46,7%, неправильный подбор по длине — в 21,0% случаев, что во многом обусловлено узким модельным рядом существующих на рынке стандартных имплантатов. Нарушение техники выполнения операции встречалось в 5 раз меньше и составило 13,3%. Расширение модельного ряда имплантатов и использование разработанных шаблонов облегчило подбор имплантатов. После замены имплантатов на должные по размеру все пациенты отметили выраженное эстетическое улучшение (3 балла по шкале GAIS).

Выводы. Тщательное планирование контурной пластики голеней и правильный подбор имплантатов позволяют избежать повторных операций. Для достижения оптимального результата следует использовать индивидуально изготовленные по размеру имплантаты или использовать при подборе матрицу имплантатов икроножной мышцы Нью-Сил®, которая дает возможность подбирать имплантаты как по длине, так и независимо по условному сечению.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРРАСТЯЖИМЫХ ВЕК

Грищенко С. В., Ушано Г. Т.

*ООО «ТОПКЛИНИКА Эстетической Медицины», Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России, Москва*

Синдром гиперрастяжимых век (СГВ) (от англ. floppy eyelid syndrome) представлен в доступной специализированной литературе как достаточно редкое заболевание, при котором веки, становясь сверхэластичными, легко растягиваются, а верхние веки 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 сочетаться с инволюционными, местными и системными заболеваниями. Тем не менее, СГВ часто может оставаться незамеченным, и, следовательно, его распространенность явно недооценена.

Цель. На основании клинических проявлений СГВ разработать алгоритм хирургического лечения данной категории пациентов.

Задачи:

1. Провести анализ клинических признаков СГВ
2. Разработать принципы хирургической реабилитации пациентов с СГВ.

Материалы и методы. 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 2021 г. Из них 44 мужчины (12,0%) и 324 женщины (88,0%) от 43 до 68 лет. Из общего количества выявлено 87 пациентов (23,6%) с СГВ, 13 мужчин (3,5%) и 74 женщины (20,1%).

Все 87 пациентов 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 кнаружи, отсутствие прилегания нижнего века к глазному 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.

Результаты. При планировании блефаропластических операций учитывали наличие у пациентов с СГВ растяжения, истончения тарзальных пластинок, растяжения связочного аппарата, в том числе канталых 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-апоневротиче-

ской фиксации (Грищенко С. В., 2007 г.) при гипоплазии или аплазии естественных складок, 2) подшивание слезных желез к надкостнице верхне-внутреннего края орбиты при их птозе, 3) укрепления тарзальных пластинок нижних 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 канталых 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 микротокмальный лимфодренаж, ультрафонофорез с гидрокортизоном, LED фотодинамическую терапию, миогимнастику, ношение силиконовых накладок, CO<sub>2</sub> 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.

Выводы. 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.

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

Грищенко С. В., Ушано Г. Т.

ООО «ТОПКЛИНИКА Эстетической Медицины», Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России, 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 (псевдоблефарохлазис) и может оставаться длительное время не заметной для него. Птоз брови характеризуется следующим симптомокомплексом: положением всей брови

(головка, тело, хвост) или наружной ее части (хвост) ниже верхнего края орбиты, уменьшением расстояния от нижнего края брови до верхнего ресничного края, псевдоблефарохлазисом, расслабленностью мягких тканей верхней трети лица.

Цель. Разработка оптимально эффективных и малотравматичных методов коррекции псевдоблефарохлазиса в разных клинических ситуациях.

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.

Материалы и методы. 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, псевдоблефарохлазис в виде «шторок» с инволюционными изменениями 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, инволюционными изменениями 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, псевдоблефарохлазис в сочетании с расслабленностью, свободным смещением, признаками гиперэластичности и инволюционными изменениями III степени мягких тканей верхней трети лица.

Результаты. Отдаленные результаты от 1 года до 3 лет в 1 и 2 группах показали минимальную потерю коррекции после применения височного доступа и после иссечения кожи над бровями.

Выводы. 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.

## МАСТОПЕКСИЯ С ОДНОМОМЕНТНОЙ АУГМЕНТАЦИЕЙ И БЕЗ НЕЕ. НАШ ОПЫТ ПОЛУЧЕНИЯ СТАБИЛЬНЫХ МНОГОЛЕТНИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Гузик А. А., Яссин Л. Р.

Клиника «Артпластик», ООО «Брейнап», Москва

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 234 пациенток и сделаны выводы о наиболее эффективном сочетании приемов при выполнении Т-образной мастопексии с имплантами и без них.

Материалы и методы. С 2020 по 2023 г. были прооперированы 234 пациентки с птозом молочных желез различной степени. Из них у 85 была выполнена Т-образная мастопексия без имплантов, у 149 были использованы импланты. Возраст пациенток 27–45 лет. У всех пациенток была применена модернизированная методика формирования дермоглангулярного лоскута, импланты были установлены субмускулярно, при это в 63% случаев использовались импланты высокого профиля, а в остальных — среднего профиля. При мастопексии без имплантов во всех случаях была проведена редукция на верхней/верхне-медиальной ножках, а также формирование дермоглангулярного лоскута. 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. На наш взгляд Т-образная мастопексия (с имплантами или без) является универсальным способом решения проблем любой степени птоза молочных желез. Ключом к решению проблемы деформации по типу «водопада» в обоих случаях является адекватная редукция с использованием верхней или верхне-медиальной сосудистых ножек. При подтяжке груди с имплантами еще одной задачей является обеспечение его стабильного, но не слишком

жесткого положения. Достичь этого нам помогает формирование дермоглангулярного лоскута — который является хорошей опорой для импланта, при этом позволяя ему опускаться вместе с железой в течение 2–3 лет (по нашим наблюдениям на 1–1,5 сантиметра с обеих сторон). Тот же дермоглангулярный лоскут, сформированный иным образом и подшитый к большой грудной мышце сверху, помогает нам увеличить проекцию САК у пациенток, которым выполняется подтяжка без имплантов. Кроме того, при выполнении мастопексии с имплантами проблемы риплинга и пальпируемости имплантов решается с помощью плотного убивания ткани железы и липофилингом (при необходимости).

Выводы. С помощью комбинации методик (Т-образная мастопексия с использованием дермоглангулярного лоскута, редукции при необходимости, формирование плотного субмускулярного кармана для импланта, липофилинг и ушивание железистой ткани в нижней полюсе) можно достичь долгосрочного оптимального результата при мастопексии.

## ВОПРОСЫ ГЕОМЕТРИИ ПОЛИМЕРНЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Давыдов Д. В., Баранова Н. А.

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

С 70-х годов XX века активно используются полимерные материалы в качестве имплантатов-эндопротезов в реабилитации пациентов с различными формами анофтальма.

Цель. Оценить клинические проявления и особенности рентгенологической картины у пациентов с приобретенным анофтальмом после эндопротезирования имплантатами с измененной геометрией.

Материал и методы. Исследование базируется на анализе 30 пациентов с приобретенным анофтальмом после энуклеаций (23) и эквисцераций (7) в различных методиках выполнения и имплантации эндопротеза, выполненного из политетрафторэтилена отечественного производства. Всем больным выполнено МСКТ-исследование глазниц по единому алгоритму.

Результаты. Нами подтверждены факты внесения изменений в геометрию имплантированных сферических имплантатов, при этом параметры измененной части сфер были различны и составили от 14 до 18 мм конечных диаметров при исходных диаметрах сфер от 18 до 20 мм. Выявлено уменьшение объема сфер с измененной геометрией от 0,114 до 0,651 см<sup>3</sup> при исходных диаметрах от 18 до 20 мм.

Выводы. Внесение изменений в геометрию орбитальных сферических имплантатов не приводит к повышению результатов косметического протезирования у пациентов, увеличивает процент обнажения имплантатов на разных сроках после операции и вызывает проявления анофтальмического синдрома.

## МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ РЕКОНСТРУКЦИИ В РАННЕМ РАНЕВОМ ПЕРИОДЕ БАЛЛИСТИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ. СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ УСПЕШНОГО ВНЕДРЕНИЯ В ХОДЕ СОВРЕМЕННОГО КОНФЛИКТА

Дикарев А. С., Мантарджиев Д. В., Сергеев И. С., Сычев В. И.,  
Батырев А. В., Овсяян Г. С.

ООО «Аэстетик коллектив», Луганская республиканская  
клиническая больница ЛНР, Краевая клиническая больница  
скорой медицинской помощи, Краснодар, Луганск

Характеристики боевой травмы в разрезе последних десятилетий меняются в связи с изменениями способа ведения и тактики военных действий. В результате изменения соотношения количества фатальных ранений и травм, не несущих угрозу жизни, медицинские учреждения второй и третьей линии столкнулись с большим количеством пациентов с травмами конечностей и челюстно-лицевой области. При классических методах ведения и лечения ран без реконструктивно-пластических операций медицинские учреждения сталкиваются со значительным увеличением сроков оборота койки и переполнением отделений в условиях ведения боевых действий. Окончательное хирургическое восстановительное лечение часто происходит с задержкой в связи с многоэтапностью медицинской эвакуации раненых. Большинство дорогостоящих реконструктивных микрохирургических вмешательств по-прежнему выполняются в специализированных хорошо оснащенных федеральных центрах на поздних сроках после травмы. В связи с упомянутым при лучшем сценарии увеличиваются сроки посттравматической реабилитации, а при худшем —кратно снижается качество жизни и ограничивается или исключается возможность полной физической и социальной реабилитации.

Цели и задачи. Анализ эффективности выполнения микрохирургических операций на ранних сроках после травмы в зоне СВО в условиях ограниченных материальных и кадровых ресурсов.

Материалы и методы. Собственный опыт проведения микрохирургических операций хирургами задействованными в течение 10-месячного периода с 2022 по 2023 г. на базе отделения микрохирургии кисти ГУ «ЛРКБ» ЛНР зоне СВО. Результаты и обсуждение. Выполнено шестьдесят две реконструктивно-пластические операции, из них с применением микрохирургической техники сорок семь (73%). Было использовано 11 типов лоскутов. Потеря лоскута наблюдалась в одном случае (1,6%). Сроки выполнения реконструктивных операций составили 12–60 суток.

Выводы. Представленный опыт показал, что хирургические бригады могут выполнять сложные реконструктивные операции в условиях ограниченных ресурсов. Этот опыт актуален не только для лечения боевой травмы, но и для децентрализация микрохирургической службы гражданского населения.

## ОПЕРАЦИЯ ОЛИВАРИ. РЕДУКЦИЯ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ С ТРАНСПОЗИЦИЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КАК НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭОП

Дикарев А. С., Сычев В. И., Сергеев И. С., Мантарджиев Д. В.,  
Батырев А. В.

ООО «Аэстетик коллектив», Краснодар

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) является осложнением всех заболеваний характеризующихся тиреотоксикозом. Ежегодно ЭОП диагностируется у 16 женщин, и у 2,9 мужчин на 100 тыс. населения, что обуславливает необходимость эффективного алгоритма лечения. В настоящий момент существует 3 основных направления в терапии ЭОП: консервативная терапия, лучевая терапия и хирургическое лечение. У каждого из методов есть ограничения. Консервативная терапия может быть эффективна только при легкой степени ЭОП. По данным ряда источников лучевая терапия эффективна только в 60% случаев. Иными словами почти каждый второй пациент со средней и тяжелой степенью ЭОП Хирургическое лечение ЭОП основывается на двух основных принципах. Декомпрессия орбиты за счет уменьшения объема параорбитальной клетчатки и резекции гипертрофированных глазодвигательных мышц. Декомпрессия орбиты за счет резекции стенок орбиты и увеличения пространства для содержимого. При резекции орбитального жира возможно уменьшить экзофтальм в среднем на 5–6 мм, функция глазодвигательных мышц может страдать при их резекции. Редукция медиальной и латеральной стенок глазницы связано с развитием таких осложнений как ликворрея и нарушение чувствительности параорбитальной области. Цель и задачи. Анализ эффективности, количества осложнений при проведении декомпрессии орбиты по методике резекции нижней стенки орбиты с транспозицией мягких тканей периорбитальной области как метода лечения ЭОП.

Материалы и методы. Был ретроспективно проанализирован опыт выполнения операций по данной методике. Оперативное лечение проводилось после достижения пациентами эутиреоидического состояния. В исследование включены только пациенты, имевшие среднюю степень ЭОП. Эффективность оперативного лечения оценивалась по следующим критериям — устранение явлений ЭОП и отсутствие осложнений связанных с оперативным лечением. Результаты и обсуждение. Выполнено 21 таких операций (42 глазницы). Операции выполнялись с использованием видеозэндоскопических технологий. 21 операция выполнено одновременно с омоложением периорбитальной области. Использовался прием усиления опорности тканей за счет перевода лицевого вектора в положительный путем транспозиции мягких тканей, а именно малярного мешка под нижний край орбиты. В 19 (90,5%) случаях удалось полностью устранить явления ЭОП. В двух наблюдениях (9,5%) степень выраженности ЭОП после оперативного лечения снизилась до легкой. Осложнений после оперативного лечения ни в одном из случаев выявлено не было.

Выводы. Результаты этой работы показывают, что данная методика имеет ряд преимуществ перед основными принятыми техниками и их комбинациями. Транспозиция мяг-

ких тканей периорбитальной области дает гармоничный результат, отсутствие визуальных стигм оперированного лица, стабильность результатов. Для получения большего объема данных будет продолжено проведение операций по данной методике.

## РЕШЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ОМОЛОЖЕНИИ ЛИЦА

**Диомидов И. А.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Акционерное общество «Медицинские технологии»*

Сегодняшняя повестка омолаживающей хирургии лица перенасыщена техническими предложениями, а какой-либо упорядочивающей иерархии методов или технологии их выбора найти невозможно.

Цель. Оптимизировать выбор тактики хирургической коррекции возрастных изменений.

Одной из задач был анализ существующих подходов к проблеме и апробация имеющихся систематизаций возрастных изменений в клинической практике.

Материалы и методы. Мы проводили соотнесение лиц пациенток с различными морфотипами по И.И. Кольгуненко, градирование по визуальным шкалам А.А. Адамяна, Hester-Nahai, D. Baker и другим в надежде получить квалификацию возрастных изменений, которая была бы способна стать определителем хирургической тактики. Другой задачей был ответ на вопрос, насколько такие антропометрические показатели, как высота и ширина лица, их соотношение, конфигурация, и другие позволяют понять, какие хирургически маневры будут правильными. Метод нашей работы — клинический: выполнение и анализ омолаживающих операций у 153 пациенток со сроками наблюдения до 5 лет. Результаты анализа литературы и собственного опыта показали, что все существующие в настоящее время классификации и системы оценок не являются объективными и не могут таковыми стать, и разработка собственной методики оценки возрастных изменений лица с целью определения хирургической тактики не имеет практического смысла, учитывая многообразие вариантов строения лица, национальных особенностей, субъективных взглядов на эстетику лица.

Результаты. Основным результатом нашей работы явилась выработка хирургической стратегии, основанной на выявлении индивидуальных потребностей пациентов. Установлено, что ни факт наличия, ни степень выраженности тех или иных признаков старения не являются определителями тактики. Казалось бы, схожие возрастные изменения беспокоят пациентов в разной степени и часто требуют различных методик хирургической коррекции. Задачи коррекции одной и той же зоны лица у пациентов с разным типом возрастных изменений могут решаться противоположным образом.

Правильным подходом является определение клинической значимости тех или иных возрастных изменений лица и на этой основе субординирование вариантов хирургиче-

ских техник коррекции (выбора линии разреза, варианта отслойки, векторов перемещения и фиксации тканей, волюметрических маневров) для каждой конкретной клинической ситуации индивидуально. Алгоритм выбора методики должен строиться на решении конкретных задач, поставленных данным пациентом. Каждой задаче должна соответствовать своя техника, на разных лицах в одной и той же зоне она бывает разной.

Выводы. Задачи хирургического омоложения формируются как индивидуальные потребности пациента; алгоритм выбора методики должен строиться на решении конкретных задач, поставленных пациентом; объективные измерения выявляют особенности строения лица пациента и несут служебную нагрузку.

## НОВЫЙ ДОСТУП ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПТОЗА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — «ОМЕГА МАСТОПЕКЦИЯ»

**Добрякова О. Б., Бочаров В. Н.**

*Новосибирский университет красоты, Новосибирск*

Эволюция редукционной маммопластики направлена на улучшение формы, сохранения функции и минимизацию рубцов. К настоящему времени разработано более 40 различных методов редукции молочных желез.

Материалы и методы. Согласно классификации О.Б. Гребеньковой (1994), все многообразные методики операций, уменьшающих молочную железу, разделены на три группы.

I. Уменьшение молочной железы путем удаления излишка кожи и перемещения сосково-ареолярного комплекса. II. Уменьшение молочной железы путем резекции паренхимы железы: а) с сохранением сосково-ареолярного комплекса на паренхиме железы; б) с сохранением сосково-ареолярного комплекса на кожном лоскуте; в) со свободной пересадкой сосково-ареолярного комплекса. III. Уменьшение молочной железы путем полного удаления паренхимы железы: а) с воссозданием подобия молочной железы из кожно-подкожного лоскута; б) с использованием протезов. Л.Л. Павлюк-Павлюченко (1989) разработал точный способ разметки для создания идеальной формы молочных желез, используя лекала французских модельеров для изготовления бюстгальтеров. Пропорции, выведенные им, на наш взгляд, являются универсальными и очень ценны для практического хирурга. Для данного вида разметки используются следующие обозначения: L — расстояние от середины нижнего края ключицы до соска; M — расстояние от соска до субмаммарной складки; A — диаметр ареолы;  $L/M = 2/1 \pm 0,5$ ,  $A <$ ,  $M/A = 2/1$ . Мастопексия в двойном кожном каркасе. Это хирургическое вмешательство является разновидностью так называемой горизонтальной мастопексии. Операция направлена на создание двойного кожного каркаса, подвешивающего молочную железу, и закрепление его на грудной стенке. При выполнении операции не иссекаются излишки кожи и не резецируется ткань железы. После тщательной разметки операционного поля на передней поверхности молочной железы производят дугообразный разрез кожи по намеченному контуру глубиной до дермы. Затем осуществляют деэпидермизацию всего участка железы, лежащего ниже дугообразно-

го разреза кожи вплоть до субмаммарной складки (минуя сосково-ареолярный комплекс). Далее углубляют дугообразный разрез до паренхимы молочной железы и отсепаровывают кожно-жировую лоскут до уровня 2-го ребра. Дезэпидермизированный участок кожи визуально напоминает «чашечку» бюстгалтера. «Омега мастопексия» О.Б. Добряковой В 2020 г. О.Б. Добряковой предложен новый оперативный доступ, напоминающий букву греческого алфавита «омега». Прототипом метода является горизонтальная маммопластика. Способ позволяет избежать вертикального рубца. Метод направлен на предотвращение уплощения молочной железы, которое характерно для горизонтальных маммопластик. Показанием к такой операции считаем недостаточный вертикальный размер кожи выше ареолы, когда при перемещении САК в новое ложе, сосок будет располагаться слишком высоко. Для удлинения вертикального размера кожного чехла молочной железы, разрез в инфрамаммарной складке, в центральной части, содержит полулунный выступ, в который вшивается конгруэнтная узора, образующаяся на верхнем лоскуте после отсечения верхней границы САК.

Результаты. С 1989 г. выполнены мастопексии у 2063 пациентов. Использовались Т-образный инвертированный доступ, горизонтальная маммопластика, циркумвертикальная, вертикальная, перiareолярная, мастопексия в двойном кожном каркасе, «Омега мастопексия». Разработаны показания к различным видам доступов при мастоптозе.

## РЕДРАПИРОВКА КОЖИ С ПОМОЩЬЮ СЕТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ ШВОВ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛИПОСАКЦИИ ШЕЙНО-ПОДБОРОДОЧНОЙ ЗОНЫ

Дробязго С. В., Пахомова Р. А., Сергеев Д. И.

*Российский биотехнологический университет, Москва*

Эстетически привлекательная область шеи, четкий овал лица, подчеркнутый шейно-подбородочный угол являются неотъемлемыми компонентами красивой внешности. Данные зоны часто становятся объектом различных эстетических и омолаживающих процедур. Как правило, пациенты отдают предпочтение менее инвазивным вмешательствам, ожидая значимый эффект. Липосакция шеи позволяет убрать супраплатизмальные жировые отложения, однако результат процедуры не всегда удовлетворяет пациентов, что связано с недостаточным сокращением кожи, анатомическими особенностями, выраженностью возрастных изменений. Дополнительные процедуры, такие как радиочастотная подтяжка кожи, воздействие лазером, применение сфокусированного ультразвука и пр., способствуют контракции кожи, однако повышают риск осложнений, связанных с термическим повреждением тканей: ожоги кожи, послеоперационные инфильтраты, нейропатия, нарушения пигментации кожи и др. Сеть гемостатических швов в последние годы все шире применяется для уменьшения риска образования гематом и дополнительной фиксации тканей в нужном положении после таких операций как SMAS-лифтинг, скользящий височный лифтинг и ряд других. Сеть непрерывных гемостатических швов, приме-

няемая нами с целью редрапировки кожи шейно-подбородочной области после тумесцентной липосакции, позволяет улучшить клинический и эстетический результат без термического повреждения тканей, не увеличивает период реабилитации и не влияет на количество осложнений в послеоперационном периоде.

## ЛИПОФИЛИНГ КИСТЕЙ

Евлахова Н. А., Бурлова М. Г., Кочнева И. С., Грецова Е. Е.

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

Цель. Представить опыт выполнения хирургами клиники «Абриелль» липофилинга кистей рук, который является альтернативным малотравматичным способом омоложения со стабильным результатом, минимальным количеством противопоказаний, побочных эффектов и осложнений. Липофилинг кистей рук является малоинвазивной, малотравматичной операцией малой длительности с коротким реабилитационным периодом, не оставляющей после себя следов, которая устраняет все возрастные изменения кистей рук за одно вмешательство. Регенераторный потенциал жировой ткани, обусловленный наличием стволовых клеток, улучшает качество мягких тканей, обеспечивая истинное омоложение.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы результаты липофилинга кистей рук, выполненного в клинике «Абриелль» за период с 2012 по 2022 г. 272 пациентам на основании медицинской документации и фотографий, сделанных до и на разных сроках после вмешательства. Период наблюдения составил от 3 месяцев до 5 лет. Возраст пациентов варьировал от 36 до 63 лет (средний возраст  $48 \pm 6,9$  лет). Все пациенты были удовлетворены результатами 1 сессии липофилинга.

Результаты и выводы. Пациентки обращаются к косметологу или пластическому хирургу с жалобами, которые можно разделить на две группы. Первая вызвана липоатрофией — потерей объема подкожной жировой клетчатки в области тыла кистей, приводящей к визуализации венозного рисунка, а также скелетизации сухожилий разгибателей и пястных костей, что создает впечатление «высохшей», «костлявой» кисти. Вторая группа жалоб обусловлена ухудшением качества кожных покровов: потеря упругости и тургора вплоть до дряблости, снижение эластичности, истончение вплоть до пергаментности, возрастная пигментация, шелушение, убытки кожи в виде множественных морщин — все это характеризует возрастные изменения кистей рук. Вместе с тем представленные о молодых, эстетически привлекательных кистях рук включает в себя сочетание упругой, гладкой кожи равномерного цвета, без шелушения и морщин с наполненностью — отсутствием «просвечивания» венозного рисунка и рельефа, а также контурирования сухожилий и костей. Сегодня с целью омоложения кистей рук применяются «малоинвазивные» косметологические методы, такие как: контурная пластика филлерами, нитевой лифтинг, биоревитализация, мезотерапия и их разнообразные сочетания,

требующие регулярного повторения ввиду временности эффекта, зачастую болезненные и дорогостоящие, а при длительном и регулярном применении вызывают атрофию и рубцевание мягких тканей. С другой стороны, получила распространение травматичная техника, иссечения «избытков» кожи тыла кисти, оставляющая после себя заметные послеоперационные рубцы. Вместе с тем липофилинг — прекрасная методика, которая проста в исполнении, не требует сложного оборудования, малотравматична, с достаточно легким, коротким восстановительным периодом. Эффект омоложения достигается не только за счет объемного восполнения утраченной с возрастом подкожно-жировой клетчатки, но также за счет увеличения тургора и тонуса кожи, ее уплотнения, устранения дряблости, пигментации и «пергаментности» благодаря регенераторным свойствам стволовых клеток, содержащихся в жировой ткани. Для усиления омолаживающего эффекта липофилинг кистей рук выполняется в сочетании с аппаратной обработкой кожи — углекислотным фракционным фототермолизом. При введении под кожу кистей рук 40–50 мл жировой ткани с соблюдением принципов структурного липофилинга эстетический результат устранения возрастных изменений любой степени выраженности достигается за одно оперативное вмешательство.

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ЛИПОФИЛИНГА ГРУДИ

**Евлахова Н. А., Бурлова М. Г., Кочнева И. С., Грецкова Е. Е.**  
*Клиника эстетической хирургии «Абриелль», Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, Санкт-Петербург*

Цель. Представить разработанный и применяющийся клиникой «Абриелль» алгоритм восстановительных процедур, направленных на ускорение разрешения побочных эффектов после липофилинга груди и способствующих наилучшему приживлению жирового трансплантата в реципиентной зоне. После липофилинга груди и липосакции комплекс восстановительных процедур и перевязки выполняются с первого дня после операции, обеспечивая сокращение реабилитационного периода, закрепление и сохранение эстетического результата, полученного на операционном столе, физическое и психологическое благополучие пациента, тесное взаимодействие врача и пациента, уменьшение периода пребывания в условиях стационара, быстрое возвращение пациента к его привычному образу жизни.

Материалы и методы. Ретроспективно оценивались медицинская документация, фотографии до и на разных сроках после операции, антропометрические измерения за период с 2011 по 2022 г. 378 пациенток, которым был выполнен липофилинг груди. Возраст пациенток — от 18 до 65 лет (средний возраст 36,4±7,7 лет) Все пациентки были разделены на 2 группы: группу А (260 человек) составили пациентки, которым с первых суток выполнялся комплекс восстановительных процедур на область груди, возраст — от 18 до 65 лет (средний возраст 37,6±8,8 лет);

группу Б (118 человека) составили пациентки в возрасте от 21 до 58 лет (средний возраст 34,0±4,8 лет), отказавшиеся от физиотерапевтических процедур.

Результаты и выводы. После оценки и сравнения данных, выяснилось, что в группе А у 82,7% (215 пациенток) к двухнедельному сроку после оперативного вмешательства основные нежелательные послеоперационные проявления (отеки, кровоподтеки, серомы) разрешились, в позднем послеоперационном периоде на сроке 12–18 месяцев после операции, только у 14,6% (38 пациенток) на УЗИ обнаруживались мелкие (до 7,0 мм) олеокисты (других побочных эффектов не обнаруживалось). В группе Б к 14 суткам после операции побочные эффекты разрешились полностью только у 21,1% (25 пациентов), а мелкие олеокисты в период 12–18 месяцев после операции наблюдались у 49,1% (58 пациенток). В ответ на операционную травму неизменно возникает спазм сосудов, локальное нарушение гемодинамики, гипоксия тканей. Все это может привести к нарушению трофики и гибели пересаженной жировой ткани. Действие всех физиотерапевтических процедур, которые применяются у пациентов после липофилинга груди, направлены на скорейшее и эффективное разрешение застойных явлений, к которым приводит «порочный круг» фаз воспалительной реакции в области оперативного вмешательства. Применение алгоритма восстановления с первых суток после операции приводит к снижению болезненных ощущений, выраженности отеков, кровоподтеков, парестезий, улучшению микроциркуляции в области оперативного вмешательства, что благоприятно влияет на приживление жирового трансплантата и улучшает эстетический результат операции. Кроме того, выполняя физиотерапию в комплексе и воздействуя на разные точки приложения, требуется меньше времени на каждую из процедур, так как они увеличивают длительность и эффективность действия друг друга.

Вывод. Восстановительные процедуры благодаря противовоспалительному и антибактериальному эффекту позволяют снизить лекарственную нагрузку на пациента.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТЕЛЕ

**Евлахова Н. А., Бурлова М. Г., Кочнева И. С., Грецкова Е. Е.**  
*Клиника эстетической хирургии «Абриелль», Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, Санкт-Петербург*

Цель. Представить опыт клиники «Абриелль» восстановления пациентов после пластических операций на теле. Современная реабилитация включает 5 этапов и начинается с первой консультации пациента. Всем пациентам с первых суток после операции выполняются перевязки и реабилитационные процедуры, направленные на сокращение сроков восстановления и пребывания в стационаре, обеспечение физического и психологического комфорта и скорейшее возвращение к привычному образу жизни: в семью, в социум; на снижение проявлений побочных эффектов, рисков возникновения послеоперационных осложнений, сохранение и улучшение эстетического результата, достигнутого в ходе операции.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ фото и меддокументации 348 пациентов в возрасте 22–55 лет (средний  $38,8 \pm 7,5$  лет), которым с 2021 по 2022 г. выполнены различные оперативные вмешательства на теле: липосакция, абдоминопластика, бодилифт, маммопластика, липофилинг груди, липофилинг ягодиц, липофилинг голеней и их комбинации. Все пациенты были распределены на 2 группы: в группу А (307 человек) вошли пациенты в возрасте 22–55 лет (средний  $38,4 \pm 8,8$  лет), которым в послеоперационном периоде выполнялись комплексные физиопроцедуры, в группу Б (41 человек) — пациенты в возрасте 32–50 лет (средний  $41 \pm 4,8$  лет), которые от восстановительной физиотерапии отказались.

Результаты и выводы. При сравнении данных было выяснено, что в группе А у 72% (221 пациент) к 14 суткам после операции разрешались такие побочные явления как кровоподтеки, отек, серомы, швы заживали первичным натяжением, отмечалось восстановление чувствительности в областях липосакции, пациенты готовы были выйти на работу. В группе Б только у 19,5% (8 пациентов) отмечалась подобная положительная динамика. Важными принципами реабилитации являются: соблюдение всех этапов, раннее начало, выполнение комплекса мероприятий, подобранных индивидуально, непрерывность реабилитационных процедур и преемственность между всеми специалистами, участвующими в процессе реабилитации и взаимодействующих с пациентом. Первый этап реабилитации начинается на первой консультации и продолжается вплоть до поступления пациента в клинику накануне операции. В момент госпитализации начинается второй этап, в который входит непосредственно подготовка пациента к вмешательству: консультации хирурга и других специалистов, фотографирование, разметка, аутогемозабор и премедикация. Интраоперационное ведение — третий этап, на котором важно сохранять физическое благополучие пациента и сокращать время операции тщательным планированием и эффективным взаимодействием между участниками операционной бригады. Послеоперационное ведение — четвертый этап, после выписки из стационара — пятый. Послеоперационные явления включают две группы. Первая — побочные эффекты, возникающие у всех пациентов: синяки, отеки, болевой синдром, всегда разрешаются самостоятельно. Соблюдая принципы реабилитации, проявления побочных эффектов можно минимизировать и ускорить их разрешение. Вторая группа — осложнения. Появляются не у всех пациентов, но редко разрешаются самостоятельно, напрямую зависят от имеющихся факторов риска. Грамотная реабилитация позволяет снизить риски возникновения, минимизировать степень выраженности, а зачастую и устранить осложнения. Послеоперационное ведение в клинике «Абриелль» начинается с первых суток после операции и включает: наблюдение врача, сестринский уход, режим дня и питания, медикаментозную терапию, в том числе мультимодальную аналгезию, профилактику ВТЭО, нормализацию физиологических отклонений. Важным аспектом этого этапа реабилитации являются перевязки и восстановительные процедуры, состоящие из комбинации физиопроцедур, которые благодаря раннему началу и комплексному воздействию на разные точки приложения потенцируют действие друг друга, уменьшают длительность и увеличивают последствие, направленное на схождение отеков, кровоподтеков, уменьшение

боли, трофику тканей. Улучшение кровоснабжения и иннервации, антибактериальный и противовоспалительный эффекты физиотерапии приводят к снижению лекарственной нагрузки на пациента и ускорению регенерации. Пациенты весь период реабилитации находятся в тесном взаимодействии с хирургом, что обеспечивает их психологический комфорт. Все это позволяет сократить сроки восстановления, пациент быстрее видит результат операции и возвращается к привычному образу жизни.

## МОЙ ОПЫТ ОМОЛАЖИВАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕ. ЧТО ВЫБРАТЬ SMAS-ПЛИКАЦИЮ ИЛИ ГЛУБОКОПЛОСКОСТНОЙ SMAS-ЛИФТИНГ?

Едомских-Колесникова А.С.

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

Возрастные изменения на лице не стоит рассматривать по отдельным зонам. Для получения хороших и долгосрочных результатов мы оцениваем все трети лица и область шеи. В нашем арсенале есть методики как глубокопоскостного SMAS-лифтинга, так и SMAS-пликации. Как правило, в большинстве случаев, для коррекции шеи и придания шейно-подбородочному углу достаточной выраженности используем медиальную платизмопластику.

Цель. Оценить результаты SMAS-пликации и глубокопоскостного SMAS-лифтинга в раннем послеоперационном периоде и через год после операции.

Материалы и методы. Было проанализировано 67 пациентов в возрастной группе от 45 до 75 лет. Из них 35 пациенткам был выполнен глубокопоскостной SMAS-лифтинг и 32 пациенткам SMAS-пликация. Помимо SMAS-лифтинга всем пациенткам была выполнена коррекция периорбитальной области, 57 пациенткам была выполнена медиальная платизмопластика. Мы оценивали в раннем послеоперационном периоде: выраженность отека, ишемические нарушения дермального лоскута, гладкость контуров в месте отслойки, нейропатии. Через год после операции мы оценивали выраженность шейно-подбородочного угла, состояние нижней трети лица (выраженность контуров нижней челюсти), выраженность носогубных, губоподбородочных складок.

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде у пациентов с SMAS-пликацией (1-я группа пациенток) мы получили: выраженный отек у 10 пациентов, ишемию дермального лоскута у 13 пациентов, получили бугристость и неровность контуров в месте отслойки у 30 пациентов, нейропатии у 16 пациентов. В раннем послеоперационном периоде у пациентов с глубокопоскостным SMAS-лифтингом (2-я группа пациенток) мы получили: выраженный отек у 4 пациенток, ишемию дермального лоскута у 4 пациенток, бугристость и неровность контуров у 3 пациенток, нейропатии у 14 пациенток. Через год после операции у 1-й группы пациенток хороший результат наблюдался у 27 пациенток из 32. Во второй группе хороший результат имели 28 пациенток из 35.

Выводы. Оба метода дают хорошие, продолжительные результаты. Разница заключается в раннем послеоперацион-



ном периоде. У SMAS-пликация выраженный отек и больше ишемических нарушений дермального лоскута.

## ЛИПОФИЛИНГ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ермошеченкова М. В., Галкин В. Н., Зикиряходжаев А. Д., Масри А. А., Гехт Г. А., Эминова К. Р., Каракаптян И. А.

*Городская клиническая онкологическая больница № 1, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, кафедра онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии, Москва*

Цель. Улучшение хирургических результатов лечения больных после комбинированного/ комплексного лечения рака молочной железы. Липофилинг может быть применен при первичной и отсроченной хирургической реабилитации больных РМЖ. При реконструктивно-пластических операциях на молочной железе мы использовали самостоятельный липофилинг для коррекции малых дефектов без применения других методов восстановления, комбинацию липофилинга при способе реконструкции «экспандер + эндопротез», при подготовке к отсроченной реконструкции молочной железы при дефиците тканей в области послеоперационного рубца.

Материалы и методы. Данная методика коррекции молочной железы была применена нами в 60 случаях у 51 пациентки: в 43 случаях у 35 пациенток I группы (первичные реконструктивные пластические операции), 15 случаях у 14 больных II группы (отсроченные реконструкции), 2 случаях у 2 больных III группы (корректирующие операции). В I группе из 35 больных липофилинг с использованием аппарата Body Jet был применен у 21 пациентки, ручной шприцевой липофилинг — 14. Во всех случаях липофилинг был необходим для коррекции операционных дефектов, коррекции контурной асимметрии, верхнего, нижнего, латерального и медиального контуров. Объем аутожирового трансплантата варьировал от 50 до 350 мл, в среднем —  $123,78 \pm 13,4$  мл ( $Me=100$ ,  $\sigma=77,2$ ). Повторно липофилинг был необходим в 8 случаях. Средний объем при повторном введении составил  $166,67 \pm 81,1$  мл ( $Me=180$ ,  $\sigma=140$ ). В II группе липофилинг с использованием водоструйных технологий был применен у 12 пациенток, шприцевой метод — 2. Повторная процедура потребовалась 1 больной. Липофилинг был необходим для подготовки донорской зоны к отсроченной реконструкции с использованием тканевого экспандера, на II этапе — замене тканевого экспандера на силиконовый имплантат. Средний объем аутожирового трансплантата составил  $232,8 \pm 39,2$  мл ( $Me=200$ ,  $\sigma=146$ ). В III группе у 2 больных был применен аппаратный метод липотрансфера с целью коррекции объема молочной железы. Значимыми для дальнейшей оценки являлись исходные данные, результаты на 1 сутки и через 4 мес. после липофилинга. В процессе измерений оценивали количественные и качественные характеристики трансплантированного аутожира. Приживаемость аутожирового трансплантата оценивали с помощью клинического осмотра, определения pinch-теста, ультразвукового исследования для определения толщины подкожной клетчатки

и объема, обнаружения или исключения липогранулем. Среднюю приживаемость аутожирового трансплантата по результатам УЗИ по расчетным данным девяти стандартных точек на передней грудной стенке оценивали до липофилинга, на 1-е сутки, через 14 дней, 1, 2, 3 месяца после выполненного липофилинга. Контрольную оценку выполняли через 4 месяца.

Результаты. Средняя приживаемость аутожирового трансплантата составила 76,50%. Было принято решение оценивать все полученные результаты, как «хороший» и «неудовлетворительный» относительно этого усредненного показателя, где полученный результат выше 76,50% является «хорошим», а ниже — «неудовлетворительным». Отмечено, что хорошая приживаемость аутожирового трансплантата не зависит от метода липосакции и индекса массы тела пациентки. При сроке наблюдения до 3 лет была определена трехлетняя общая и безрецидивная выживаемость — 100%.

## МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НОВОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Ермошеченкова М. В., Галкин В. Н., Старцева О. И., Решетов И. В., Ашуров Р. С.

*Городская клиническая онкологическая больница № 1, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, кафедра онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии, Москва*

В 2020 г. в Москве было организовано отделение онкоматемологии и реконструктивно-пластической хирургии в новом онкологическом учреждении Департамента здравоохранения Москвы — Первой клинической онкологической больницы. Микрохирургическая реконструкция молочной железы — высокотехнологичная операция при первичной или отсроченной хирургической реабилитации больных раком молочной железы, оплата которой осуществляется за счет бюджетных средств Министерства здравоохранения РФ. Данный вид восстановления молочной железы позволяет получить лучшие эстетические и психологические результаты у больных раком. За 2 года одной хирургической бригадой мы выполнили 51 микрохирургическую реконструкцию молочной железы: у 38 больных при подкожной мастэктомии с использованием DIEAP-лоскута, 5 отсроченных реконструкций DIEAP-лоскутом, 8 — бедренным лоскутом при подкожной субтотальной резекции молочной железы. Возраст больных варьировал от 38 до 65 лет. Пациенты имели 0–IIb стадии рака молочной железы. 6 больных получили неоадьювантное лекарственное лечение перед микрохирургической операцией. У всех больных была выполнена предоперационная КТ-ангиография для определения диаметра и локализации перфорантных сосудов. Диаметр перфорантных сосудов варьировал от 0,8 до 1,6 мм для DIEAP-лоскута и от 0,6 до 0,8 мм при использовании бедренного лоскута. При использовании бедренного лоскута мы забирали кожно-подкожный лоскут на перфорантных сосудах с внутренней поверхности бедра без повреждения мышц, нервов и большой подкожной вены. Анастомозирование в этих случаях осуществ-

ляли с a et v. thoracica lateralis или перфорантом a. et v. thoracodorsales в подмышечной области. При использовании DIEAP-лоскута анастомозирование осуществляли во всех случаях с a. et v. thoracica interna в виде наложения 1 артериального анастомоза в 35 случаях, 2 артериальных в 3 случаях и 2–6 венозных анастомозов, в 1 случае мы использовали аутовенозный графт из поверхностной вены передней брюшной стенки. У всех больных осуществляли предоперационную подготовку в виде инфузионной и антикоагулянтной терапии непрямыми антикоагулянтами и послеоперационное ведение с использованием не прямых антикоагулянтов или 36 часов введения гепарина на инфузомате под контролем активированного частичного тромбопластинового времени. Из 43 клинических случаев у 5 пациентов лоскут был удален в связи с тромбозом сосудистой ножки, у 5 больных с DIEAP-лоскутами была ревизионная операция на 1–2 сутки, обусловленная венозной недостаточностью, выполнено венозное реанастомозирование с положительным результатом в виде восстановления венозного оттока в лоскуте. В случае применения бедренного лоскута была 1 ревизионная операция с венозным реанастомозированием и восстановлением венозного оттока. Во всех случаях с применением бедренного лоскута достигнуты отличные эстетические результаты. Из 33 пациенток с первичной реконструкцией DIEAP-лоскутом в 84,9% (28) получены хорошие и отличные эстетические результаты, в 15,1% (5) удовлетворительные, обусловленные частичным небольшим липонекрозом лоскута. В 100% случаях отсроченной реконструкции получены отличные эстетические результаты. Профилактикой послеоперационных осложнений и предупреждением ревизионных операций при реконструктивной хирургии с использованием аутологических лоскутов является тщательное планирование, хирургическая техника, основанная на знании анатомии молочной железы, сосудистой анатомии передней грудной и брюшной стенок, верхнего плечевого пояса, предоперационная разметка сосудистой архитектоники, включающая КТ, МР-ангиографию. При адекватных кровоснабжении и венозном оттоке лоскута микрохирургическая реконструкция позволяет получить идеальные форму и консистенцию молочной железы.

больных раком молочной железы за счет расширения спектра онкопластических и реконструктивно-пластических операций и методик, способствующих достижению стойких эстетических результатов у больных операбельным раком молочной железы.

Материалы и методы. Изучены клинические случаи 1332 больных раком молочной железы. I группа — пациенты, которым были выполнены онкопластические резекции с использованием различных методик: ротационных лоскутов, локальных перфорантных лоскутов (N=620); II группа — первичные одноэтапные и двухэтапные реконструкции молочной железы с использованием имплантатов, торакодорзального лоскута, TRAM-лоскута, DIEAP-лоскута (N=600); III группа — пациенты, которым была выполнена отсроченная реконструкция молочной железы имплантатами и лоскутами (N=80); IV группа — пациенты, которым были выполнены корригирующие операции на молочной железе в связи с неудовлетворительными косметическими результатами после первичных операций (N=32).

Результаты. На основании опросников BREAST Q и все-российского опросника «Оценка эстетических результатов и психологических критериев» результаты показали, что лучшие эстетические и психологические результаты отмечены в группе онкопластических резекций, при сравнительном анализе различных методов первичной двухэтапной и одноэтапной реконструкции молочной железы получены лучшие результаты при применении аутологических лоскутов и препекторальной свободной и комбинированной реконструкции силиконовыми имплантатами с текстурированным покрытием. Аутологичная реконструкция молочной железы способствует получению лучших результатов во всех группах первичной и отсроченной реконструкции молочной железы.

Выводы. Применение методик пластической хирургии не влияет на онкологические результаты: 5-летняя частота рецидивов при органосохраняющей хирургии составила 1,3%, при реконструктивно-пластической — 1,8%; прогрессирование основного заболевания в виде генерализации процесса при органосохраняющей хирургии было диагностировано в 1,8% случаев, при реконструктивно-пластической — 3,7%.

## ОНКОПЛАСТИЧЕСКАЯ И РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. 10-ЛЕТНИЕ ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Ермошченкова М. В., Зикиряходжаев А. Д., Каприн А. Д., Решетов И. В., Галкин В. Н.

*Отделение онкомаммологии и реконструктивно-пластической хирургии, Первая клиническая онкологическая больница Москвы, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва*

Хирургическая реабилитация больных РМЖ находится на стыке специальностей — онкологии и пластической реконструктивной и эстетической хирургии.

Цель. Улучшить результаты хирургической реабилитации

## СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ БЛЕФАРОПТОЗА В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКЕ

Жуков М. И., Стефкивская О. В.

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

Птоз верхнего века представляет не только косметический дефект, но и препятствует нормальному развитию и функционированию зрительного анализатора, вызывая механическое затруднение зрения. В норме радужка закрыта краем верхнего века примерно на 1,5 мм. О птозе (блефароптозе) говорят в том случае, если веко опускается ниже верхнего края радужной оболочки на 2 и более миллиме-

тра либо находится ниже века другого глаза при их сравнении. По времени развития различают врожденный и приобретенный блефароптоз. С учетом степени выраженности опущение верхнего века может быть частичным (край века прикрывает верхнюю треть зрачка), неполным (край века опущен до половины зрачка) и полным (верхнее веко закрывает весь зрачок). Птоз может быть односторонним (70%) или двусторонним (30%). В зависимости от этиологии опущения верхнего века выделяют следующие виды птоза: апоневротический, неврогенный, миогенный, механический птоз и псевдоптоз (ложный). 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 позволит правильно выбрать подходящий метод хирургической коррекции. Операции по поводу опущения верхнего века (исправление птоза) направлены либо на укорочение мышцы, поднимающей верхнее веко (врожденный птоз), либо на укорочение апоневроза леватора (приобретенный птоз). 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 удовлетворенности лечением — остается важной частью каждодневной практической работы врача.

## 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.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи  
им. Н. В. Склифосовского, 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 подлежит 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 — ее максимальной амплитуды. Сравнивали показатели пораженной стороны со здоровой. 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 пораженной 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 пораженной 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 мышцу нижней трети лица контрлатеральной стороны с целью восстановления симметрии и создания условий для восстановления функции пораженной 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.

### УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И ВИБРАЦИОННАЯ ЛИПОСАКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОНТУРОВ ТЕЛА

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

Казанская государственная медицинская академия — филиал  
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного  
профессионального образования», Москва

В арсенале хирургических вмешательств используются разные аппаратные методики коррекции контуров тела, такие как VASER (sound surgical techniques, США) и PAL (Microaire, США) в сочетании с абдоминопластикой.

Цель. Проанализировать и улучшить результаты лечения при комплексной хирургической коррекции контуров с использованием УЗ и вибрационной методик липосакции.

Материалы и методы. Пациенты, которым проводилась липоскульптура на вышеуказанных аппаратах, были разделены на 2 группы: 1 группу пациентов составили 30 женщин и 1 мужчина, средний возраст составил  $35 \pm 19$  лет, которым была проведена липосакция на УЗ-аппарате VASER в сочетании с абдоминопластикой и миниабдоминопластикой, 2 группу пациентов составили 40 женщин и 2 мужчин, средний возраст составил  $33 \pm 15$  лет, которым была проведена липосакция на вибрационном аппарате PAL Liposculptor в сочетании с абдоминопластикой и миниабдоминопластикой. ИМТ в обеих группах варьировал от 26 до  $34 \text{ кг/м}^2$ . Эффективность данной процедуры оценивали по отсутствию необходимости коррекции у данных пациентов, отсутствие избыточных жировых отложений в оперированных областях и получение результата «плоского живота».

Результаты. В послеоперационном периоде пациенты приглашались на регулярный осмотр, по истечению 2, 3, 4 недель, 2, 3, 6, 9, 12 месяцев. В 1 группе пациентов корректирующее вмешательство потребовалось 1 пациенту с ИМТ  $34 \text{ кг/м}^2$  в виде иссечения избыточной кожной складки на передней брюшной стенке после снижения веса в послеоперационном периоде более чем на 5 кг за 1 месяц. Избыточно жировые отложения в оперированных областях пациенты этой группы не отмечали. Эффект плоского живота был получен в этой группе у пациентов с ИМТ  $< 32 \text{ кг/м}^2$ . Во 2 группе пациентов корректирующее вмешательство потребовалось 2 пациентам в виде липосакции раннее оперированных поясничных областях. Эффект плоского живота у пациентов этой группы наблюдался у пациентов с ИМТ  $< 30 \text{ кг/м}^2$ .

Выводы. 1. УЗ и вибрационная липосакция являются оптимальными оперативными вмешательствами в сочетании с абдоминопластикой у пациентов с деформациями контуров тела. 2. При сочетании УЗ-липосакции и абдоминопластики потребности в повторной липосакции не наблюдалось. Эффект плоского живота получали пациенты с ИМТ  $< 32 \text{ кг/м}^2$  в сравнении с вибрационной липосакцией, у которых данный эффект был получен у пациентов с ИМТ  $< 30 \text{ кг/м}^2$ . 3. УЗ-липосакция оптимально подходит для пациентов с более выраженным ИМТ.

### КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА ИННЕРВИРОВАННЫМИ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ

Закирова А. А., Решетов И. В.

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

Радикальное хирургическое лечение является первичным методом лечения у пациентов с опухолями полости рта, что сопряжено с высоким риском развития функциональных расстройств актов дыхания, глотания, питания, речи и нарушения внутриротовой чувствительности. Хотя основной целью лечения является онкологический контроль, функциональная реконструкция имеет первостепенное значение для выживших. Но по-прежнему сохраняется неудовлетворенность пациентов функциональными и эстетическими результатами реконструктивных операций.

Цель. Улучшение функциональных результатов реконструкции органов полости рта у онкологических больных с помощью усовершенствованных иннервированных ауто-трансплантатов.

Материалы и методы. В исследование вошли 133 онкологических пациента, которым была выполнена отсроченная или одномоментная реконструкция полости рта в УКБ 1 (Сеченовский Университет) с 2014 по 2022 г. Все пациенты были разделены на 2 основные группы: группа 1 ( $n=60$ ) — опытная — реконструкция иннервированными ауто-трансплантатами, группа 2 ( $n=72$ ) — контрольная — без иннервации. На сроках от 6 месяцев до 3 лет после операции оценивали восстановление чувствительности, прорастание нервных волокон путем взятия трепан биопсии с последующим ИГХ исследованием, восстановление речи и глотания по шкалам, качеству жизни с использованием опросника EORTC QLQ-N&N43.

Результаты. Общая выживаемость составила — 60,2% (80 человек). При оценке восстановления чувствительности были выявлены статистически значимые различия в пользу опытной группы: восприятие температурной чувствительности — 90,6% против 66,7% ( $p=0,029$ ); восприятие острой боли — 78,1% против 33,3% ( $p<0,001$ ); тест Семменса-Вайнштейна — 71,9% против 36,7% ( $p=0,005$ ); дискриминационная чувствительности менее 5 мм — 12,5% против 0%, от 5 до 10 мм — 34,4% против 6,7%, более 10 мм — 53,1% против 93,3%. По результатам гистологического исследования при количественной оценке нервных стволиков различия были выявлены статистически значимые различия в пользу опытной группы ( $p=0,005$ ) — Me=3 (0–5) против Me=0 (0–1). Нормальное глотание (7–8 баллов) было достигнуто в 73% в опытной группе, и в 42,2% в контрольной ( $p=0,015$ ). Хорошая речь (4–5 баллов) была достигнута в 83,8% в опытной группе, и в 64,4% в контрольной ( $p=0,033$ ). При оценке качества жизни также были выявлены преимущества в пользу использования иннервированных ауто-трансплантатов: сумма баллов EORTC QLQ-N&N43 Me=22 (11–30) против Me=29 (17–36) ( $p=0,038$ , Критерий Краскела–Уоллиса).

Выводы. Учитывая высокие показатели выживаемости пациентов со злокачественными образованиями полости рта

даже на поздних стадиях заболевания необходимо совмещать полноценное радикальное хирургическое лечение и функциональную реконструкцию, рекомендовано использовать иннервированные аутотрансплантаты с целью восстановления функций глотания, речи, чувствительности и качества жизни.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ ПЕРИАРЕОЛЯРНОЙ МАСТОПЕКСИИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

**Иванов В. В., Огольцов И. А., Немтинов Д. С.**  
*Рязанский государственный медицинский университет,  
Рязань*

Неотъемлемой составляющей женской красоты является грудь, которая в виду физиологических процессов и закона гравитации провисает и птозирует. Ткани становятся менее эластичными и упругими, грудь перестает быть красивой и подтянутой. Такое состояние помимо психологического дискомфорта может приносить и физический дискомфорт. Для таких случаев существует мастопексия, которая позволяет вернуть прежний вид груди или даже делает ее вид лучше прежнего.

Цель. Достижение максимально приемлемой формы молочной железы, стабильности молочной железы и хорошего отдаленного результата.

Материалы и методы. В исследовании проанализированы результаты лечения 58 пациенток с птозом молочных желез 1–2 ст. (по P. Regnault, 1975) оперированных за период с 2016 по 2023 г. Методом двойной слепой выборки были сформированы контрольная (20 пациенток) и основная (38 пациенток) группы. В основной группе (38 пациенток) был применен оригинальный метод (патент № 2021103710). Группа контроля прооперирована по стандартной методике с использованием периареолярного шва по Хаммонду (12 женщин) и Бенелли (8 Женщин).

Результаты. Пациентки контрольной группы оперированы по стандартной технологии до запатентованной методики, пациентки основной группы оперированы согласно патенту. Интраоперационных и ранних послеоперационных неспецифических осложнений в обеих группах не отмечено. Однако удовлетворенность ранними результатами операции была выше у пациенток основной группы. Болевой синдром был достоверно выше у пациенток контрольной группы по сравнению с пациентками основной группы: как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде, включая как стартовые, так и боли нагрузки. В течение первого года после операции у 2 пациенток основной группы наблюдалась гипертрофия рубцов, корректирована консервативными мероприятиями. В свою очередь, пациентки контрольной группы в течение первого года после операции обратились с жалобами на неэстетичный вид периареолярных рубцов у 6 пациенток, что потребовало у 5 пациенток повторного оперативного лечения. Эффективно определяющийся рецидив птоза отмечен впервые на 2 году от момента операционной коррекции у 3 пациенток контрольной группы и 1 пациентки основной группы. Удовлетворенность результатами операции и формой мо-

лочной железы была достоверно выше у пациенток основной группы в отдаленном послеоперационном периоде. Выводы. Отмечена большая удовлетворенность пациенток основной группы как ранними и поздними результатами операции, за счет лучшей формы и более высокого качества послеоперационных швов

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МОДИФИЦИРОВАННОЙ НАРУЖНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

**Искакбаева А. А., Джуматаев Э. А.**  
*Казахский Орден «Знак Почета» Научно-исследовательский институт глазных болезней, Алматы, Республика Казахстан*

Дакриоцисториностомия является эффективным решением проблем со слезотечением вследствие стеноза и заращения носослезного канала. При этом эффективность применяемых эндоназального и наружного доступов сопоставима и составляет, по данным разных авторов, 80–96%. Материалы и методы. В исследование были включены 165 пациентов (173 глаза), прооперированных на базе центра амбулаторной хирургии по поводу хронического дакриоцистита в период с 2019 по 2022 г. Возраст пациентов варьировал от 26 до 85 лет. Среди обследуемых соотношение по полу было следующим: 140 женщин (средний возраст — 50,450±10,7 года) и 25 мужчин (средний возраст — 45,303±13,9 года). Наблюдаемый перевес в сторону женщин (86,4%) в нашем исследовании объясняется более частой встречаемостью дакриоцистита у них из-за анатомофизиологических особенностей слезоотводящих путей. Всем пациентам перед операцией было проведено офтальмологическое обследование по стандартной схеме: исследование слезного аппарата включало в себя тест Ширмера, диагностическое промывание слезоотводящих путей и рентгенографию слезоотводящих путей с контрастом (29–31% йодолипол). В послеоперационном периоде восстановление слезоотведения оценивали по результатам промывания слезоотводящих путей. Субъективная оценка выраженности слезотечения до и после операции проводилась с использованием балльной шкалы от 0 до 4, где 0 баллов — отсутствие жалоб на слезотечение, 1 балл — слезостояние или незначительное слезотечение на улице в холодную и ветреную погоду, 3 балла — выраженное слезотечение и гнойное отделяемое при надавливании на область слезного мешка, а 4 балла — наличие выраженного слезотечения и гнойного отделяемого на улице и в помещении. Также балльная шкала использовалась в субъективной характеристике выраженности рубцовых изменений в области кожного разреза, где 1 балл — рубец не заметен, а 2 — грубый, келоидный рубец. В данной работе проанализированы отдаленные результаты операции у 165 пациентов (167 глаз), срок наблюдения за которыми в послеоперационном периоде варьировал от 4 до 33 месяцев (19,4±6,9 месяца). Для оценки использовали как данные функциональных проб, так и степень субъективного уменьшения слезотечения. При отсутствии жалоб на слезотечение и слезостояние (субъективная оценка слезотечения — 0 баллов), свободной проходимости слезоотводящих путей при промывании результат операции

расценивали как «выздоровление». При наличии жалоб на слезостояние или незначительное слезотечение на улице в холодную и ветреную погоду (субъективная оценка слезотечения — 1–2 балла), свободном или несколько затрудненном промывании слезоотводящих путей (жидкость проходит в нос каплями, но под давлением, частично возвращаясь обратно через слезные точки) состояние расценивали как «улучшение». При наличии жалоб на выраженное слезотечение и гнойное отделяемое в помещении и на улице (субъективная оценка слезотечения — 3–4 балла), отсутствии проходимости слезоотводящих путей при промывании (жидкость выходит обратно через слезные точки, не попадая в полость носа) результат операции расценивали как «рецидив». Таким образом, к положительным исходам относили «выздоровление» и «улучшение», к отрицательному — «рецидив» заболевания.

**Результаты и обсуждение.** До операции выраженное гнойное отделяемое из слезных точек при надавливании на область слезного мешка наблюдалось в 96,7% (167 глаз). Жалобы на незначительное слезотечение (2 балла) отмечались в 3,3% (6 глаз). В послеоперационном периоде жалобы на выраженное слезотечение и гнойное отделяемое на улице и в помещении (3–4 балла) предъявляли 17 пациентов (9,8%).

**Выводы.** Модифицированной методики формирования соустья со сшиванием передних лоскутов «П-образной» формы из латеральной стенки слезного мешка и из слизистой медиальной стенки носа является эффективным методом при лечении дакриоциститов, так же технически более проста в исполнении и менее затратная по времени, но при этом не уступает по эффективности классическому методу.

## ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ВЛАГАЛИЩА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФРАГМЕНТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

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*

Вагинопластика с применением эндоскопического кольпосигмопозза — метод реконструкции влагалища набирающий популярность в мировой практике. Этому способствуют: развитие лапароскопического инструмента и его доступность, растущие требования пациентов. Суть метода заключается в выделении и мобилизации участка сигмовидной кишки проксимальнее ректосигмоидального отдела, с сохранением кровоснабжения. Интерпозиция и фиксация полученного фрагмента в малом тазу, при этом дистальный конец проводится через сформированное ретроцервикальное пространство и мышцы тазового дна в область промежности. Полученный комплекс представляет собой неовлагалище с фиксированной глубиной, естественной выстилкой, продукцией смазки, без склонности к контрактурам, рубцеванию и выпадению.

**Цель.** Проанализировать опыт выполнения реконструкций влагалища методом лапароскопического кольпосигмопозза у пациентов с врожденными аномалиями развития половых органов.

**Материалы и методы.** Наблюдение включает 11 пациентов с различными аномалиями развития половых органов, включая транссексуализм, проходивших хирургическое лечение с применением методики кольпосигмопозза на базе ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова УКБ1 и ООО «ССМЦ», выполнен анализ результатов оперативного вмешательства, осложнений, повторных корректирующих операций, удовлетворенности пациентов результатом операции на основании разработанных анкет.

**Результаты.** Из 11 оперативных вмешательств только в 1 случае потребовалась дополнительная корригирующая операция, связанная с стриктурой кожной части входа во влагалище. Было выполнено иссечение рубцовых тканей с пластикой местными тканями, после чего не наблюдалось повторного патологического рубцевания. Все пациенты удовлетворены функциональными результатами оперативного вмешательства, а также эстетической составляющей и не испытывают дискомфорта в половой жизни. На основании имеющихся данных можно судить о преимуществах метода, таких как: возможность получить неовлагалище желаемой глубины; наличие естественной смазки; эластичность полученного органа; неовлагалище не склонно к рубцеванию, выпадению, контрактурам; отсутствие протяженных рубцов; физиологичность результата; малоинвазивность методики; быстрая реабилитация после оперативного вмешательства, низкий риск ишемических осложнений.

**Выводы.** Реконструкция влагалища методом кольпосигмопозза современный, востребованный способ формирования неовлагалища, максимально приближенного к естественному, в условиях недостатка пластичного материала. Для выполнения кольпосигмопозза необходимо наличие лапароскопического оборудования, а также двух хирургических бригад, которые, работая параллельно, существенно ускоряют выполнение операции и снижают риск возникновения осложнений.

## НАШ ОПЫТ РЕКОНСТРУКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА

Кадыров М. С.

*MAXCLINIC, Бишкек, Республика Кыргызстан*

Врожденная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и неба является тяжелым пороком эмбрионального развития. По данным ВОЗ, частота рождаемости детей с врожденными расщелинами губы и неба в среднем составляет 1:750 новорожденных в мире.

**Цель.** Оптимизация хирургического лечения детей с расщелиной губы и неба.

**Материалы и методы.** Период — ясельный возраст. 1. Хирургическое лечение с 3-месячного возраста. Первичная хейлоринопластика выполнена по модифицированной методике Millard, и был направлен на устранение дефектов и деформаций верхней губы и носа. 2. Послеоперационная реабилитация, противорубцовая терапия. 3. Ортодонтическое лечение, изготовление obturatora, предназначенного для закрытия дефекта неба.

**Период** — дошкольный и школьный возраст. 1. Хирургическая коррекция послеоперационных дефектов после ура-

нопластики и небно-глоточной недостаточности (по показаниям). 2. Логопедическое лечение, которое направлено на развитие подвижности оперированного неба. 3. Хирургическое лечение — костная пластика альвеолярного отростка с 9 лет. 4. Реконструктивная хейлоринопластика при остаточных деформациях носа.

Результаты и обсуждение. Получены хорошие и удовлетворительные непосредственные результаты лечения, при этом доля больных с хорошими эстетическими результатами существенно превышает долю пациентов с удовлетворительными результатами независимо от вида и степени выраженности дефектов.

Выводы. Хирургическое лечение, основанное на устранении патологического смещения всех компонентов верхней губы, неба, носа с последующим восстановлением нормальной топографии и анатомии всех элементов у детей раннего возраста независимо от вида и степени выраженности дефектов, позволяет добиться стойких хороших и удовлетворительных эстетических и функциональных результатов лечения.

## ДИЗАЙН ПРОМЕЖНОСТИ. ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМОТЕРАПИИ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Калиматова Д. М., Доброхотова Ю. Э.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва*

С возрастом у женщин неизбежно происходят изменения в состоянии кожи и слизистых оболочек, которые сопровождаются снижением тонуса стенок влагалища; ощущением сухости в результате уменьшения продукции естественного вагинального секрета; уменьшением складчатости слизистой влагалища; снижением чувствительности и качества половой жизни; уменьшением либидо, что часто становится причиной конфликтов в семье. С подобными симптомами впервые могут столкнуться женщины уже в 35–40 лет, а после наступления менопаузы атрофические изменения уrogenитального тракта в большей или меньшей степени присутствуют у всех женщин. Это часто сопровождается возникновением комплексов и психических расстройств, что в комплексе с клиническими проявлениями резко снижает качество жизни женщины. Для их устранения в гинекологии применяется плазмолифтинг. Кроме того, он же включен в состав антивозрастных программ, направленных на улучшение эстетической привлекательности женских половых органов.

Цель. Оценка эффективности применения PRGF при коррекции возрастных изменений аногенитальной области.

Материалы и методы. В исследование было включено 124 пациентки с диагнозом «генитоуринарный синдром». Критерии включения: атрофия (вялость) кожи — наличие пролапса тазовых органов 1–2 степени — подписанное информированное согласие пациентки на участие в клиническом исследовании. Критерии невключения: воспалительные заболевания органов малого таза, злокачественные новообразования. Пациенткам проводили PRGF-терапию возрастных изменений. Особенности проведения плазмолитерапии: первым этапом процедуры является забор веноз-

ной крови у пациентки из локтевой вены с помощью катетера. Как правило, достаточно 60–90 мл. Кровь помещают в специальные пробирки, которые содержат эноксапарин натрия и разделительный гель. Их устанавливают в центрифугу и выбирают нужную скорость вращения. Через 5 минут пробирку забирают. Благодаря разделительному гелю в ней уже четко видно слой супернатанта, т.е. отделившейся аутоплазмы. Его отбирают с помощью шприца и тут же приступают к введению. Крайне важно, чтобы для получения плазмы использовались только специально предназначенные для этого пробирки и центрифуги. Одним из основных направлений использования плазмолифтинга в гинекологии является коррекция эстетических недостатков наружных половых органов у женщин в любом возрасте, в том числе: чрезмерной пигментации; сухости кожи и слизистых оболочек; снижение тонуса больших и малых половых губ; шрамы и рубцы; растяжки.

Результаты. После проведения 3 процедур пациентки отметили: повышение тонуса тканей; уменьшение пигментации; уменьшение выраженности послеоперационных рубцов, в частности оставшихся после проведения эпизиотомии и эпизиорафии; снижение выраженности послеродовых растяжек; улучшение состояния слизистых оболочек, устранение ощущения сухости; повышение чувствительности малых половых губ, клитора, стенок влагалища и точки G (при доп. проведении плазмолифтинга влагалища).

Выводы. Плазмолифтинг в гинекологии представляет собой уникальную методику восстановления органов мочеполовой системы и омоложения тканей, который может применяться как изолированно, так и в комплексе с другими методиками.

## ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ ЭНЕРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ СЛАБОСТИ

Калиматова Д. М., Доброхотова Ю. Э.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва*

Вульвовагинальную слабость относят к начальным проявлениям несостоятельности мышц тазового дна. В последнее время мы наблюдаем увеличение количества молодых, социально активных и ведущих половую жизнь женщин с данной патологией различной степени выраженности. В связи с чем необходимо повысить эффективность лечения пролапса тазовых органов, что в первую очередь определяется адекватным и клинически обоснованным выбором метода коррекции этой патологии. В последние годы предложено применение радиочастотных аппаратов, в основе механизма лечебного эффекта такого подхода лежит воздействие фокусированного пучка электромагнитных волн, в результате которого тепловая энергия стимулирует генераторные процессы в подлежащих слоях соединительной ткани стенок влагалища.

Цель. Изучение эффективности и безопасности лечения вульвовагинальной слабости с помощью метода неаблятивного радиочастотного воздействия — ДКРЧТМ (динамической квадриполярной радиочастоты).

Материалы и методы. В исследование было включено 79 пациенток репродуктивного возраста (от 35 до 42 лет)

с диагнозом пролапс гениталий II степени. Критериями включения пациенток в исследование были: наличие диагностированного пролапса гениталий по POP-Q, II степени; подписанное информированное согласие пациентки на участие в клиническом исследовании. В качестве критериев невключения рассматривали: воспалительные заболевания органов малого таза; наличие тяжелой экстрагенитальной патологии; любой вид злокачественных новообразований. Пациентки были рандомизированы в 2 группы: в группу 1 (основную) были включены 47 пациенток, которым четырехкратно проводилась процедура непрерывного ДКРЧ-воздействия на внутренние половые органы с интервалом в 7–14 дней; группу 2 (сравнения) составили 32 пациентки, которым с целью коррекции вульвовагинальной слабости проводился курс упражнений Кегеля в течение 3 месяцев. Лечение пациенток группы 1 осуществлялось с использованием технологии динамической квадриполярной радиочастоты, при этом применялись две насадки: интравагинальная и наружная. В основе воздействия лежит энергия динамической квадриполярной радиочастоты (ДКРЧТМ) с частотой 1–1,3 МГц, которая использует группу из четырех электродов, обменивающихся электромагнитными волнами в динамическом режиме, формируя буферные поля и локализуя энергию в целевых тканях.

Результаты. У пациенток основной группы на фоне ДКРЧ-терапии не было зарегистрировано случаев ожога в области воздействия, боли и/или дискомфорта, а также нарушений менструального цикла. По результатам анкетирования PISQ-12 у пациенток отмечалось улучшение сексуальной функции, а также улучшение психоэмоционального состояния, которые были более выражены в группе 1.

Выводы. Предполагают, что развитию вульвовагинальной слабости и пролапса тазовых органов способствуют изменения содержания эластина во внутренней фасции таза. Для лечения этого состояния предложен ряд консервативных и инвазивных методов, включающих физиотерапию с упражнениями для мышц тазового дна, использование пессариев, операции сакрокольпексии, укрепление маточно-крестцовой связки или их комбинацией. Результаты проведенного нами исследования показали, что у пациенток основной группы через 1 и 3 мес. после проведенного лечения наблюдалась более выраженная динамика исследуемых показателей (по сравнению с группой сравнения): снижение частоты проявлений и выраженности вагинальных симптомов, улучшение показателей опросника оценки дисфункции тазовых органов (PFDI-20), оценки состояния диафрагмы таза (PFIQ-7), оценки качества сексуальной жизни пациенток по опроснику PISQ-12. Результаты нашей работы показали, что применение ДКРЧТМ-терапии является клинически эффективным методом лечения вульвовагинальной слабости, способствует более выраженному, чем при использовании стандартных методов лечения, устранению влажностных симптомов, недержания мочи, пролапса гениталий, чему способствует улучшение состояния диафрагмы таза. Метод динамической квадриполярной радиочастоты хорошо переносим и характеризуется высокой безопасностью применения у женщин репродуктивного возраста с проявлениями вульвовагинальной слабости.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СТРЕССА У КРЫС В БИОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ СЕПТОПЛАСТИКИ

Кастыро И. В., Аль Хатиб Н., Андришин В. М., Дьяченко Ю. Е., Миронов Н. А., Маркушин А. А., Костяева М. Г., Попадюк В. И., Ганьшин И. Б.

*Российский университет дружбы народов, Москва*

Цель. Доработка и усовершенствование биологической модели септопластики на грызунах (крысы), которая бы позволила продолжительное время проводить регистрацию различных физиологических и поведенческих реакций организма после резекции носовой перегородки.

Материалы и методы. Эксперимент проводили на 40 аутбредных крысах Wistar (самцы, массой тела 300–330 г). Животных содержали по 4 крысы в клетке в условиях 12-часового светового дня при свободном доступе к воде и корму. Эксперименты выполняли с учетом директивы 2010/63/EU от 22.10. 2010 г. и Приказа № 267 МЗ РФ от 19.06.2003 г. Крысы были разделены на 2 группы: интактный контроль (n=10) и крысы после септопластики (n=30). Крыс после септопластики, в постоперационный период, декапитировали на 2-й (n=10), 4-й (n=10) и 6-й (n=10) дни для взятия образцов органов и тканей на исследование. Хирургическое вмешательство осуществляли под общим инъекционным наркозом посредством внутрибрюшинного введения комбинированного препарата «Золетил-100» (действующее вещество 250 мг тилетамин гидрохлорида и 250 мг золазепам гидрохлорида, Zoletil, Франция) из расчета 1.5 мл/кг. Для формирования унилатерального повреждения носовой перегородки, крысе в ноздрю, на глубину 20–25 мм, вводили металлический зонд длиной 100 мм. Диаметр острого конца составлял 0,1 мм, основания — 1 мм. После введения зонда зигзагообразными движениями проводилась скарификация слизисто-надхрящечного слоя носовой перегородки. На 2-е, 4-е и 6-е сутки после операции животных декапитировали и забирали образцы тканей лицевого скелета в области хирургического вмешательства. Отобранный биоматериал помещали в декальцинирующий раствор на 30 дней, после чего фронтальные срезы перегородки носа заливали в парафиновые блоки. Затем нарезки препарата на микро-томе ткани окрашивали гематоксилином и эозином. Анализ концентрации кортикостерона в плазме крови. Забор крови проводили из хвостовой вены крысы на 1–6 сутки после септопластики. После забора кровь сразу же центрифугировали. До момента анализа плазму хранили при температуре –20 °С. Анализ концентрации глюкозы в крови. Кровь для анализа забирали из кончика хвоста крысы, прокалывая его иглой диаметром 0,8 мм. Выделенную каплю крови наносили на тест-полоску глюкометра (OneTouch Select Plus Flex, LifeScan, Inc., США).

Результаты. Оценка толщины слизистой носовой перегородки у интактных крыс показала, что среднее значение данного показателя составляет  $27,37 \pm 2,94$  мкм. Оценка гистологических препаратов (окраска гематоксилином и эозином) показала, что во все дни после операции в зоне повреждения сохраняется отек и гиперемия, а также диапедезные кровоизлияния в подслизистой основе. У некоторых крыс в области слизистых желез выявлялись перидуктальные мононуклеарные инфильтраты. Исследо-



вание популяции мастоцитов показало, что одним из последствий септопластики является изменение морфологии тучных клеток брыжейки. Для интактных крыс характерно преобладание тучных клеток с типом дегрануляции 0. У крыс после септопластики количественное соотношение меняется, и наибольшее число тучных клеток приходится на тип дегрануляции I. Во все дни исследования кроме увеличения клеток с типом дегрануляции I обнаружено значимое увеличение клеток с типами дегрануляции II и III. Наибольший уровень кортикостерона в плазме крови крыс был зарегистрирован во время проведения септопластики. В последующие дни после операции уровень гормона оставался повышенным и к 6 дню так и не достиг значений интактной группы. При этом в указанный период наблюдения происходит постепенное уменьшение уровня кортикостерона. На 2-й день после моделирования септопластики у крыс интактной группы и крыс после операции наблюдалось значимое увеличение концентрации глюкозы крови после проведения всех экспериментальных процедур. Данный параметр вырос на 44.4% и 49.1% в соответствующих группах относительно исходных значений. Значимых различий между интактной группой и группой после септопластики выявлено не было.

Выводы. Локальное повреждение носовой перегородки активизирует ряд системных реакций, связанных с усилением симпатического тонуса. Данные изменения носят продолжительный характер и кроме физиологического стресса создают предпосылки для стресса психоэмоционального, который может мешать восстановлению в постоперационный период и усугублять уже имеющиеся соматические заболевания.

## ПЛАСТИКА АЗИАТСКИХ ВЕК

**Качкинбаев И. К.**

*Институт пластической хирургии и гинекологии, Бишкек, Республика Кыргызстан*

Хирургическое изменение формы верхних век в настоящее время является наиболее часто выполняемой эстетической операцией в Средней Азии. Операция азиатских век сходна с операцией на веках других этнических групп, но существуют важные анатомические и хирургические отличия. В период с 2002 г. нами было произведено более 3000 операций «европеизации» верхних век. За этот период изучены анатомические особенности европейских и азиатских век. Разработана и предлагается новая прикладная классификация азиатских век. Анатомические различия и разнообразия азиатских век распределены по сагиттальному срезу и определяют вид применимой операции. Разработан алгоритм, который включает в себя этапы от предоперационной консультации до послеоперационного ведения пациентов.

Консультация. Понять ожидание пациента, определить показания и противопоказания. Показать ожидаемый результат, имитируя предполагаемую складку. Предоперационная разметка, которая тоже имеет свои особенности и правила. Обезболивание. Местное, раствор лидокаина с адреналином. Анестетик вводится подкожно в небольшом количестве до 2 мл. Послойное иссечение

тканей — кожа, круговая мышца глаза, орбитальная перегородка. Адекватное иссечение или сохранение в зависимости от исходных анатомических параметров и количества орбитального жира. Симметричное наложение внутренних фиксирующих складку мышечно-аппоневротических швов, адекватное растяжение претарзальной порции кожи с разворотом ресниц. Сшивание кожи. Непрерывный внутрикожный шов. Дренажное ретрооперационное зонирование как обязательная процедура. Полное восстановление после операции происходит в течение 1–2 месяцев.

## ЭТИОЛОГИЯ БРЫЛЕЙ, КОРРЕКЦИЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

**Качкинбаев И. К., Исаева К. И., Качкинбаев К. И., Алыбаев М. Э.**

*Институт пластической хирургии и гинекологии, Бишкек, Республика Кыргызстан*

Как правило, в ответ на вопрос хирурга «чего вы ожидаете и желаете исправить?» пациенты показывают легкое перемещение тканей щек, которое приводит к перемещению брылей назад и их визуальному устранению. Брыли в ряду первых проявлений возрастных изменений лица. Коррекция нижней трети лица является самой часто запрашиваемой операцией в практике пластического хирурга, занимающегося омоложением лица. Зачастую врачи в своем анализе не углубляются в причины возникновения брылей. Оговаривается лишь их наличие, оценивается выраженность и план операции (все возможные принятые варианты коррекции нижней зоны лица). В нашей презентации мы представляем этиологию появления брылей.

Поверхностная мышца шеи, которая признана атавизмом, обтягивает шею и нижнюю челюсть и формирует контур нижней трети лица. Рассматривая анатомию, отлично представленную Мендельсоном, и изучая анатомию нижнего предмассетерного пространства, надо принять, что данная анатомическая область является производным брылей. Наш анализ построен на результатах 380 прооперированных пациентов. В нашей практике для документирования предоперационного состояния лица и послеоперационной оценки результата мы используем индекс подвижности щеки. Также в докладе представлено отношение к мышце платизма как к противоборствующей силе долгосрочного результата коррекции нижней трети лица.

## АУТОДИПОЦИТАРНЫЙ ЛИФТИНГ (SLEFT LIFT) МЕЖЪГОДИЧНОЙ БОРОЗДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТОЙ КОПЧИКА

**Клименко К. В., Пахомова Р. А.**

*Российский биотехнологический университет, Москва*

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 причин является наличие у пациентов глубокой межъягодичной борозды с наличием множества вросших волос. Длительное наличие у пациентов глубокой (3,5–4,0 см 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. Цель. 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 2022 г. 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 крестцово-копчиковой области»).

Материалы и методы. 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 Толledo 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. Приживаемость 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.

Результаты. 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 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.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ НИЖНЕЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ ПРИ СКЛЕРАЛЬНОМ ВИДЕ И ПТОЗИРОВАНИИ НИЖНЕГО ВЕКА (ПЛАНИРОВАНИЕ, ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ, РЕЗУЛЬТАТЫ)

Ковынецев А. Н.

*Клиника пластической хирургии «Жуковка», Москва*

Нижняя блефаропластика (НБП) — тонкая и деликатная операция, при проведении которой, у пациентов склонных к подвывороту (эктропиону) нижнего века, нередко возникают трудности ввиду эстетического порядка и функциональных особенностей, связанных с ретракцией и неполным прилеганием ресничного края нижнего века.

Цель. Представление опыта оптимизации НБП для достижения максимального функционального и эстетического эффекта.

Материалы и методы. Операция НБП с разрезом кожи под ресничным краем (транскутальный доступ), миопексия, кантопексия, применение спейсера (в частности аллотрансплантат Regmacol) для подъема ресничного края, липофилинг была проведена у 2 пациенток женского пола. 1–53 года. Возрастные изменения, гиперэластоз. 2–70 лет возрастные и послеоперационные изменения без дефицита тканей.

Результаты. У обеих больных достигнут стойкий стабильный результат с сохраненным прилеганием ресничного края нижнего века и фиксированный латеральный угол в позиции «молодого» века. Отмечено достижение естественного вида с сохраненной формой века без видимых агрессивных векторов натяжения, которые выдают хирургическое вмешательство. Приведены фото и видео примеры вида больных в возрасте 20, 35 лет, до и после вмешательства, динамики послеоперационного периода на 5, 9 и 14 сутки, после 1, 3, 5 месяцев.

Выводы. Проведение операции НБП по предложенной методике позволяет осуществлять щадящее вмешательство, сокращает время операции, уменьшает количество послеоперационных осложнений и позволяет получить стойкий положительный результат, сохраняя функциональность века.

## ОПТИМАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В ОБЪЕМНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ БОЛЬШИХ ПОЛОВЫХ ГУБ ПРИ ИНТИМНОЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКЕ

Кожевникова М. А.

*Клиника пластической хирургии и косметологии «Елена», Новосибирск*

В современном обществе неуклонно растет интерес к проблемам здоровья и социальной адаптации женщин в раннем и позднем послеродовом периоде, а также в период менопаузы, в связи с их более требовательным отношением к своему сексуальному здоровью. Необходимость в увеличении больших половых губ (БПГ) возникает у части женщин в предклимактерическом и климактерическом периоде, когда начинают появляться первые признаки старения, а также достаточно часто изменения в интимной области происходят после беременности и родов, в частности снижение объема больших половых губ и растяжение кожи.

Цель. Определить оптимальные способы коррекции больших половых губ.

Задачи:

1. Определить показания к интимной контурной пластике у разных возрастных групп пациентов.

2. Оценить эффективность эстетической коррекции больших половых губ филлерами на основе гиалуроновой кислоты (ГК) и аутожиром (липофиллинг).

Материалы и методы. В течение 2021–2023 гг. была проведена комплексная коррекция больших и малых половых губ 224 пациенткам. Предложенным способом проведено лечение у 57 пациентов в возрасте от 25 до 50 лет. Полноценный длительный эффект лифтинга может быть получен при насыщении гиподермы БПГ по максимальной площади с равномерным распределением, с одной стороны, за счет трассирующей веерной техники по всему объему БПГ после определенной разметки и использования канюли определенной длины, с другой стороны, за счет дополнительного равномерного распределения введенного аутожира в ткани с помощью массажных движений. При липодистрофии больших половых губ сначала обозначают горизонтальную линию, проходящую через середину БПГ и являющуюся основанием двух треугольников с вершинами в верхней и нижней точке БПГ. Аутожир и филлер вводят последовательно через вершины треугольников с помощью канюли 1,2 мм длиной 50–70 см веерной техникой по всему объему БПГ в объеме 10–20 мл на каждую половую губу. Массирующими движениями равномерно распределяют аутожир и филлер в подкожно-жировом слое.

Результаты. Результаты наблюдения в течение 24-месячного периода показали, что имелась умеренная болезненность и отечность в послеоперационном периоде. Реабилитация протекала гладко и быстро, имел место хороший эстетический результат и возможность возобновления сексуальных отношений уже через 7 дней и через 14 дней в сочетании с пластикой малых половых губ.

Выводы. Пациенты находились под наблюдением 24 месяца, наблюдался стойкий косметический эффект, устранение зияния половой щели. Пациенты свидетельствовали об эстетической и сексуальной удовлетворенности, при минимальной реабилитации. При отборе пациентов, имеет

место только индивидуальный подход в выборе метода коррекции филлерами гиалуроновой кислоты или аутожиром.

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ОМОЛОЖЕНИИ ЛИЦА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МОРФОТИПАХ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА

Кожевникова М. А.

*Клиника пластической хирургии «Елена», Новосибирск*

В процесс возрастной инволюции вовлекаются кожа и все подлежащие структуры лица. Это позволяет выделить два базовых компонента старения: кожный, связанный с дистрофическими изменениями эпидермиса и дермы, и структурный (рельефный, сопровождающийся диспозицией мягких тканей лица (МТЛ)) и потерей ими объема. Для эффективной работы с каждым из компонентов требуются разные хирургические и терапевтические методы и стратегии. Вопрос индивидуального подбора методов коррекции напрямую зависит от степени выраженности инволютивных изменений и преобладания тех или иных морфофункциональных признаков возрастных изменений. В современных условиях жизни, когда мужчины и женщины не готовы длительно «выпадать» из социальной жизни, современная эстетическая медицина вынуждена двигаться в направлении малоинвазивных вмешательств с максимальным результатом и коротким периодом реабилитации. Именно поэтому сочетание индивидуального подхода и малоинвазивных технологий в комплексном омоложении лица и шеи на сегодняшний день так актуально.

Цель. Оценить эффективность малоинвазивных хирургических методов, таких как пластика верхних и нижних век, лифтинг средней зоны лица, радиочастотная липосакция подчелюстной области и шеи, радиочастотный микроигльчатый лифтинг, фронто-темпоральный лифтинг (ФТЛ) при разном морфотипе возрастных изменений.

Задачи:

1. Познакомить с морфотипами возрастных изменений и их характеристикой.

2. Подобрать оптимальные малоинвазивные хирургические методики к конкретному морфотипу возрастных изменений.

Материалы и методы. За период 2020–2023 гг. были обследованы и прооперированы 294 пациентки. С помощью критериев включения и исключения были отобраны 8 пациентов, которым произведено: 1. Оценка морфотипа возрастных изменений 2. Фотографирование пациенток до и после операции. 3. Оперативные вмешательства в объеме: уставый морфотип — пластика верхних и нижних век, лифтинг средней зоны лица, радиочастотный микроигльчатый лифтинг на 3 глубинах (1, 2, 3 мм), фронто-темпоральный лифтинг. Деформационный тип — пластика верхних и нижних век, лифтинг средней зоны лица, радиочастотная липосакция подчелюстной области и шеи, радиочастотный микроигльчатый лифтинг на 3 глубинах (1, 2, 3 мм). Мелкоморщинистый морфотип — блефаропластика верхних и нижних век, радиочастотный микроигльчатый лифтинг на 2 глубинах (1, 2 мм). Мышечный морфотип — пластика верхних и нижних век, лифтинг средней зоны лица, фронто-темпо-

ральный лифтинг (фтл), радиочастотный микроигльчатый лифтинг на 2 глубинах (1, 2 мм). 4. Обследование в раннем 1, 2 недели и позднем послеоперационном периоде в сроки 1, 3, 6 мес., 12 мес. после операции.

Результаты. Результаты исследования показали не только эффективность малоинвазивных вмешательств в комплексном омоложении лица, но и быстрое восстановление пациентов после оперативных вмешательств, что определялось быстрой заживления, схождения отеков и выхода на работу.

Выводы. Результаты исследования показали, что при планировании комплексного омоложения лица малоинвазивными способами необходимо руководствоваться индивидуальными особенностями инволютивными изменениями лица и шеи, и непосредственно различным морфотипом возрастных изменений лица и шеи. При соблюдении индивидуального подхода в комплексном омоложении лица и шеи малоинвазивные хирургические методики являются эффективными относительно эстетических критериев различных морфотипов возрастных изменений

## ФОРМИРОВАНИЕ ПУПКА ПРИ АБДОМИНОПЛАСТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ МАССИВНОЙ ПОТЕРИ ВЕСА

Кожемяцкий В. М.

*Краевая клиническая больница, Барнаул*

Основные принципы разработаны и применяются длительное время и включают в себя иссечение избытка кожно-жирового лоскута, укрепление фасциального каркаса и умбиликальную пластику, которая имеет наибольшее значение для достижения эстетического результата данной операции. Наибольшие сложности представляют пациенты после массивной потери веса тела ввиду подвижности кожно-жирового слоя относительно апоневроза и несоответствие длины пупочного стебля относительно толщины кожно-жирового лоскута на данном уровне.

Цель. Улучшить результаты умбиликальной пластики для создания наиболее эстетической формы пупка.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 28 пациентов перенесших бариатрические операции с целью коррекции веса тела. Возраст пациентов составил от 24 до 56 лет, женщины — 24, мужчины — 4. Потеря веса составила от 36 до 70 кг. При предоперационном осмотре отмечалась повышенная подвижность кожно-жирового слоя относительно более глубоких структур с образованием кожно-жирового «фартука», при этом кожная воронка пупка имела горизонтальную направленность. Во время операции, согласно предоперационной разметке, проводилась мобилизация кожно-жирового лоскута и мобилизация пупочного стебля от брюшной стенки. Выполнялось ушивание диастаза на всем протяжении белой линии живота. Укорочение пупочного стебля при этом было недостаточно по отношению к толщине смещенного кожно-жирового лоскута. Дополнительно выше и ниже пупка выполнялись гофрирующие швы на пупочный стебель с фиксацией к апоневрозу для создания втянутости пупка. При размещении кожно-жирового лоскута в новом положении выполнялась фиксация отдельными швами поверхностной фасции к апо-

неврозу, что дополнительно стабилизировало кожно-жировой лоскут и являлось профилактикой девиации пупка. Новое пупочное кольцо выполнялось в виде овала, ориентированного вертикально. Во избежание возможного рубцевания и стенозирования пупка подшивание к брюшной стенке выполнялось отдельными узловыми швами.

Результаты. Осмотр выполнялся через 3 и 6 месяцев после операции. Все прооперированные пациенты отметили оптимальный размер и форму пупка, что соответствовало их ожиданиям.

Выводы. Примененная тактика является эффективной с эстетической точки зрения и приемлема пациентами.

## СПОСОБ ОДНОМОМЕНТНОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЬЮ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Кокаев К. Т., Теремов А. В., Забунян Г. А., Мартиросян А. А.

*Научно-исследовательский институт — Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского, Краснодар*

Известно, что в ходе лечения пациентов со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области, в частности распространенного рака верхней челюсти и твердого неба, применяется метод отсроченной многоэтапной терапии, включающий: на первом этапе проведение консервативной химиотерапии и лучевой терапии основного онкологического заболевания, на втором этапе хирургическое вмешательство, направленное на наиболее радикальное иссечение пораженных тканей; на третьем этапе постановку дентальных имплантатов и снятие оттисков с целью создания опоры для будущей ортопедической конструкции и на четвертом этапе постановку протеза в полости рта с целью компенсации образовавшегося послеоперационного дефекта.

Цель. Демонстрация успешного клинического случая в ходе лечения опухолевого заболевания костей лицевого скелета и последующей реабилитации.

Материалы и методы. В ГБУЗ «Научно-исследовательский институт — Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского» Минздрава Краснодарского края было проведено комплексное лечение пациента, включая хирургический и ортопедический этапы, и спланирован весь комплекс реабилитационных мер, направленных на повышение качества жизни пациента. Временный съемный протез, 3D-модели костной части, зубов и слизистой оболочки верхней челюсти, шаблоны для резекции верхней челюсти и направленной дентальной имплантации были изготовлены при помощи программного обеспечения Blender 3D и PlastyCad + 3Diagnosys (были совмещены данные конусно-лучевой компьютерной томографии лицевого скелета и интраорального сканирования зубов и слизистой оболочки полости рта). Постоянный съемный протез был изготовлен благодаря использованию временного протеза в качестве индивидуальной ложки. В ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края были проведены консервативные этапы — химиотерапия и радиотерапия спустя полгода после оперативного вмешательства, что послужило фактором успешности интеграции дентальных имплантатов.

Результаты и обсуждение. Решение о проведении отсроченного консервативного лечения онкологического заболевания, основывающееся на современных представлениях о патогенезе воздействия препаратов бисфосфонатного ряда и лучевой терапии на костную ткань, привело к полноценной остеоинтеграции дентальных имплантатов и заживлению послеоперационной раны. Одномоментная реконструкция привела к сохранению опоры мягких тканей, препятствующей рубцеванию и атрофии, сокращению объема тканей средней трети лица. Одномоментная жевательная нагрузка способствовала сохранению конфигурации суставной головки, воспрепятствовала прогению, ведущей к изменению эстетических параметров лица, и функциональной атрофии жевательных мышц. Отсутствие назогастрального зонда, полноценное речеобразование, нормальная дыхательная функция, адекватное дренирование околоносовых пазух послужили факторами благоприятного течения послеоперационного периода наряду с психоэмоциональной стабильностью пациента. Качество жизни пациента было значительно повышено.

Выводы. Комплексный, наукоёмкий подход, ориентированный на повышение качества жизни пациентов с онкологическим заболеванием необходим для получения наиболее успешных результатов в лечении и реабилитации. Многосторонняя проблема ведения таких пациентов требует междисциплинарного взаимодействия врачей разных специальностей.

## УЛУЧШЕНИЕ ЭСТЕТИЧЕСКОГО РЕЗУЛЬТАТА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РИНОФИМЫ

Колбанова И. Г., Туровский А. Б., Крюков А. И., Шведов Н. В., Мосин В. В., Степанова М. М.

*Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, кафедра оториноларингологии им. акад. Б. С. Преображенского, Городская клиническая больница им. В. В. Вересаева, Москва*

Ринофима — заболевание, которое относится к IV стадии розацеи, при котором патологический процесс поражает мягкие ткани наружного носа, изменяя и нарушая его архитектуру, приводя к обструкции дыхательных путей и эстетическому дефекту. Ринофима проявляется гипертрофией всех слоев кожи, формированием телеангиоэктазий, узелков, долек и развитием эритемы, что влечет за собой психоэмоциональные переживания больного. Понимание развития данного заболевания на современном этапе определила конкретный вектор его лечения, который лежит в плоскости различных хирургических методик («холодных» и/или «горячих»). Разработанная нами комбинированная методика иссечения ринофимоматозной ткани позволяет в рамках одной операции с помощью радиоволнового излучения быстро сформировать контур наружного носа, а последующая лазерная шлифовка выравнивает, сглаживает, стерилизует раневую поверхность и стимулирует процессы регенерации, что отражается на качестве эстетического результата.

Цель. Оценить с помощью опросника эстетический резуль-

тат комбинированного хирургического лечения ринофимы. Материалы и методы. В основу работы положен анализ клинических наблюдений и результатов хирургического и восстановительного лечения 34 пациентов с ринофимой в возрасте от 48 до 74 лет, 5 пациентов женского и 29 пациентов мужского пола (соотношение женщин к мужчинам составил 1:5,8), проходивших обследование и лечение в оториноларингологическом отделении Института. Диагноз ринофимы основывался на результатах клинического осмотра. Пациентам проводилось удаление ринофимоматозной ткани с помощью радиоволнового метода с последующей лазерной шлифовкой сформированной раны в рамках одной операции. Разработанный опросник включал 6 простых вопросов со шкалой от 0 до 100 (чем выше балл, тем более удовлетворен пациент), позволяющий оценить эстетический результат проведенного хирургического лечения ринофимы: 0 указывает на абсолютное разочарование пациента, а 100 — на абсолютное удовлетворение. Пациенты с баллами более 60% считаются удовлетворенными.

Результаты. Результаты показывают, что у всех пациентов сумма баллов составила более 60, что соответствует удовлетворенности проведенным лечением: 29 пациентов имели баллы от 90 до 100, считая результат лечения абсолютным успехом, 4 пациента от 81 до 90 были очень удовлетворены, 1 пациент с баллами менее 80 (79) был удовлетворен результатом лечения. Средний балл составил  $88,7 \pm 1,84$ , при медиане 93,75. Мужчины имели более высокие средние баллы, чем женщины: 91,65 и 84,95 соответственно, и эта разница статистически значима ( $p=0,03$ ). Отдаленные эстетические результаты (более 3х лет) прослежены у 18 пациентов, средний балл остался высоким у 14 пациентов и составил  $87,4 \pm 3,28$ , у 4 пациентов —  $79,8 \pm 2,96$ , что указывает на некоторый спад. Это снижение можно объяснить обострением течения розацеи, отдаленными послеоперационными изменениями (пигментация и др.), а также тем фактом, что за этот конкретный период выборка была небольшой.

Вывод. Проведенное исследование показывает, что эстетический результат комбинированного хирургического метода лечения ринофимы удовлетворительный и стабильный во времени.

## ЗАГОТОВКА АУТОКРОВИ И ПРОВЕДЕНИЕ АУТОТРАНФУЗИЙ, ДОНОРСКОЙ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ ПОСЛЕ СОЧЕТАННЫХ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Колмаков А. И.,  
Левицкая М. Г. Кочнева И. С. Степанов А. Ю. Горбачев А. А.  
*Клиника эстетической хирургии «Абриелль», Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, Санкт-Петербург*

Цель. Показать необходимость и эффективность заготовки аутокрови и проведение аутоотранфузий, донорской крови и ее компонентов, как неотъемлемую составляющую терапии в раннем послеоперационном периоде при проведении сочетанных пластических опера-

циях (ЛС+СМАС+бодилифт+Мастопексия МЖ+ЛГ МЖ+ФГ ягодиц).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов эффективности заготовки аутокрови и проведение аутотрансфузий, донорской крови и ее компонентов у 40 пациентов возрастной группы 35 (+5) лет и средним НВ 130г/л при проведении сочетанных пластических операций, который составил от 3 месяцев до 10 лет. У пациентов были проведены сочетанные пластические операции, при которых выявлена необходимость применения аутокрови, донорской крови и ее компонентов в раннем послеоперационном периоде.

Результаты и выводы. Возмещение операционной кровопотери при выполнении сочетанных пластических операций остаётся актуальной. Благоприятное течение послеоперационного периода во многом зависит от современных кровесберегающих технологий и адекватного восполнения объема циркулирующей крови (ОЦК) в интраоперационном и раннем послеоперационном периоде, за счет заготовки и трансфузии аутокрови, донорской крови и ее компонентов. По результатам проведенной работы нами было определено следующие группы пациентов: при НВ<70г/л пациентам было перелито 4 дозы ЭВРЛ и 1 доза аутокрови (12 человек). При НВ75–85 г/л пациентам было перелито 2 дозы ЭВРЛ и 1 доза аутокрови (18 человек). При НВ 100 г/л пациентам было перелито 1 доза аутокрови (10 человек). Учитывая данные результаты, нами определены следующие принципы трансфузионной терапии: пациентам 1 группы в первые сутки переливать 2 дозы ЭВРЛ+1 дозу аутокрови, повторно перелить 2 дозы ЭВРЛ на 3-е сутки, пациентам 2 группы в первые сутки переливать 2 дозы ЭВРЛ+1 дозу аутокрови, пациентам 3 группы в первые сутки переливать 1 дозу аутокрови.

## АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Колмаков А. И.,  
Левицкая М. Г. Кочнева И. С. Степанов А. Ю. Горбачев А. А.

*Клиника эстетической хирургии «Абриелль», Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, кафедра анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ФП И ДПО, Санкт-Петербург*

Цель. Изложить рекомендации по ведению пациентов при проведении сочетанных пластических операций (ЛС+СМАС+бодилифт+Мастопексия МЖ+ЛГ МЖ+ФГ ягодиц) и показать эффективность и необходимость грамотного анестезиологического пособия, как неотъемлемую составляющую при проведении сочетанных пластических операциях.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов эффективности анестезиологического пособия у 130 пациентов при проведении сочетанных пластических операций, который составил от 3 месяцев до 10 лет. У пациентов были проведены сочетанные пластические операции, при которых было применено анестезиологическое пособие, на основе которых разработаны принципы введения данной группы пациентов.

Результаты и выводы. В результате детального анализа проведенной работы мы пришли к выводу, что одной из основных проблем современной анестезиологии является обеспечение грамотного анестезиологического пособия у пациентов при проведении сочетанных пластических операций, когда врач анестезиолог-реаниматолог занимается не только анестезией, но и интенсивной терапией в раннем послеоперационном периоде, совместно с пластическим хирургом. Общепринятых стандартов для введения таких пациентов в пластической хирургии нет, поэтому на фоне наших наблюдений мы разработали принципы введения данной группы пациентов, которые заключаются в следующем: 1. Тщательная предоперационная подготовка пациента к сочетанной операции. 2. Грамотное интраоперационное введение такой группы пациента. 3. Комплексная терапия в послеоперационном периоде. На основании полученных результатов 87% пациентов данной группы закончили лечение без осложнений в течение 3– дней стационарного наблюдения и выписались с положительными результатами.

## СВОБОДНЫЙ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫЙ СУРАЛЬНЫЙ АУТОРНАСПЛАНТАТ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ РОТОГЛОТКИ. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ЭСТЕТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Колчанов Г. М., Алексеева Д. А., Мартиросян В. В.  
*Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург*

Хирургическое лечение злокачественных новообразований ротоглотки сопряжено с формированием сложных с анатомо-функциональной точки зрения орофарингеальных дефектов. Выполнение реконструктивно-пластических вмешательств на этапе комбинированного и/или комплексного лечения пациентов со злокачественными опухолями ротоглотки значительно сокращает сроки и качество реабилитации, снижает уровень инвалидизации оперированных больных. С этой целью необходимо использовать аутоотрансплантаты с наименьшим донорским ущербом.

Цель. Функциональная и эстетическая оценка результатов микрохирургической реконструкции комбинированных орофарингеальных дефектов с использованием сурального аутоотрансплантата.

Материалы и методы. Нами накоплен клинический опыт использования свободного реvascularизированного сурального аутоотрансплантата в ходе реконструктивного этапа лечения местно-распространенных злокачественных новообразований ротоглотки — 6 пациентов. Произведена анатомо-функциональная оценка качества реконструкции ротоглотки путем фиброфарингоскопии спустя 3 месяца после операции, а также оценка тяжести донорского ущерба в отдаленном периоде. Работа проведена на основании наблюдений СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер».

Результаты. Эндоскопическая оценка состояния ротоглот-

ки через 3 месяца показали состоятельность сурального аутоотрансплантата в качестве пластического материала при дефектах указанной локализации. Оценка функциональных и эстетических результатов донорского ущерба говорят о низкой травматичности этого аутоотрансплантата.

Выводы. Применение свободного ревааскуляризованного сурального аутоотрансплантата в ходе реконструктивного этапа лечения ЗНО ротоглотки обеспечивает улучшение функциональных и эстетических результатов лечения путем сокращения донорского ущерба.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА В СОЧЕТАНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ИНТИМНОЙ ОБЛАСТИ У ЖЕНЩИН

Кондрашова И. В.

Сеть клиник «Атлас», Москва

75–80% пациенток, обращающихся с эстетическими запросами по лицу, считают, что изменения в интимной области, в области наружных половых органов, связанные с возрастом и гормональными изменениями, невозможно решить консервативно и эффективно. Данная работа посвящена использованию неодимового лазера с длиной волны 1064 нм, отечественного производства, как наиболее изученного и безопасного лазерного устройства, применяемого на сегодняшний день в гинекологии, действие которого основано на фото-термическом эффекте, реализуемом за счет поглощения излучения дезокси- и оксигемоглобином, и сочетания инъекционного применения объемобразующих препаратов на основе гиалуроновой кислоты. В работах была продемонстрирована клиническая эффективность применения неодимового лазера при атрофических изменениях стенок влагалища и пролапсе начальных стадий, продемонстрированы позитивные изменения стенок влагалища на гистологическом уровне: уплотнение коллагеновых пучков и восстановление эпителия. Однако в литературе не встречаются работы, посвященные сочетанным методикам лечения возрастных изменений интимной области с применением неодимового лазера.

Цель. Показать возможности максимально эффективной и безопасной процедуры по коррекции возраст-ассоциированных изменений интимной области женщин с эстетическим, терапевтическим пролонгированным эффектом.

Материалы и методы. На протяжении 2 лет в нашей клинике было проведено 186 процедур, с использованием неодимового (Nd: YAG) лазера отечественного производства у 48 пациенток и проведена инъекционная коррекция, с использованием препарата на основе гиалуроновой кислоты в концентрации 24 мг/мл. Основными жалобами пациенток были изменения связанные с возрастом (сухость слизистых, снижение чувствительности влагалища, дисоргазмия, ощущения широкого влагалища, подтекание мочи при физических нагрузках, смехе, чихании, а также дряблость кожи наружных половых органов, диспропорция малых и больших половых губ,

гиперпигментация). Применялся курс 3–4 процедуры с использованием неодимового лазера в индивидуально подобранных рабочих диапазонах параметров с интервалом в 28–35 дней и инъекцированием объемобразующего препарата на основе гиалуроновой кислоты в объеме 2–4 мл (восполнение объема мягких тканей больших и малых половых губ, аугментация точки С и капюшона клитера, парауретральное введение). Эффективность процедур оценивалась по опросу пациенток об их удовлетворенности результатами процедуры.

Результаты. Выполненные процедуры позволили максимально эффективно решить терапевтический и эстетический запрос у 95% обратившихся пациенток, с сохранением эффекта от проведенных процедур от 9 до 18 месяцев. За весь период не было обнаружено побочных эффектов и осложнений, как после лазерного воздействия, так и после введения объемобразующего препарата.

Выводы. 1. Применение неодимового лазера и ГК для решения терапевтических и эстетических возраст-ассоциированных изменений интимной области безопасно и эффективно. 2. Данная методика имеет доказано значимый и пролонгированный эффект. 3. Данная методика является консервативной и безопасной, с минимальным болевым воздействием и минимальным этапом реабилитации (процедура обедненного перерыва). 4. Сохранение и восстановление сексуального здоровья женщины, ее психологической уверенности в себе, ее активности, имеет важную медико-социальную задачу.

## СТАРЕНИЕ СИЛИКОНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН РЕЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Кононец О. А., Шаробаро В. И., Мантурова Н. Е., Алексеева Е. И.

Клиника «Медлаз», Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий, Государственный Орден Трудового Красного Знамени научно-исследовательский институт химии и технологии элементоорганических соединений, Москва

Актуальность темы повторных операций эндопротезирования молочных желез остается по-прежнему высокой на сегодняшний день. Более 50% пациенток, обращающихся по поводу эстетической коррекции молочных желез, — это пациентки после увеличивающей маммопластики. Наиболее частой причиной повторных обращений является — изменение контуров, объема, формы, положения молочных желез после эндопротезирования в результате естественного старения силиконовых имплантатов, следствием которого является изменение их физико-химических и физико-механических характеристик.

Методы исследования. Ультразвуковой, патоморфологический, клинический, лабораторно-экспериментальный, акустическое сканирование мягких тканей молочных желез. В контрольную группу пациенток, обратившихся за повторной маммопластикой вошло 235 женщин в воз-

расте от 29 до 64 лет. В ходе проведенного исследования нами были изучены более 100 образцов силиконовых имплантатов различных производителей до и после их эксплуатации в тканях молочных желез, а также в процессе их искусственного старения.

Результаты. В результате проведенных исследований были выявлены особенности силиконовых имплантатов различных производителей, определены их оптимальные (гарантийные) сроки эксплуатации, а также алгоритмы хирургической техники, позволяющие достичь хорошего стабильного эстетического результата и снизить риск возможных осложнений.

## О РЕЗУЛЬТАТАХ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОВТОРНЫХ АУГМЕНТАЦИОННЫХ МАММОПЛАСТИК

Кораблева Н. П., Романенков Н. С., Некрасов А. А., Галиев И. А., Кремлёв Д. И.

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург*

Аугментационная маммопластика — одна из наиболее часто выполняемых эстетических операций. В то же время, согласно статистическим данным, от 15 до 25% пациентов оказываются недовольны результатами первичного хирургического вмешательства и по этой причине обращаются к специалистам для осуществления ревизионных операций. Высокие показатели частоты проведения аугментационной маммопластики на фоне отсутствия тенденции к снижению количества вторичных пластик молочных желез, обуславливают необходимость целенаправленного анализа структуры причин, приводящих к выполнению ревизионных хирургических вмешательств с оценкой их результатов.

Цель. Проанализировать основные причины и результаты проведения пациенткам вторичной аугментационной маммопластики.

Материалы и методы. При проведении исследования оценены сведения о 195 женщинах, которым в 2019–2022 гг. выполнена вторичная аугментационная маммопластика. Возраст пациенток варьировал от 20 до 63 лет, в среднем составил 39,5 лет.

Результаты. В группе пациенток, данные о которых проанализированы при проведении исследования, ревизионные хирургические вмешательства осуществлены в среднем через 8,5 лет после первичной операции. Показаниями для проведения повторных маммопластик в 98 (50,2%) случаях оказались эстетические несовершенства внешнего вида молочных желез, в 45 (23,1%) клинических наблюдениях у пациенток сформировалась капсульная контрактура, а у 52 (26,7%) женщин диагностированы внутрикапсульные разрывы имплантатов. Объем имплантатов, удаленных в связи с формированием капсульной контрактуры и разрывом оболочки, в среднем составил 270 мл. При проведении ревизионных хирургических вмешательств в большинстве (86%) случаев имплантаты молочных желез заменены, а в 14% наблюдений осуществлено их удаление. В 95% случаев пациенткам установлены имплантаты, объем которых превышал объем удаленных эндопротезов молочных желез. В среднем этот параметр

оказался больше на 55 мл. В 70% (137 из 195) случаев при проведении пациенткам повторной маммопластики потребовалось одномоментное выполнение мастопексии. Периареолярная, циркумвертикальная и Т-образная пексия молочных желез осуществлена в 25%, 30% и 45% наблюдений соответственно. Медиана наблюдения за пациентками в послеоперационном периоде составила 18 месяцев. Осложнений, обусловивших необходимость выполнения хирургических вмешательств, не отмечено. В 2 (1%) случаях при использовании для ушивания операционных ран полифиламентных резорбирующихся нитей констатированы единичные лигатурные свищи, полностью зажившие вторичным натяжением после удаления шовного материала.

Выводы. Планируя повторную пластику молочных желез, хирург должен принимать во внимание, что данный вид хирургических вмешательств, как правило, осуществляется пациенткам репродуктивного возраста не только в связи с эстетическими несовершенствами груди, сформировавшимися после первичной аугментационной маммопластики, но и по причине выявленных разрывов имплантатов. Планируя ревизионные операции, важно владеть как методиками удаления имплантатов единым блоком вместе с капсулой, так и осуществлять разные виды мастопексии в зависимости от интраоперационной оценки внешнего вида молочных желез.

## ЛИПОСАКЦИЯ ВЫСОКОЙ ТОЧНОСТИ: ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА ГЛУБИНЫ ПРОРИСОВКИ

Коробов А. В.

*Клиника «Ревайталайф», Москва*

Локальные жировые отложения — частое явление, с которым сталкиваются женщины после родов, а также в связи с неравномерным распределением подкожно-жировой клетчатки ввиду индивидуальных особенностей. Липосакция является одной из наиболее эффективных операций в эстетической хирургии, подразумевающей изменений контуров тела, гармонизации фигуры. В настоящее время для усиления эффекта, пластическими хирургами широко реализуется липосакция высокой точности, а именно прорисовка спортивных линий. Главный вопрос при этом состоит в правильном отборе пациентов с целью получения оптимального эстетического результата, а также степень (глубины) прорисовки линий.

Цель и задачи. Анализ отдаленных результатов при разных степенях прорисовки спортивных линий у пациентов с целью определения наилучшего применения липосакции высокой точности.

Материалы и методы. Всего проанализировано 50 пациенток женского пола с локальными жировыми отложениями на животе. Из них 26 (58%) — выполнялась изолированная липосакция высокой точности, а у 21 (42%) — липосакция сочеталась с миниабдоминопластикой и ушиванием диастаза прямых мышц живота. При выборе той или иной методики коррекции локальных жировых отложений и эстетической деформации передней брюшной стенки у пациентов применяли индивидуализированный подход с определением тургора и сократи-



мости кожи, степени избытков кожи передней брюшной стенки, а также учитывалось желание пациентки иметь спортивный контур и его выраженность. При этом при наличии локальных жировых отложений в области передней брюшной стенки и достаточно растянутой кожи, неспособной к сокращению, преобладании избытка кожи и подкожно-жировой клетчатки с небольшим птозом и ослаблении тонуса мышечно-апоневротического каркаса, операцию выполняли в объеме липосакции высокой точности и миниабдоминопластики с ушиванием диастаза прямых мышц живота. При наличии у пациента локальных жировых отложений на животе и достаточно эластичной кожи передней брюшной стенки, способной к сокращению, сохраненного тонуса мышечно-апоневротического каркаса (за счет отсутствия диастаза прямых мышц живота), выполнялась липосакция живота, пояснично-боковых зон, без выполнения миниабдоминопластики. Если при предоперационном осмотре у пациента были выявлены показания для выполнения абдоминопластики с переносом пупка, выполнение липоскульптуры высокой точности считали нецелесообразным, ввиду прогнозируемой неудовлетворенности неестественным конечным эстетическим результатом, также учитывался высокий риск нарушения кровоснабжения лоскута за счет агрессивной липосакции. Степень прорисовки использовалась различная, от сильной, до легкой в зависимости от желаний пациентки. Для достижения степени прорисовки использовалась агрессивность липосакции (глубина удаления жира, формирование более значительного перепада света-тени), а также в п/о периоде использовались пелоты (вкладки) помещенные на линии прорисовки на 3–7 дней, в зависимости от желаемой степени выраженности спортивных линий.

**Результаты.** Во всех представленных случаях удалось получить необходимую степень прорисовки спортивных линий. Но, анализируя отдаленные результаты, нельзя считать, что во всех случаях достигнут удовлетворительный эстетический результат, в связи с отсутствием естественности рельефа. А при наборе веса у некоторых пациентов, получена дополнительная деформация передней брюшной стенки в виде ограниченного прямоугольного жирового отложения на животе. В случае же с легкой прорисовкой линий были получены совсем иные результаты, удовлетворяющие пациента и врача. Данный результат отмечался естественными контурами, плавными переходами свет-тень. И в отдельных случаях набора веса, результат оставался естественным. При глубокой (глубокой) прорисовке линий, эстетический результат оставался удовлетворительным у пациентов с низким уровнем ПЖК, хорошей эластичностью кожи, отсутствием набора веса и строгого поддержания фигуры и занятий спортом и правильного питания.

**Вывод.** Индивидуальный подход при выборе методики липосакции высокой точности, а также степени прорисовки, крайне важен. Необходимо учитывать толщину ПЖК, степень сократимости кожи передней брюшной стенки, образа жизни пациента, учитывать возможные колебания веса. Автор пришел к выводу, что приоритет необходимо отдавать легкой прорисовке в виду большей естественности отдаленного результата, а сильную прорисовку использовать в узких показаниях.

## АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АБДОМИНОПЛАСТИКИ

Коростелев М. Ю., Шихалева Н. Г., Давыдов В. Г.,  
Седнев С. И., Сливкова А. А.  
ООО «Доктор-03», Москва

Абдоминопластика — одна из самых популярных процедур по коррекции контуров тела: это надежный и эффективный хирургический метод. Однако, как и любое другое хирургическое вмешательство, эта операция не застрахована от возникновения осложнений. Наиболее распространенными из них являются серома, гематома, инфекция, проблемы с заживлением ран и некроз кожного лоскута, изменение чувствительности кожных покровов на передней брюшной стенке. Особую роль операция абдоминопластики приобретает у пациентов, перенесших бариатрические операции. В доступной нам литературе мы не нашли анализа возникших осложнений после абдоминопластики у больных, перенесших бариатрическую операцию, и без нее. Так же весьма актуальным остаются вопросы профилактики возникновения ошибок и осложнений в этих двух группах пациентов. Цель. Провести анализ возникших осложнений после абдоминопластики у пациентов, перенесших бариатрические операции, и без них. Предложить пути профилактики этих осложнений.

**Материал и методы.** За последние 2,5 года в клинике прооперировано 94 пациента с различными видами абдоминопластики. Всех пациентов мы разделили на две группы: 1. пациенты, перенесшие бариатрические операции (8 человек — 7,52%); 2. пациенты без бариатрических операций (86 человек — 92,48%). Пациенты, которым проводилась торсопластика, в данное исследование не включались. В первую группу пациентов вошли 6 женщин и 2 мужчин. Все они имели в анамнезе бариатрические операции давностью от 1 года до 5 лет (в среднем 2,3 года). В течение послеоперационного периода была зарегистрирована средняя потеря массы 28,6 кг (максимальная — 78 кг и минимальная 11 кг). Средний индекс массы тела на момент выполнения абдоминопластики составил 30,2, что соответствует ожирению I степени. Вторую группу пациентов составили 79 женщин и 7 мужчин. Большинство женщин этой группы имели двух и более детей, у 15 (17,4%) родоразрешение прошло через кесарево сечение. Средний возраст составил 41,6 лет (от 26 до 67 лет). Средний индекс массы тела составил 25,8, что соответствует показателям избыточной массы тела (предожирение). Всем пациентам операции проводились после всестороннего обследования. Во время операции был использован комбинированный эндотрахеальный наркоз. В первой группе пациентов наряду с выполнением классической абдоминопластики у 68% случаев выполнено ушивание белой линии живота, в 7% — липосакция боковых поверхностей туловища, в 1,2% — мастопексия или эндопротезирование молочных желез. Во второй группе пациентов у всех была выполнена классическая абдоминопластика с ушиванием диастаза белой линии живота.

**Результаты.** В процессе лечения в большинстве случаев получены положительные результаты. Проанализированы ошибки и осложнения, полученные в процессе лечения данной группы пациентов, которые можно разделить на ранние и поздние послеоперационные. К ранним по-

слеоперационным осложнениям относили возникновение гематом, ранние ишемические некрозы. К поздним — образование сером, изменение чувствительности кожных покровов передней брюшной стенки, лигатурные свищи, послеоперационные рубцовые деформации. В первой группе осложнения возникли у каждого пациента. В двух случаях ранний послеоперационный период сопровождался возникновением ненапряженных гематом, которые были выявлены и купированы в ближайшие 12 часов после операции. В 4 случаях имели место серомы передней брюшной стенки объемом от 30 до 150 мл, при которых выполняли пункции под контролем УЗИ. Во второй группе больных в трех случаях (5,2%) в раннем послеоперационном периоде были выявлены гематомы, которые не повлияли на результат лечения. В 24 случаях (20,6%) имели место серомы передней брюшной стенки объемом от 15 до 200 мл, при которых так же выполняли пункции под контролем УЗИ. Рубцовая деформация передней брюшной стенки возникла у двух больных, что потребовало проведения повторных оперативных вмешательств. Нагноения ран не было отмечено ни в одной группе. Системных осложнений (сепсис, тромбоэмболия) не было. Вывод. Как показывает наш опыт, количество осложнений, возникающих при абдоминопластике, у пациентов, перенесших бариатрические операции выше, чем у обычных больных. Учитывая это, необходимо тщательно подходить к подготовке и планированию операций. Следует учитывать и планировать более длительный послеоперационный период наблюдения у постбариатрических пациентов.

## МЕТОД РЕДУКЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ НА ДВУХ ДЕРМАГЛАНДУЛЯРНЫХ НОЖКАХ

Коротков В. А., Нуриев А. А.  
ООО «АГ ФАБЕР ДЕНТАПЛАНТ», Уфа

Цели и задачи работы. Выполнить анализ результатов редукционной маммопластики выполненной у пациенток по поводу гигантомастии, гипермастии и птоза молочных желез на базе клиники ООО «АГ ФАБЕР ДЕНТАПЛАНТ», а также разработать оптимальную технику выполнения операции с сохранением сосково-ареолярного комплекса на двух питающих дермагландулярных ножках. Материалы и методы выполнения. В исследовании были проанализированы результаты выполненных операций за период с 2017–2023 гг. у 113 пациенток в возрасте от 18 до 60 лет. 6 пациенток не рожали и не кормили грудью, 107 рожали и кормили грудью. Вес удаленных тканей составил от 270 до 900 грамм с каждой стороны. Все пациентки проходили стандартные предоперационные исследования, УЗИ молочных желез, консультации профильных специалистов при необходимости. Основные жалобы наших пациенток были: 1. Эстетическая неудовлетворенность формой и размером молочной железы. 2. Трудности в подборе белья, одежды в целом. 3. Боли в шейно-грудном отделе позвоночника, нарушение осанки, деформация походки. 4. Субъективное ощущение снижения качества жизни. В анализ мы брали лишь тех пациентов, которым была выполнена редукционная маммопластика инвертированным Т-образным швом, по Wies. Предоперационная разметка выполняется

по стандартной методике. Расположение САК отмечаем на уровне 19–22 см от яремной вырезки. Диаметр ареолы 45 мм. В качестве анестетика используем лидокаин 10% 6 мл разведенный в 500 мл физиологического раствора 0,9% и 0,3 мл адреналина. После дезэпидермизации по разметке приступаем к резекции треугольных лоскутов в нижне-медиальном и нижне-латеральном краях МЖ с целью лучшего формирования нижнего свода. Далее выполняем мобилизацию медиального и латерального лоскута, не доходя 3 см до наружных границ МЖ. В процессе мобилизации лоскутов очень важно сохранять толщину слоя в 1,5 см. Именно в пределах этого слоя проходят поверхностные питающие САК сосуды. Когда лоскуты мобилизованы, и доступ к железе свободный приступаем к резекции ткани МЖ. Сохраняя слой 1–1,5 см на верхней и нижней дермагландулярной ножке, освобождаем САК. В этот момент нужно быть крайне осторожным, чтобы не повредить САК. Критерием достаточности резекции в верхнем квадранте является свободное укладывание САК на новое место. То есть дермагландулярная ножка должна без усилий складываться во время подшивания САК в новом положении.

Результаты и выводы. Данный метод выполнения редукционной маммопластики позволяет сохранить адекватное кровоснабжение и не затрудняют отток венозной крови с лоскутов молочной железы и области САК. Мы считаем очень важным сохранить свободный венозный отток с области ареолы, не допускать венозного застоя. В противном случае это может привести трофическим нарушениям и возможно это лежит первопричиной некрозов соска после редукционной маммопластики. Мы не сохраняем центральную ножку и септу Вюринга, именно эти структуры мы резецируем во всех случаях. Во всех операциях мы использовали для сохранения питания САК верхнюю и нижнюю дермагландулярные питающие ножки. Из 113 клинических случаев в 1 случае была картина краевой ишемии САК, которая разрешилась консервативной терапией. В 6 случаях была гематома груди, которая потребовала повторной операции. Условиями, при котором можно снизить риск ишемических нарушений, по нашему мнению, являются: 1. Ни в коем случае нельзя допускать чрезмерного натяжения краев раны. 2. Нельзя с усилием вправлять дермагландулярную ножку. 3. Нельзя допускать перекручивания ножки; 4. Не стоит слишком истончать медиальный и латеральный лоскут. Выводы. Наш метод операции не является универсальным и единственным правильным, но учитывая низкий процент ишемических осложнений, имеет полное право на существование.

## «ЭПИДЕМИЯ» ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ — ОТ DAMAGE CONTROL ДО РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Коскин В. С., Бадалов В. И., Медведев Г. В., Петров А. Н., Рудь А. А., Семенов Е. А.  
Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Как в мирное время, так и во время современных вооруженных конфликтов частота встречаемости множественных и сочетанных ранений конечностей и таза с обшир-

ными раневыми дефектами остается высокой и имеет тенденцию к увеличению. Данная патология сопровождается длительными сроками лечения, высокой частотой развития раневой инфекции (до 35–80%), невозможностью выполнения раннего внутреннего остеосинтеза и ранней реабилитации, достаточно высокой частотой инвалидизации и сочетанным характером ранения. Наиболее частой причиной обширных повреждений мягких тканей конечностей и таза являются минно-взрывные ранения, открытые механические травмы (рельсовая, производственная, ДТП). В литературе часто встречается термин — обширное повреждение. Однако единства в терминологии и понимании данной проблемы нет. Понятие обширности повреждений присутствует в различных классификациях: Gustilo-Anderson; Каплана-Марковой; классификация разрушений конечностей (ВПХ); классификация Tschernе; классификация отслоек кожи; АО Muller (1987); классификация Усольцевой. Также, отсутствуют классификации обширных повреждений таза, туловища, головы — по причине редкости лечения данного вида травм на госпитальном этапе — как правило, данные повреждения несовместимы с жизнью. Нами был проанализирован опыт лечения обширных повреждений мягких тканей у 176 пострадавших и раненых за последние 15 лет. 56 (31,8%) — пострадавших и раненых (группа № 1) — первичное поступление в клинику; 120 пациентов (68,2%) — переведены из других стационаров (группа № 2).

Результаты и обсуждение. Лечение пострадавших (первичных и переведенных) начиналось с обследования по алгоритму ABCDE, в первую очередь устранялись жизнеугрожающие последствия. Затем принималось решение о целесообразности сохранения конечности (объективизация по шкале ВПХ–MESS), при отсутствии таковой — выполнялась ампутация, либо выполнялась реконструкция магистральных сосудов. В большинстве случаев принималось решение о многоэтапной хирургической тактике (Damage Control). Выполнялись остановка кровотечения, фасциотомия, выполнение туалета раны, иммобилизация переломов костей с помощью аппаратов внешней фиксации (КСТ, КСВП), интенсивная терапия. При завершении первичной хирургической обработки рана не ушивалась наглухо, даже если ткани позволяли свести края раны без натяжения. Активно применялась дерматотензия (как лигатурная, так и с помощью сосудистой петли) с целью ретракции кожного края и уменьшения раневого дефекта в условиях нарастающего травматического отека околораневых тканей. Все пациенты получали лечение согласно принятому нами алгоритму лечения обширных раневых дефектов. В последующем в 63,4% (118) случаях окончательное закрытие дефектов осуществлялось путем перемещения несвободных кожно-мышечных лоскутов или с применением свободного аутоотрансплантата. У 9 пациентов из всего массива наблюдались генерализованные инфекционные осложнения (сепсис). Оставшиеся пациенты нуждались в микрохирургических методиках и «неклассических» местных пластик для закрытия раневого дефекта. Пластическое закрытие дефектов покровных тканей необходимо проводить с применением наиболее простых и надежных способов пластики: с наложением вторичных поздних швов, перемещенными кожными или мышечными лоскутами, свободной кожной пластики. В обеих группах тре-

бывалось до 20 оперативных вмешательств для закрытия раны. Сроки заживления раневого дефекта зависели от объема повреждений, выраженности и длительности инфекционного процесса: 36% пациентов — 15–20 суток без развития раневой инфекции, 47% — от 20 до 35 суток и у 16% превышали 35 суток и сопровождалась развитием раневой инфекции. Наиболее частые ошибки: не выполнялась ранняя жесткая иммобилизация аппаратами внешней фиксации у 44 переведенных пострадавших; ПХО выполнялась не в полном объеме — 79 пострадавших; Не выполнялись фасциотомии в 23 случаях, что приводило к компартмент синдрому и увеличению некроза мышечных массивов; раннее ушивание раны у 16 раненых. Выводы. Лечение пострадавших с обширными повреждениями необходимо проводить на этапе оказания специализированной хирургической помощи, при возможности в одном лечебном учреждении — травмоцентре 5-го уровня, под контролем одного специалиста. Основой успешного лечения данной патологии является командная работа разнопрофильных специалистов от анестезиолога и специалиста по эфферентной терапии до сосудистого и пластического хирурга.

## ВЛИЯНИЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ СЕПТОПЛАСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ИЗМЕНЕНИЯ НОРАДРЕНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ГИППОКАМПАЛЬНОЙ ФОРМАЦИИ

Костяева М. Г., Дьяченко Ю. Е., Маркушин А. А., Кастыро И. В., Попадюк В. И., Шилин С. С., Ганьшин И. Б., Аль Кхатиб Н., Багдасарян В. В.

*Российский университет дружбы народов, Москва*

Цель. Оценка влияния септопластики и стоматологических хирургических вмешательств на норадренергическую систему в гиппокампе и зубчатой извилине крыс.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на крысах-самцах линии Wistar, в разных группах которых проводили септопластику, имплантацию зубов, формирование лунки зуба, синус-лифтинг с одномоментной имплантацией или моделировали гайморитомию. Уровень норадреналина (NA) и его метаболита — 3-метокси-4-гидроксибензилгликоля (МНПГ) — определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с электрохимическим детектированием (ВЭЖХ ЭД).

Результаты. Результаты показали, что концентрация NA была значительно выше в гиппокампе крыс в группах дентальной имплантации, синус-лифтинга и гайморитомии по сравнению с группой септопластики. Однако разница в уровне NA между группами 1 и 2 была незначительной. Концентрация МНПГ была достоверно ниже во всех группах хирургического вмешательства по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Проведенное исследование позволяет предположить, что хирургическая травма при септопластике и стоматологических вмешательствах может приводить к изменениям в норадренергической системе в гиппокампе и зубчатой извилине в раннем послеоперационном периоде.

## РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОБСТВЕННЫМИ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ — ПРОСТО И ДОСТУПНО

Кочетков Р. И.

Клиническая больница ОАО «РЖД-Медицина», Самара

Сегодня хирургическое лечение рака молочной железы (РМЖ) включает в себя реконструктивные этап, который выполняется в той или иной модификации у большого числа пациенток. Поэтому поиск наиболее простых и надежных методик, сочетающих в себе минимизацию операционной травмы, оптимизацию затрат на расходные материалы и прогнозируемость результата — является актуальной задачей.

Материалы и методы. Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты (до 3 лет) хирургического лечения 25 больных I–III стадией РМЖ, у которых реконструкция удаленной молочной железы была выполнена с использованием сохраненного, частично дезэпидермизированного кожно-жирового мастэктомического лоскута и аналогичной операцией для достижения симметрии с другой стороны. Были проанализированы соотношение объема удаленной железистой ткани к кожному «чехлу», анатомическая безопасность и вид доступа для обеспечения надежного кровоснабжения лоскута, включая сосково-ареолный комплекс (САК), так и полного удаления железистой ткани, способ формирования объема груди и особенности ведения как раннего, так и отдаленного послеоперационного периода, прослежены эстетические результаты и определены показания к данной методике.

Результаты. Выполнение данной методики реконструкции не привело к росту количества послеоперационных осложнений, несмотря на увеличение времени (в среднем 1,5–2 раза) операции (гематома — 1, частичный некроз САК — 1, средний койко-день составил 3,2) или отсрочки адьювантного лечения. Наоборот, удаление всей ткани железы (как альтернатива радикальной резекции) позволило отказаться от лучевой терапии у 21 из 25 пациенток (у 4 — метастазы в регионарные лимфоузлы). Средний объем груди, полученной за счет модифицированного кожно-жировой лоскут, составил 1,5–3 размер (в зависимости от индекса массы тела), что воспринималось большинством пациенток как хороший эстетический результат, а, значит, и отсутствие необходимости использования различных имплантов. Сочетание изначально большого объема груди и возраста пациенток (60 и выше) предопределило улучшение качества жизни и в отношении общей нагрузки на позвоночник.

Вывод. Реконструкция молочной железы кожно-жировым частично дезэпидермизированным лоскутом с выполнением симметризирующей операции позволяет достичь как хороших онкологических, так и эстетических результатов без использования имплантов и отказаться от лучевой терапии.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ

Кочнева И. С.

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

Цель. Выявить возможные осложнения, сроки возникновения, частоту их встречаемости и методы лечения у пациентов, перенесших различные варианты хейлопластики.

Материалы и методы. Нами было проанализированы результаты хирургических вмешательств у 259 пациентов в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, который составил от 1 суток до 2 недель и от 2 недель до 13 лет. Возраст пациентов варьировался от 19 до 60 лет. Пациентам были выполнены операции: VY пластика верхней и/или нижней губы, Булхорн, корнер лифт, операция Кессельринга, изолированно или в том или ином сочетании между собой. В первую группу вошли пациенты с осложнениями, возникшими до 2 недель после операции — ранние осложнения. Во вторую группу были включены пациенты с осложнениями, которые определялись более чем через две недели после операции. Выявлены такие ранние осложнения, как: гематома, расхождение краев послеоперационной раны, ишемия и некроз лоскута, воспаление послеоперационной раны. Поздние осложнения: патологическое рубцевание, рубцовые деформации красной каймы губ, дистопия ноздрей и колумеллы, асимметрия губ, нарушение их чувствительности. Указаны консервативные методы лечения осложнений: физиотерапия, гирудотерапия, инъекционные методики лечения рубцов, лазерные технологии для предупреждения и лечения осложнений на ранних сроках. Приведены оперативные техники для лечения осложнений на поздних сроках с целью получения удовлетворительного эстетического результата.

Результаты и выводы. Клинический опыт проведения операций в области губ в течение 13 лет, а также наблюдение за ранними и отдаленными результатами позволили выявить причины и методы предупреждения, а также устранения ранних и поздних осложнений после различных видов хейлопластики. При выявлении осложнений возможны как консервативные, так и оперативные методы их устранения, что зависело от срока, вида и объема выполненного оперативного вмешательства.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ЛИФТИНГ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА: ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА

Кочнева И. С., Бурлова М. Г.

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

Цель. Определить показания к выполнению эндоскопического лифтинга средней зоны лица, необходимые сочетания, вид и методики в омоложении средней зоны лица, а также выявить возможности техники для устранения возрастных изменений лица.

Материалы и методы. Нами было проанализированы результаты хирургических вмешательств у 370 пациентов в отдаленном послеоперационном периоде, который составил от 3 месяцев до 9 лет. Возраст пациентов варьировался от 26 до 60 лет. Пациенты были разделены на группы по возрастным изменениям центрального овала лица. В первую группу вошли пациенты с удлинением нижнего века и уплощением передней скуловой проекции. Во вторую — с удлинением нижнего века, уплощением передней и/или боковой скуловой проекции и нависанием носогубных валиков. И третью группу составили пациенты с удлинением нижнего века, уплощением передней и/или боковой скуловой проекции, нависанием носогубных валиков над углами рта, опущением углов рта и нечетким контуром овала лица. Для получения удовлетворительного эстетического результата во всех трех группах выполнялся эндоскопический лифтинг средней зоны лица с нижней трансконъюнктивальной жиросберегающей блефаропластикой. Результаты и выводы. Клинический опыт проведения операций в области средней зоны лица в течение 9 лет, а также наблюдение за отдаленными результатами позволили выявить четкие показания к выполнению данной методики: длинное нижнее веко, малярные мешки, склеральный вид, уплощение передней и/или боковой скуловой проекции, носогубные валики, валики, нависающие над углами рта, опущение углов рта, нечеткость контуров овала лица. При обращении пациентов с вышеуказанными жалобами выполнение эндоскопического лифтинга средней зоны лица в сочетании с нижней трансконъюнктивальной жиросберегающей блефаропластикой позволило устранить изменения, которые затрагивают нижние веки, центральный овал лица, углы рта и контур овала лица и добиться удовлетворительных эстетических результатов операции.

## ВАРИАНТЫ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

Кочнева И. С., Грецкова Е. Е., Бурлова М. Г.

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

Цель. Оценить пропорции нижней трети лица пациента для грамотного определения объема оперативного вмешательства на губах. Выявить показания к сочетанию различных видов хейлопластики между собой для получения гармоничного эстетического результата.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов операций у 764 пациентов, в отдаленном послеоперационном периоде, который составил от 3 месяцев до 10 лет. Количество пациентов составило 764 в возрасте от 20 до 73 лет. Пациенты были разделены на две группы с учетом имеющих эстетических недостатков и/или деформаций губ. В первую группу вошло 444 пациента с изолированно выполненной операцией Булхорн или Корнер лифт или VY пластика. Во вторую — были включены 320 пациентов, у которых выполнялось сочетание методик хейлопластики между собой (Булхорн + Корнер лифт, Булхорн + VY пластика верхней губы, Корнер лифт + VY пластика верхней

губы, Булхорн + Корнер лифт + VY пластика верхней губы). Результаты и выводы. Оценка отдаленных результатов выполнялась на основании сравнения предоперационных и послеоперационных фотографий лиц пациентов, выполненных при одинаковых условиях. А также на основании пред- и послеоперационных измерений длины кожной части и красной каймы верхней и нижней губы в определенных точках, измерениях высоты подбородка и сравнении с идеальными пропорциями нижней трети лица. При проведении анализа периоральной области пациентов были выявлены показания к выполнению хейлопластики изолированно. Булхорн: длинная верхняя губа, асимметричная верхняя губа, изменение формы верхней губы. Корнер лифт: опущение углов рта, асимметрия углов рта, недостаток объема верхней губы в области углов рта. VY пластика губы: асимметрия вермильона, недостаток объема губы. При наличии одновременно нескольких эстетических недостатков и/или деформаций в области губ необходимо одновременно выполнять сочетание методик хейлопластики между собой.

## ОБЗОР ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПОФИЛИНГА ПОСЛЕ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Крайтор А. С., Алексанян Т. А., Дзотцоев А. К.

*Клиника «Частная практика», Москва*

В нескольких работах описано использование липофилинга для улучшения контурных деформаций у облученных пациентов, при этом указывается преимущество липофилинга в улучшении качества тканей. В исследовании N. Heine с соавт. 2022 г. определена безопасность применения ЛФ после лучевой терапии и во время таковой. Материалы и методы. В этом исследовании приняли участие 26 женщин после мастэктомии, которым была назначена полная реконструкция груди методом ЛФ. Проанализировано 12 пациенток, не имевших в анамнезе лучевой терапии и 14 женщин с предварительным облучением грудной стенки. Женщины в обеих группах были сопоставимы по росту, весу, ИМТ и возрасту. Возникли важные вопросы о риске рецидива рака молочной железы (РМЖ) у пациенток, перенесших ЛФ в области предыдущего лечения РМЖ, особенно после консервативного лечения, что привело к скептическому или осторожному подходу многих хирургов к этой методике. Доказательства исследований *in vitro* показали, что ЛФ может способствовать РМЖ, хотя это предположение не было воспроизведено или подтверждено в клиниках. Несколько исследований *in vitro* и доклинических исследований на животных моделях показали, что стволовые клетки в трансплантированном жире могут вызывать размножение остаточных опухолевых клеток в резекционном дефекте, тем самым предрасполагая к локорегионарному рецидиву (LRR). И, наоборот, многие исследования, проведенные с пациентами в последние годы, продемонстрировали успешные онкологические результаты при ЛФ. Метаанализ, опубликованный в 2018 г., не обнаружил увеличения частоты LRR среди 4000 уникальных пациентов в 59 исследованиях, что подтверждает результаты отдельных исследований, показывающие, что ЛФ можно безопасно выполнять после

операции по поводу рака молочной железы. Большинство опубликованных исследований ЛФ сосредоточены на технике, осложнениях, выживаемости жирового трансплантата и косметических результатах, и лишь немногие из них касаются риска микрокальцинатов, наблюдаемого во время наблюдения, что влияет на интерпретацию рентгенологических изображений. Более поздние данные, напротив, предполагают, что ЛФ является процедурой, которая не влияет на рентгенологические данные во время наблюдения за пациентами с РМЖ.

**Результаты.** Результаты экспериментальных исследований подчеркивают роль адипоцитов, наиболее распространенных стромальных клеток, как в продвижении, так и в защите от РМЖ. В ретроспективном исследовании, включавшем 321 пациентку, оперированную по поводу первичной лейомиомы молочной железы, этот метод показал себя в целом безопасной процедурой, даже когда пациенты, перенесшие квадрантэктомию и мастэктомию, анализировались отдельно или когда анализ ограничивался инвазивными опухолями. Просто более высокий риск местных событий наблюдался, когда анализ ограничивался интраэпителиальной неоплазией у небольшого числа пациентов. Данные клинических испытаний, собранные в ходе большого метаанализа, позволяют предположить, что эти результаты ограничены условиями *in vitro* и не транслируются *in vivo* по неясным причинам. У 2407 пациентов не было обнаружено никаких доказательств того, что ЛФ значительно увеличивает риск локорегионарного рецидива при использовании в рамках процедуры реконструкции молочной железы. Совместное контролируемое исследование пациентов, перенесших сегментарную или тотальную мастэктомию для снижения риска РМЖ или доброкачественного заболевания, с последующей реконструкцией молочной железы с участием ЛФ, показало, что не наблюдалось увеличения частоты локорегионарных рецидивов, системных рецидивов или второго РМЖ, что подтверждает онкологическую безопасность ЛФ при реконструкции молочной железы. Только у пациентов, получавших гормональную терапию, риск локорегионарного рецидива РМЖ был несколько выше, даже если частота рецидивов была низкой, у лиц, получавших ЛФ, по сравнению с пациентами, не получавшими ЛФ. ЛФ показал себя как безопасная процедура даже в небольшой подгруппе населения.

**Выводы.** В исследовании C. Stumpf 2019 г. проведена оценка онкологической безопасности ЛФ, выполненной одновременно с BCS, в отдаленном периоде наблюдения (не менее 60 месяцев) по сравнению с однородной группой, перенесшей стандартную органосохраняющую операцию.

## КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОГО МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ТАЛИИ С СОХРАНЕНИЕМ РЕБЕР

Краюшкин И. А.  
«Олимп Клиник», Москва

В 2017 г. была Кудзаевым К. У. в соавторстве предложена и запатентована новая методика сужения окружности талии посредством остеотомии и остеоклазии нижних ребер с последующей фиксацией в стягивающем грудопояснич-

ном корсете. Первые результаты применения этой методики показали ее высокую эффективность и безопасность. Нами было проведено кадаверное исследование с использованием рентгенологического и видеоэндоскопического методов для обоснования анатомических принципов малоинвазивного доступа, а также наглядной визуализации всех этапов формирования талии с сохранением ребер. Материал и методы. На базе кадаверной лаборатории г. Москвы на ранее законсервированном материале выполнена в полном объеме операция по формированию талии: разметка в области спины, инцизия мягких тканей непосредственно в проекции каждого из ребер, доступ к 12, 11, 10 парам ребер, остеотомия наружной кортикальной пластинки ребер, остеоклазия, ушивание ран. Отдельные этапы данного метода визуализированы с помощью рентгенологического и видеоэндоскопического методов. Затем выполнена препаровка материала для наглядной визуализации анатомических структур, подвергаемых воздействию во время операции. **Результаты.** 1. Наглядно обоснован инцизионный доступ к ребру на расстоянии 7–9 см от задней срединной линии в связи с более медиальным расположением тяжелей мышц разгибателей позвоночника, затрудняющих прямой доступ. 2. С применением рентгенологической техники наглядно продемонстрирован этап остеоклазии ребра по типу «зеленая ветка». 3. С применением видеоэндоскопической техники наглядно продемонстрирован этап остеотомии ребер. **Выводы.** Кадаверное исследование позволило наглядно продемонстрировать клинко-анатомические принципы операции по формированию талии с сохранением ребер. Результаты исследования могут служить практическим руководством пластическому хирургу к выполнению данной операции.

## НАШ ОПЫТ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ФЕЙСЛИФТИНГА

Краюшкин И. А.  
«Олимп Клиник», Москва

Методика глубокого фейслифтинга надежно зарекомендовала себя среди оперирующих хирургов своей функциональностью и эффективностью. В период с августа 2020 г. по июль 2023 г. было выполнено 117 фейслифтингов. В ходе выполнения вмешательств и в параоперационный период мы сталкивались с рядом трудностей, получали осложнения и неудовлетворительные эстетические результаты. Нам планомерно удавалось справиться со всеми обстоятельствами, нарушающими привычный ход интра- и послеоперационных событий. При этом проведен анализ всех событий подобного плана для сокращения процента или недопущения их в будущей практике. Результатами нашей практики и анализа трудностей, осложнений и неудовлетворительных результатов мы хотели бы поделиться в данном докладе.

**Материалы и методы.** В период 2020–2023 гг. нами было выполнено 117 фейслифтингов. Все вмешательства выполнялись одним хирургом, по технологии дип-спейс с доступом в спейсы нижних двух третей лица и шеи, разрушением удерживающих связок в толще СМАС, элевацией платизмы. Все пациенты женского пола, возраст от 45 до 64 лет, сред-

ний возраст составил (50,6±5,0) года. В стационаре проводили 2 суток. Во всех случаях применялось активное вакуумное дренирование. Дренажи удалялись через 1 сутки после операции. Швы снимали в предушной области на 5–7 сутки, швы в заушной области, а также металлические скобы 14–21 сутки. Осложнения: 1. Гипертрофические рубцы. Получены в 2 случаях. Появились через 2 месяца после операции в заушной области по краю волосистой части головы. Иссечены на сроке 9 месяцев с положительным эстетическим эффектом. Во втором случае пациент отказался от коррекции рубцов. 2. Серома. В 1 случае получена односторонняя серома заушной области. Сформировалась на вторые сутки (после снятия дренажей). Были произведены пункции в количестве 2 штук с интервалом в сутки — не дали результата. Повторно был установлен активный дренаж заушной области, кожа подшита к подлежащим тканям по типу сетки Освальда. Полный регресс серомы произошел на 3 сутки принятых манипуляций. 3. Гематома получена в 2 случаях, односторонняя, не требующая хирургического лечения. Регрессировала полностью через 1,5 месяца после операции. 4. Парез мимической мускулатуры был получен в 5 случаях. Односторонний, зона иннервации щечных и скуловых веток лицевого нерва. Сроки полного восстановления мимической активности 3–8 недель. 5. Некроз кожи получен в 4 случаях. В 3 случаях пациентки получили краевой некроз заушного лоскута на первые сутки после операции — дополнительного лечения не проводилось, полная эпителизация под струпом достигнута к концу 1 месяца. В 1 случае получен некроз кожи щечной области. Проводилась местная терапия гепарином, инъекции PRP в первые сутки видимого появления некроза. На 2 сутки образовался струп, которые вели под раствором «Винилин» в течение 1 месяца. Полная эпителизация под мягким струпом достигнута к концу 1 месяца с положительным эстетическим результатом. 6. Рубцовая деформация мягких тканей получена в 3 случаях в щечных областях с одной стороны на 2 месяц после операции. Самостоятельно регрессировала в 1 одном случае. В 2 случаях понадобились инъекции дипроспана в толщу рубцов. Положительный эстетический результат достигнут во всех трех случаях.

Результаты. Осложнения получены в 14,5% случаев. В 1,7% случаев понадобилось дополнительное хирургическое вмешательство. В 2,5% случаев понадобилось местное нехирургическое лечение. Удалось достигнуть положительного эстетического результата в 100% случаев.

Выводы. Знание возможных осложнений и неудовлетворительных эстетических результатов позволяет интра- и параоперационно эффективно проводить их профилактику.

## ЭСТЕТИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РИНОФИМЫ

Крюков А. И., Туровский А. Б., Колбанова И. Г., Шведов Н. В., Мосин В. В., Степанова М. М.

Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского ДЗМ, Москва

Ринофима — заболевание, которое относится к IV стадии розацеи, при котором патологический процесс поражает

мягкие ткани наружного носа, изменяя и нарушая его архитектуру, приводя к обструкции дыхательных путей и эстетическому дефекту. Ринофима проявляется гипертрофией всех слоев кожи, формированием телеангиоэктазий, узелков, долек и развитием эритемы, что влечет за собой психоэмоциональные переживания больного. Понимание развития данного заболевания на современном этапе определила конкретный вектор его лечения, который лежит в плоскости различных хирургических методик («холодных» и/или «горячих»). Разработанная нами комбинированная методика иссечения ринофимоматозной ткани позволяет в рамках одной операции с помощью радиоволнового излучения быстро сформировать контур наружного носа, а последующая лазерная шлифовка выравнивает, сглаживает, стерилизует раневую поверхность и стимулирует процессы регенерации, что отражается на качестве эстетического результата. Цель: оценить с помощью опросника эстетический результат комбинированного хирургического лечения ринофимы. Материалы и методы: в основу работы положен анализ клинических наблюдений и результатов хирургического и восстановительного лечения 34 пациентов с ринофимой в возрасте от 48 до 74 лет, 5 пациентов женского и 29 пациентов мужского пола (соотношение женщин к мужчинам составил 1:5,8), проходивших обследование и лечение в оториноларингологическом отделении Института. Диагноз ринофимы основывался на результатах клинического осмотра. Пациентам проводилось удаление ринофимоматозной ткани с помощью радиоволнового метода с последующей лазерной шлифовкой сформированной раны в рамках одной операции. Разработанный опросник включал 6 простых вопросов со шкалой от 0 до 100 (чем выше балл, тем более удовлетворен пациент), позволяющий оценить эстетический результат проведенного хирургического лечения ринофимы: 0 указывает на абсолютное разочарование пациента, а 100 — на абсолютное удовлетворение. Пациенты с баллами более 60% считаются удовлетворенными. Полученные результаты: результаты показывают, что у всех пациентов сумма баллов составила более 60, что соответствует удовлетворенности проведенным лечением: 29 пациентов имели баллы от 90 до 100, считая результат лечения абсолютным успехом, 4 пациента от 81 до 90 были очень удовлетворены, 1 пациент с баллами менее 80 (79) был удовлетворен результатом лечения. Средний балл составил 88,7±1,84, при медиане 93,75. Мужчины имели более высокие средние баллы, чем женщины: 91,65 и 84,95 соответственно, и эта разница статистически значима (p=0,03). Отдаленные эстетические результаты (более 3х лет) прослежены у 18 пациентов, средний балл остался высоким у 14 пациентов и составил 87,4±3,28, у 4 пациентов — 79,8±2,96, что указывает на некоторый спад. Это снижение можно объяснить обострением течения розацеи, отдаленными послеоперационными изменениями (пигментация и др.), а также тем фактом, что за этот конкретный период выборка была небольшой. Вывод: проведенное исследование показывает, что эстетический результат комбинированного хирургического метода лечения ринофимы удовлетворительный и стабильный во времени.

### ВЫБОР МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦИИ ФРОНТООРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ УДАЛЕНИИ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ

Кугушев А. Ю., Лопатин А. В., Грачев Н. С., Решиков Д. А.,  
Васильев К. Г., Олейников С. А.

*Российская детская клиническая больница — филиал  
Российского национального исследовательского медицинского  
университета им. Н. И. Пирогова, Москва*

Популяризация и доступность современных технологий повышает требование к внешнему виду пациентов. Несмотря на стремительное развитие и достижения реконструктивной хирургии, сохраняется проблема одномоментной реконструкции эстетически важных участков, в том числе лица, при удалении костных образований.

Материалы и методы. В отделении челюстно-лицевой хирургии РДКБ за период 2012–2022 гг. 29 детей получали лечение по поводу фиброзно-костных поражений фронтоорбитальной области. Во всех случаях перед операцией было выполнено CAD/CAM моделирование объема и краев зоны поражения. В 17 случаях изготовлены индивидуальные импланты из полиэтерэтеркетона и гидроксиапатита. В остальных случаях проводилось интраоперационно моделирование расщепленного аутокостного трансплантата из теменной зоны.

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

Выводы. Использование имплантов для закрытия пострезекционных дефектов при реконструкции свода черепа является предпочтительным, т.к. позволяет уменьшить время операции и достичь хорошего косметического эффекта. При множественных поражениях свода черепа сочетание методик позволяет достичь стойкого косметического результата при наблюдении у детей более 5 лет.

### ФОРМИРОВАНИЕ УЗКОЙ ТАЛИИ С СОХРАНЕНИЕМ РЕБЕР СЕМЬ ЛЕТ СПУСТЯ

Кудзаев К. У., Гапаров К. З.

*Центр ортопедии и эстетической хирургии «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 г. прооперировано 402 пациентки, 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, но нами была предложена аль-

тернативная методика. С целью формирования узкой талии всем пациенткам провели корригирующую частичную кортикотомию с остеоклазией 11 и 12, а иногда и 10 пар ребер, с последующим ношением специального корсета до сращения костных фрагментов в более эстетичном положении. За 6 лет прооперировано 9 пациентов — трансгендеров, пожелавших сделать узкую талию в комплексе феминизирующих операций. Данный метод внедрен в клиническую практику пластических хирургов не только в России, но и на Украине, в Грузии, Армении, Казахстане, Кыргызстане, Испании, Эквадоре, Перу, Колумбии, Мексике, Бразилии, 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 неdestructивным способом. Кроме того, эта операция находит широкое применение не только в России, но и по всему Миру, что подтверждает его актуальность.

### ЭСТЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (БИОМЕХАНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ)

Кудзаев К. У.

*Центр ортопедии и эстетической хирургии «Клиника  
Доктора Кудзаева», Владикавказ*

Цель и задачи. Биомеханическое обоснование эстетической коррекции истинной O-образной деформации голени. Показать оптимальные варианты и этапы эстетического удлинения сегментов нижних конечностей.

Материалы и методы. За период с 1991 г. по август 2023 г. прооперирован 541 пациент с истинной варусной деформацией голени. С 2016 г. коррекцию голени производили в аппаратах нашей модификации. Отличительными особенностями от спицевой системы являлись менее травматичное вмешательство, не затрагивающее ни одну мышцу голени; более компактная компоновка аппарата; возможность сразу же после операции увидеть смыкание голени.

Результаты. У всех прооперированных пациентов достигнута коррекция голени, восстановление нормальной биомеханической оси нижних конечностей. Показаны клинические результаты коррекции голени в аппаратах нашей модификации и их преимущества по сравнению с коррекцией в аппаратах кольцевого типа.

Выводы. Остеосинтез по Илизарову с корригирующей остеотомией берцовых костей — это малоинвазивное вмешательство, которое в отличие от контурной пластики кроме эстетического результата, является эффективным методом профилактики медиальных гонартрозов, так как позволяет восстановить нормальную биомеханическую ось нижних конечностей. Применение аппаратов нашей модификации при коррекции деформаций голени позволяет получить более предсказуемые результаты за счет возможности смыкания голени на операционном столе.



## ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ

Кудзаев К. У., Султанбеков Д. Г.

*Северо-Кавказский многопрофильный медицинский центр,  
Беслан*

Название данной презентации было выбрано не случайно. Обратившись к толковому словарю данное название можно перефразировать так: восстановление чего-либо по сохранившимся остаткам или описаниям с использованием определенных систем приемов и методов. Каждый день в своей практике мы применяем различные хирургические пособия, которые можно объединить одним словом — реконструкция. Многообразие травмы такого рода требует особого отношения и новых подходов по ряду направлений: первичной хирургической обработки ран, показаний, сроков, объема и способов реконструктивно-восстановительных операций. Непредсказуемость течения раневого процесса у пациентов с тяжелыми повреждениями нижних конечностей вызывало необходимость планирования и выполнения хирургической обработки в несколько этапов, что позволяло в оптимальные сроки перейти к выполнению реконструктивно-восстановительных операций. Нами был использован метод Илизарова, как основа хирургической реабилитации пациентов с тяжелой комбинированной травмой конечностей.

Цель. Продемонстрировать возможности хирургической реабилитации пострадавших с тяжелой комбинированной травмой, путем использования научно-обоснованной тактики лечебных мероприятий.

Материалы и методы. Представляем Вашему вниманию наш многолетний клинический опыт (серию клинических наблюдений пациентов с тяжелыми повреждениями нижних конечностей). Серия снимков № 1 — пациентка Б., 17 лет: 4 перенесших операций. Срок хирургической реабилитации составил 1 год. Диагноз: «Минно-взрывная травма. Многооскольчатый огнестрельный перелом левой большеберцовой кости на границе с/3 и н/3 со смещением отломков. Термический ожог пламенем спины II–IIIА ст. S≈4%. Сотрясение головного мозга. Ушибленные раны головы. Множественные ссадины. Травматический шок II ст. Баротравма. Острая постгеморрагическая железодефицитная анемия II ст. тяжести». Серия снимков № 2 — пациентка Д., 37 лет: 7 перенесших операций. Срок хирургической реабилитации составил 3 года. Диагноз: «Минно-взрывная травма. Многооскольчатый огнестрельный перелом н/3 обеих костей правой голени со смещением отломков и дефектом мягких и костной ткани. Термический ожог пламенем спины II–IIIА ст. S≈4%. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Ушибленная рана головы. Множественные ссадины. Травматический шок III ст. Баротравма. Острый посттравматический отит слева. Острая сенсоневральная тугоухость. Острая постгеморрагическая железодефицитная анемия II ст. Реактивная депрессия». Серия снимков № 3 — пациент Ц., 43 лет: 4 перенесших операций. Срок хирургической реабилитации 1,5 года. Диагноз: «Производственная травма. Открытый осколь-

чатый перелом обеих костей левой голени с обширным дефектом костной и мягких тканей, повреждением передней большеберцовой артерии. Множественные ссадины. Травматический шок II ст. Острая постгеморрагическая железодефицитная анемия II ст. тяжести». Серия снимков № 4 — пациент Д., 19 лет: 20 перенесших операций. Срок хирургической реабилитации составил 6 лет. Диагноз: «Комбинированная политравма. Открытый оскольчатый перелом с/3 правого бедра, открытый косоугольный перелом с/3 левого бедра, открытый оскольчатый перелом с/3 костей правой голени, открытый перелом костей левой голени на границе с/3 и в/3, открытый перелом II плюсневой кости правой стопы со смещением отломков. Перелом нижней челюсти. Рвано-ушибленные скальпированные раны преддверия, нижней челюсти и обеих губ. Термический ожог пламенем обеих стоп и голеней IIIБ–IV ст. S≈18%. Постгеморрагическая анемия II ст. Травматический шок III–IV ст». Серия снимков № 5 — пациент Х., 19 лет: 5 перенесших операций. Срок хирургической реабилитации составил 2,5 года. Диагноз: «Минно-взрывная травма. Огнестрельный многооскольчатый перелом нижней трети обеих костей с размождением и дефектом мягких тканей левой голени со смещением отломков, повреждением передней большеберцовой артерии и большеберцового нерва. Травматический отрыв II–V пальцев левой стопы с дефектом костной и мягких тканей IIIБ ст. Ушибленные раны головы. Множественные ссадины и осколочные ранения лица, туловища, конечностей. Сотрясение головного мозга. Травматический шок III ст. Баротравма. Острая постгеморрагическая анемия II ст.».

## НАШ ПОДХОД К КОМПЛЕКСУ ОМОЛАЖИВАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕ

Кудзаев К. У.

*Центр ортопедии и эстетической хирургии «Клиника  
Доктора Кудзаева», Владикавказ*

Цель и задачи. Поделиться нашим опытом в эстетической хирургии лица и шеи. Показать авторскую модификацию хейлопластики Булхорн.

Материалы и методы. За период с 2005 г. прооперировано 855 пациентов, которым проведено комплексное омоложение лица и шеи. В основном в комплекс входили SMAS-лифтинг, блефаропластика, эндоскопический фронтотемпоральный лифтинг или прямой лифтинг бровей, булхорн в нашей модификации, корнер лифт, VY пластика губ, а также липофилинг лица. Минимальный возраст был 29 лет, максимальный — 85 лет. 98% пациентов оперированы под местной и проводниковой анестезией. 17 пациентов оперировали под эндотрахеальным наркозом. Показана актуальность хейлопластики Булхорн в комплексе омолаживающих операций на лице, а также с ринопластикой. Нами разработана модификация хейлопластики Булхорн с трансплантацией удаленного дезэпидермизированного дермо-субдермального лоскута в верхнюю или нижнюю губу.

Результаты. У всех пациентов достигнут положительный результат в виде возвращения удовлетворенности пациентом своим лицом и улучшения качества жизни. Период реабилитации составил в среднем 3–4 недели.

Выводы. Комплекс омолаживающих операций, включающий SMAS-лифтинг лица и шеи, блефаропластику, эндоскопический фронтотемпоральный лифтинг, или прямой лифтинг бровей, Булхорн в нашей модификации, корнер лифт, VY пластика губ, липофилинг лица под местной и проводниковой анестезией является менее рискованным вмешательством с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. 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.

### ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ 3D-ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ И ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Кузнецов А. М., Иванов С. Ю., Короткова Н. Л., Сафьянова Е. В.

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

Цель. Разработка и внедрение в клиническую практику 3D-технологий компьютерного моделирования и прототипирования для повышения эффективности проводимого хирургического лечения у пациентов с переломами, посттравматическими деформациями и дефектами челюстей. Задачи. Разработать алгоритмы комплексной диагностики, предоперационного планирования, хирургического протокола у пациентов с переломами, посттравматическими деформациями и дефектами челюстей.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе отделения челюстно-лицевой хирургии УКБ № 4 Сеченовского университета в период с 2017 по 2023 г. Под нашим наблюдением находился 81 пациент, среди них 45 мужчин (65,6%), 36 женщин (44,4%). Большинство из них, 64 пациента (79,0%) находились в возрастной группе 18–44 года, 11 пациентов (13,6%) в возрастной группе 45–59 лет, 5 пациентов (6,2%) в возрастной группе 60–74 года, 1 пациент (1,2%) находился в возрастной группе 75–90 лет. Всех пациентов разделили на 2 группы. Большинству пациентов (первая группа) — 78 человек, среди которых было 48 мужчин и 30 женщин, проводили хирургическое лечение без использования компьютерных 3D-технологий. Во вторую группу были включены 3 пациента, все мужчины, в лечении которых использовались компьютерные 3D-технологии. Этим пациентам проводили мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), по результатам которой выполняли трехмерные измерения челюстей для определения симметрии различных участков на здоровой и пораженной стороне. Расстановку точек производили в 3D-режиме относительно ортогональных плоскостей до оперативного вмешательства. МСКТ загружали в программу, которая выстраивала 3D-модель. Далее на пораженную сторону лицевого скелета проецировали изображение здоровой половины, далее — из зеркальной проекции удаляли деформированные структуры, выявляли

объем недостающих твердых тканей. В результате выявляли зону дефекта костной ткани, что позволяло на основании 3D-модели, выполнить проектирование 3D-шаблонов для забора костного трансплантата и изготовление индивидуального шаблона для подготовки костных фрагментов к остеосинтезу или костной пластике. С помощью разработанных шаблонов проводилось как подготовка фрагментов поврежденных челюстей и изготавливались шаблоны для забора костного аутоотрансплантата. Пациентам первой группы, в предоперационном периоде выполняли МСКТ, после чего проводили операцию по классической методике, без использования компьютерных 3D-технологий. Интраоперационно забор и моделирование аутоотрансплантата производили вручную в соответствии с опытом хирурга. Результаты. Все пациенты были осмотрены в сроки 1 и 6 месяцев после операции; через 6 месяцев проводили контрольное рентгенологическое исследование. У всех пациентов отмечено восстановление основных функций, стабильность оперированной челюсти, пациенты выражали удовлетворение результатом лечения. В группе пациентов, проходивших лечение по традиционной методике, выявлен один случай развития воспаления с частичным лизисом аутоотрансплантата. При сравнении времени оперативного пособия выявлено, что применение компьютерных 3D-технологий снижает его на 20 процентов. В ходе выполнения работы коллектив авторов столкнулся с тем, что стоимость программного обеспечения резко возросла, а часть программного обеспечения стала недоступна на российском рынке.

Выводы. Применение компьютерных 3D-технологий значительно уменьшает время, необходимое для проведения операции, делает ее более простой и технологичной для хирурга. Проведение исследований, направленных на создание алгоритмов, применяемых в 3D-планировании реконструктивных операций в челюстно-лицевой области, является актуальным и перспективным направлением.

### ПЕРЕДНЯЯ СЕПАРАЦИОННАЯ АБДОМИНОПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ: ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Кулиев С. А., Протасов А. В., Кулакова А. Л., Евсюкова И. В.

*Российский университет дружбы народов, Домодедовская центральная районная больница, Москва, Домодедово*

Передняя сепарационная пластика послеоперационных вентральных грыж на данный момент является операцией выбора в лечении пациентов с гигантскими грыжами передней брюшной стенки.

Цель. Проанализировать результаты лечения, характер осложнений и качество жизни пациентов после передней сепарационной абдоминопластики и разработать алгоритм хирургического лечения для данной категории больных.

Материал и методы. Проведен пятилетний анализ осложнений и качества жизни у 96 пациентов с гигантскими послеоперационными вентральными грыжами после хирургической реконструкции передней брюшной стенки путем применения передней сепарационной пластики. На основе анализа групп пациентов, с целью классификации и ха-

рактеристики осложнений в раннем послеоперационном периоде (30 суток) использовалась шкала Clavien-Dindo, а для оценки качества жизни пациентов в 5-летний период наблюдения — опросник EuroHS Quality Of Life score, разработанный Европейским обществом герниологов.

Результаты. Раневые осложнения составили 11,4%, общие осложнения 4,2%, рецидив грыжи 1,0%, летальный исход был зафиксирован в 1,0% ( $p < 0,05$ ). У большинства пациентов через 3 месяца после операции было отмечено значительное уменьшение интенсивности боли, увеличение объема физической активности и удовлетворенность внешним видом.

Вывод. Результаты нашего исследования показали низкий процент раневых осложнений, снижение числа рецидивов заболевания и значительное улучшение качества жизни больных.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА В ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Кунижева М. А., Химатова С. З., Нурпазыл У. Н., Милюкова Д. Ю., Шайхалиев А. И.

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

Птоз (от греч. «падение») лица и шеи — это опущение мягких тканей лица. Данный процесс возникает под действием земного притяжения, именно поэтому называется гравитационным. Развитие птоза — это результат старения дермы. Известно, что с возрастом выработка гиалуроновой кислоты, эластина и коллагена снижается, что приводит к истончению поверхностных и глубоких связей, перемещению и провисанию тканей. В настоящее время блефаропластика нижних век выполняется либо чрескожным, либо трансконъюнктивальным доступом. Из двух хирургических подходов трансконъюнктивальный доступ предпочтительнее чрескожного, поскольку это более простая и быстрая хирургическая техника с возможно меньшим количеством послеоперационных осложнений, хотя трансконъюнктивальный доступ не заменяет чрескожный доступ. В то время как удаление жировой клетчатки и кожи по-прежнему проводится при современной блефаропластике нижних век, современные тенденции следуют философии сохранения тканей, которая может включать перемещение орбитального и суборбитального жира глаз и транспозицию жира для восстановления видимой потери объема, связанной со старением лица.

Цель. Провести анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения у пациентов с возрастными изменениями лица в периорбитальной области.

Материал и методы. В рамках исследования за период с сентября 2022 г. по август 2023 г. на базе отделения челюстно-лицевой хирургии УКБ № 4 Первого МГМУ им. И. М. Сеченова проведено комплексное обследование и хирургическое лечение 64 пациентов. Распределение по полу составило 60 женщин и 4 мужчины в возрастном диапазоне от 35 до 70 лет.

Результаты и обсуждение. Для получения наилучшего функционального и косметического результата лечения у пациентов с возрастными изменениями лица в периорбитальной области следует выбирать методику хирургического лечения индивидуально. Трансконъюнктивальный доступ выполнен у 20 (31,3%) пациентов. Чрескожный доступ выполнен у 3 (5%) пациентов. Комбинированный доступ выполнен у 41 (36,3%) пациентов, т.е. в большинстве клинических наблюдений. Закономерной особенностью раннего послеоперационного периода являются параорбитальные отеки и гематомы различной степени выраженности, которые отмечались в 100% случаев. После блефаропластики нижних век обширное субконъюнктивальное кровоизлияние выявлено у 4 (6,3%) пациентов, что являлось наиболее опасным осложнением со стороны органа зрения. Расхождение краев п/о раны, развитие воспалительных явлений, рубцовых изменений кожи в послеоперационной области не было отмечено ни в одном клиническом наблюдении.

Выводы. Эффективность и безопасность блефаропластики нижних век достигаются путем хирургической коррекции окружающих мягких тканей за счет адекватной мобилизации, иссечением избытков, перемещением и надежной фиксацией с учетом индивидуальных анатомических особенностей пациента, что позволяет минимизировать послеоперационные осложнения, улучшить эстетический результат и позволяет прогнозировать стабильный конечный результат.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ТРАНСАКСИЛЛЯРНОЙ АУГМЕНТАЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.

Курбангалеев А. И., Хутиев Г. Г.

*Казанский центр хирургии «Пластика «+», Казанский государственный медицинский университет, Институт фундаментальной медицины и биологии Казанского федерального университета, Казань*

Трансаксиллярный традиционный доступ был предложен в 1973 г. Несмотря на хороший косметический эффект, до настоящего времени он не получил широкого распространения, в связи с отсутствием полного визуального контроля, трудностями гемостаза. Этот вопрос был решен в 1993 г., когда была внедрена эндоскопическая методика трансаксиллярной аугментации, для которой необходимо наличие эндохирургического комплекса и специализированного эндоскопического набора. В нашей же клинике мы используем визуализационную методику трансаксиллярного доступа, не требующую специализированного оборудования.

Цель. Оптимизация трансаксиллярной аугментации молочных желез путем использования общего общего эндохирургического инструментария.

Материалы и методы. Исследование заключалось в ретроспективном анализе результатов операций с 1997 г., проведенных 457 пациенткам в возрасте от 18 до 50 лет, которым была выполнена первичная аугментация молочных желез трансаксиллярным доступом по поводу гипомастии и птоза молочных желез I степени. С 1997 по 2005 г. 83 пациенткам выполнена аугментация традиционным

способом с «слепым» формированием полости импланта — контрольная группа. Исследуемую группу составили 374 пациентки, которым с 2005 г. по 2022 г. проведено оперативное вмешательство с визуализацией при помощи ретрактора со световодом Tebbets (19 см) и эндохирургического инструментария, используемого в абдоминальной хирургии: ультразвуковые ножницы Harmonic, эндохирургические ножницы, диссектор, электроды (крючок и шарообразный). В контрольной группе 56 пациенткам (67,4%) импланты устанавливались ретромаммарно, 27 пациенткам — ретропекторально (32,6%). В исследуемой группе это соотношение составило 256 (68,4%) и 118 (31,6%) соответственно. Группы репрезентативны по возрасту, степени гипомастии и птоза.

**Результаты.** Результаты оценивались по параметрам длительности операции, потребности в послеоперационной анальгезии, частоте осложнений. При оценке болевого синдрома между исследуемой и контрольной группами отмечалось снижение потребности в анальгетиках (в исследуемой группе потребность в анальгетиках составляла 2,6 раза, в контрольной группе анальгетики потребовались — 3,4 раза), что связано с более деликатной диссекцией. В исследуемой группе послеоперационные серомы возникли у 6 пациенток, что составило 1,6%, в контрольной группе послеоперационные серомы возникли у 3 пациенток — 3,6%. Частота послеоперационных гематом составила 0,95%, в контрольной группе 1,5%. При анализе развития капсульных контрактур и диспозиции имплантов значимых отличий не выявлено.

**Выводы.** Использование ретрактора со световодом Tebbets (19 см) и лапароскопического инструментария позволяет адекватно визуализировать зону хирургического вмешательства, облегчить диссекцию мышечных волокон, манипулировать в области инфрамаммарной складки достичь удовлетворительного гемостаза и тем самым улучшить результаты трансаксиллярной аугментации.

## ЧАСТОТА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР КРУПНЫХ СУСТАВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИМИ СПОСОБАМИ

Курбанов У. А., Фозилов Н. С., Муртазаев Х. Ш.

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

В настоящее время число лиц, страдающих от последствий ожогов, продолжает неуклонно расти (Дмитриев Г. И., Дмитриев Г. Д., 2007; Fatusi O. A., 2006; Hultman C. S., 2010). Хотя использование современных методов лечения существенно снизило летальность больных с глубокими ожогами (Uba A. F. et al., 2007), это не решило проблем с растущим числом инвалидов, большая часть которых — люди трудоспособного возраста с развившимися послеожоговыми осложнениями в виде контрактур, дефектов тканей и трофических язв. Наиболее частыми последствиями обширных глубоких ожогов являются тяжелые контрактуры и деформации конечностей, что приводит

к нарушению их функций и порой к полной инвалидизации больного. Восстановление утраченных функций пораженных суставов является одним из основных направлений реконструктивной хирургии ожогов (Дмитриев Г. И., Дмитриев Г. Д., 2007). Согласно данным некоторых авторов в реконструктивных операциях нуждаются от 40 до 75% больных, перенесших глубокие ожоги (Leblebici B., 2007). В настоящее время, как и все последние годы хирургии не оставляют попытки усовершенствовать уже имеющиеся способы коррекции послеожоговых рубцовых деформаций и пытаются разрабатывать более совершенные методы реконструктивных операций (El Kollali R. et al., 2006; Sen C., 2007; Hassanpour S. E., 2007). В связи с вышеизложенным, нами были поставлены следующие цель и идеи исследования.

**Идея.** На основе полученных результатов оценить частоту и эффективность разработанных методик и дать рекомендации по выбору наиболее рациональной тактики лечения контрактур крупных суставов конечностей.

**Цель.** Определение частоты и эффективности проведения местно-пластических операции с целью устранения послеожоговых рубцовых контрактур крупных суставов.

**Материалы и методы.** Материалом нашего исследования послужили результаты 59 проведенных местно-пластических операции по устранению послеожоговых рубцовых контрактур крупных суставов у больных, госпитализированных в Республиканской клинической больнице Дангаринского района Республики Таджикистан за 2019–2022 гг. Возраст больных колебался от 2 до 28 лет и в среднем составил  $10,5 \pm 2,8$  лет. Соотношения лиц мужского и женского пола из общего количества больных ( $n=59$ ) было 24 (40,6%) и 35 (59,4) соответственно. Распределение больных с рубцовой контрактурой в зависимости от локализации пораженного сустава было следующим образом: плечевой сустав — у 15 больных, локтевой сустав — у 5 больных, лучезапястный сустав — у 9 больных, тазобедренный сустав и промежности — у 6 больных, коленный — у 10 больных, голеностопный — у 6, шея и грудной клетки — у 8 больных.

**Результаты.** Таким образом, в ходе проведенного нами исследования было определено, что при выборе хирургического способа устранения контрактур предпочтение отдавалась местно-пластическим операциям. Устранение послеожоговых рубцовых контрактур вышеуказанных суставов проводилось способами Butterfly ( $n=22$ ), Square-flap ( $n=13$ ), Hirshowitz ( $n=12$ ), Eight-flap ( $n=12$ ). Следует отметить, что выбор способов устранения контрактур осуществлялся в зависимости от расположения, площади, формы и распространенности рубца, состояния окружающих тканей, степени рубцовой контрактуры и высоты рубцового гребня.

**Обсуждение.** По результатам нашего исследования было определено, что наиболее часто используемый метод по устранению послеожоговых рубцовых контрактур крупных суставов конечностей является метод — Butterfly, который составил 22 случаев. Таким образом, местно-пластические операции позволяют эффективно устранить контрактуру и значительно улучшить эстетический вид конечности.

## ОПЕРАЦИЯ МАРМАРА–ГОЛЬДШТЕЙНА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЦЕЛЕ

Курбанов У. А., Фозилов Н. С., Комилова Б. И., Соатов Э. Э.  
*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Хатлонский государственный медицинский университет, Таджикистан, Санкт-Петербург*

Цель. Обобщение и оценка результатов хирургического лечения варикоцеле способом Мармара–Гольдштейна.

Материал и методы. За период с февраля 2016 г. по декабрь 2020 г. на базе Республиканской клинической больницы, расположенной в Дангаринском районе, прооперировано 47 пациентов с диагнозом варикоцеле, в том числе 30 пациентам операция выполнена по миниинвазивному микрохирургическому способу Мармара–Гольдштейна. Возраст пациентов колебался от 18 до 37 лет (в среднем 23 года). Варикоцеле III степени диагностировано у 27 (90%), II степени — у 3 (10%). У 3 пациентов (10%) был рецидивный варикоцеле после ранее произведённой операции по способу Иванисевича. У всех пациентов установлен левосторонний варикоцеле. Нарушение спермограммы в виде олигоспермии и астенозооспермии обнаружено у 23 (76,6%) пациентов. Наряду с хирургическим лечением варикоцеле, 8 (26,6%) пациентам произведена операция френулопластика по схеме Butterfly по поводу короткой уздечки полового члена. А также в 7 (23,3%) случаях с проявлением клиники эректильной дисфункции (ЭД) одновременно с операцией Мармара–Гольдштейна через основную рану произведена перевязка глубокой тыльной вены (ГТВ) полового члена и перевязка патологических венозных шунтов.

Результаты. Послеоперационное течение было гладким во всех случаях. Раны заживали первичным натяжением. Осложнения не отмечены. Отдаленные результаты прослежены в сроках от 3 месяцев до 3 лет у всех оперированных пациентов. Рецидива варикоцеле не отмечено. Отмечается улучшение показателей спермограммы, начиная с третьего месяца после операции. После френулопластики все пациенты отмечали пролангацию полового акта. Улучшение эректильной функции имело место у всех пациентов после перевязки ГТВ полового члена и перевязки патологических венозных шунтов.

Выводы. Операция Мармара–Гольдштейна является малоинвазивным, относительно простым и в то же время высокоэффективным способом в хирургическом лечении варикоцеле. При сопутствующей эректильной дисфункции операцию Мармара–Гольдштейна можно сочетать с перевязкой глубокой тыльной вены полового члена, а также перевязкой патологических венозных шунтов, используя основой доступ.

## ОЦЕНКА ЭСТЕТИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРТИРОВАНИЯ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФОУЗЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДОЦИАНИНОВОГО ЗЕЛЕННОГО ЦВЕТА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Курди Ф. Н., Решетов И. В.  
*Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Москва*

Операция по сохранению лимфоузлов при резекции молочной железы, в частности биопсия сторожевого лимфоузла, приобрела признание благодаря ее способности сохранять эстетический результат и улучшать качество жизни пациенток с клиническим диагнозом «рак молочной железы». В противовес этому резекция лимфоузлов может привести к неудовлетворительным эстетическим результатам. Это исследование направлено на оценку воздействия картографирования сторожевого лимфоузла с помощью индоцианинового зеленого цвета (ИЦЗ) на эстетический результат у пациенток с клиническим диагнозом (рак молочной железы).

Цель. Сравнить эстетические результаты пациенток, которым было проведено картирование сторожевого лимфоузла с ИЦЗ, с теми, которым была выполнена лимфаденэктомия, чтобы определить преимущества операции по сохранению лимфоузлов для эстетического результата и качества жизни.

Материалы и методы. В исследование было включено 100 пациенток с клиническим диагнозом «рак молочной железы» стадии 1–2 (Т 1–Т 2). 10 пациенткам была выполнена лимфаденэктомия, в то время как остальным 50 — картирование сторожевого лимфоузла с использованием ИЦЗ. Эстетические результаты пациенток были оценены и сравнены между двумя группами.

Результаты. Пациентки, которым было проведено картирование сторожевого лимфоузла с помощью ИЦЗ, показали лучший эстетический результат по сравнению с теми, которым была выполнена лимфаденэктомия. Это свидетельствует о том, что операция по сохранению лимфоузлов, в частности биопсия сторожевого лимфоузла, может способствовать сохранению эстетического вида молочной железы и улучшению качества жизни пациенток с клиническим диагнозом «рак молочной железы».

Выводы. Операция по сохранению лимфоузлов, такая как биопсия сторожевого лимфоузла, играет ключевую роль в сохранении эстетического результата и улучшении качества жизни пациенток с клиническим диагнозом (рак молочной железы). Избегая ненужных резекций лимфоузлов и уменьшая количество осложнений, данная процедура предоставляет как эстетические, так и клинические преимущества для реконструкции молочной железы. Использование картографирования сторожевого лимфоузла с помощью ИЦЗ следует рассматривать как стандартный подход в лечении рака молочной железы для обеспечения оптимальных эстетических результатов и улучшения общего благосостояния пациенток.

### АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРУПНЫХ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ МЕТОДОМ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ

Ладутько Д. Ю., Пекарь А. В., Лаутько Ю. Н.,  
Подгайский В. Н.

*Минский научно-практический центр хирургии,  
трансплантологии и гематологии, Минск*

В настоящее время в реконструктивной хирургии при замещении крупных костных дефектов отдается предпочтение аутотрансплантатам, резистентным к инфекции и аутоиммунной агрессии организма, способным к полной органотипической перестройке в процессе ремоделирования костной ткани. Таким методом лечения является аутотрансплантация васкуляризированных костных трансплантатов в позицию дефекта кости. Данный вид костных трансплантатов лишен большинства недостатков, присущих невакуляризированному костному трансплантату. В отличие от предыдущих методов микрохирургическая аутотрансплантация васкуляризированных костных трансплантатов позволяет улучшить кровообращение тканей в зоне замещенного дефекта, тем самым стимулируя репаративные процессы. Авторы подобных сообщений указывают, что сроки сращения трансплантата с ложем приближаются к срокам консолидации неосложненных фрагментарных переломов костей, что позволяет получить в большинстве случаев хорошие анатомо-функциональные результаты лечения. Однако клиническая классификационная система для оценки крупных дефектов длинных трубчатых костей различной этиологии не разработана, отсутствует единый дифференцированный подход к выбору вида васкуляризированного костного трансплантата, объема и этапности реконструктивно-пластических микрохирургических вмешательств в зависимости от характера, размера и локализации дефектов тканей конечности. Цель. Разработать алгоритм хирургического лечения пациентов с крупными костными дефектами длинных трубчатых костей различной этиологии методом васкуляризированной костной пластики на основании предложенной классификации, учитывающей локализацию, размеры костного дефекта, сопутствующего повреждения мягких тканей и величины укорочения конечности.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 51 пациента (30 мужчин и 21 женщина) с крупными дефектами длинных трубчатых костей верхних и нижних конечностей методом васкуляризированной костной пластики. В раннем послеоперационном периоде (до 30 дней после операции) отмечались осложнения, характерные для васкуляризированной пересадки комплексов тканей. В 5 случаях наступил венозный тромбоз сосудистой ножки и у одного пациента развилась венозная аневризма. У одного пациента после трансплантации малоберцового костно-мышечного трансплантата в дефект плечевой кости произошел вывих трансплантата из реципиентного ложа. В позднем послеоперационном периоде (более 30 дней) в 15 случаях наблюдались характерные для данного метода лечения осложнения: стрессовые переломы малоберцового трансплантата (6 случаев), замедленная консолидация концов трансплантата с реципиентной костью

продолжительностью более 6 месяцев (7 случаев) и рецидив хронического остеомиелита (2 случая).

Результаты. В 46 из 51 случая получены отличные и хорошие результаты васкуляризированной аутопластики крупных костных дефектов длинных трубчатых костей (90%). Удовлетворительные результаты лечения у трех пациентов (6%) были обусловлены в двух случаях укорочением нижней конечности более 2см, и в третьем — ограничением функции смежных суставов верхней конечности. Неудовлетворительные результаты лечения (4%) были связаны с рецидивом хронического инфекционного процесса в позднем послеоперационном периоде у двух пациентов и были обусловлены недостаточным объемом хирургической санации инфицированного реципиентного ложа. Опорная функция конечности восстановлена у 49 пациентов (96% случаев), что послужило основанием к снижению стойкой утраты трудоспособности пациентов с 74,5% до 39,2%.

Выводы. Применение разработанного алгоритма хирургического лечения пациентов с крупными костными дефектами длинных трубчатых костей методом васкуляризированной костной пластики позволяет избежать значительного количества послеоперационных осложнений со стороны донорской и реципиентной зон, тем самым получить в 90% случаев отличные и хорошие результаты лечения и снизить стойкую утрату трудоспособности пациентов с 74,5% до 39,2%.

### МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИЧЕСКИМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ломака М. А., Рогинский В. В., Овчинников И. А.

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

Лимфатические мальформации являются врожденными пороками развития. Данную группу патологии ранее относили к доброкачественным опухолям, используя термин «лимфангиома». Лимфатические мальформации проявляются при рождении или в первый год жизни ребенка в подавляющем большинстве клинических случаев. Патognомичным признаком лимфатических мальформаций является их склонность к воспалению. Диагностика в специализированных центрах не вызывает больших затруднений, но требует наличия соответствующего оборудования. Для лечения детей с лимфатическими мальформациями используют различные методы, среди которых хирургическое иссечение, склерозирование, ультразвуковая деструкция, лазерная и радиочастотная абляция, криодеструкция, лучевая терапия, медикаментозное лечение. Однако применение не всех методов обосновано.

Цель. Анализ эффективности методов диагностики и лечения детей с лимфатическими мальформациями челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 180 детей с лимфатическими мальформациями челюстно-лицевой области. Период наблюдения составил с 1999 по 2022 г. Возраст пациентов варьировал от новорожденности до 18 лет. Всем пациентам на этапе первичной диагно-

стики проводилось ультразвуковое исследование с эластографией, которое повторялось на 10–14 сутки после операции и в динамике через 3, 6, 12 месяцев. Магнитно-резонансная томография проводилась пациентам до и через 6–12 месяцев после лечения. При вторичных деформациях костей лицевого скелета и внутрикостных лимфатических мальформациях выполнялась компьютерная томография. Хирургическим методом пролечено 115 детей. Комбинация хирургического метода и ультразвуковой деструкции с аспирацией проведена у 32 пациентов. Склерозирование использовалось как самостоятельный метод у 13 пациентов, и еще у 13 пациентов — после ранее проведенного хирургического лечения (для долечивания). В качестве склерозантов применялись 70% р-р этанола, доксициклин, блеомицин. Комбинация хирургического лечения и лазерного воздействия проводилась у 7 пациентов. При воспалении лимфатической мальформации оперативное лечение проводилось после купирования симптомов воспаления. Пяти пациентам (2,9%) была наложена трахеостома, один из данных пациентов которых был деканулирован к выписке.

**Результаты.** Отличный результат был получен у пациентов 107 (59,5%). Хороший результат отмечался у 60 (33,3%) пациентов. Результат «удовлетворительно» был оценен у 11 пациентов (6,1%). Неудовлетворительный результат отмечен у 2 пациентов (1,1%), что связано с отказом от дальнейшего лечения в клинике института.

**Выводы.** Хирургический метод остается ведущим в лечении детей с лимфатическими мальформациями челюстно-лицевой области. Использование ультразвуковой деструкции с аспирацией в комбинации с хирургическим методом значительно повышает эффективность лечения детей данной группы патологии и увеличивает период ремиссии. Склерозирование является методом выбора для лечения детей с макрокистозными лимфатическими мальформациями, вызывает отличный и хороший результат лечения, однако чаще всего не приводит к полному излечению. В качестве склерозирующих средств предпочтительнее использовать блеомицин и доксициклин.

## БИОРЕЗОРБИРУЕМЫЕ ИМПЛАНТЫ В РИНОПЛАСТИКЕ: НАШ ОПЫТ

**Макаров А. В., Кораблева Н. П.**

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, СПб ГБУЗ Клиническая больница Святого Луки, Санкт-Петербург*

Операция по восстановлению носового дыхания — септопластика является самой частой операцией в практике оториноларинголога. В США провели 260 тыс. операций в 2022 г. Кроме того, при проведении ринопластики пластические хирурги проводят операцию на перегородке носа, чтобы изменить форму носа. Не всегда пациенты удовлетворены функциональным результатом септопластики — 40% отмечают, что ожидали большего эффекта. Это обусловлено тем, что восстановление носового дыхания зачастую невозможно без восстановления не только внутриносовых структур, но и наружного носа. По данным зарубежных и отечественных авторов, показаниями к про-

ведению риносептопластики для коррекции носового дыхания являются выраженные деформации каудального отдела перегородки носа, искривления перегородки носа в верхних отделах, выраженные посттравматические деформации со смещением пирамиды носа, дисфункция и коллапс носовых клапанов. При проведении ринопластики хирурги часто сталкиваются с дефицитом пластического материала и проводят забор хрящевых трансплантатов из ребра, ушных раковин для построения носового каркаса и височной фасции для камуфляжа спинки носа. Это усложняет операцию, удлиняет ее время. Кроме того, реберный хрящ может гнуться, а ушной хрящ мягкий и не обеспечивает должной структурной поддержки.

**Цель.** Оценить возможность проведения функциональной риносептопластики в качестве метода хирургического лечения затруднений носового дыхания с применением биорезорбируемых имплантов.

**Материал и методы.** В выборку включены 22 пациента с деформациями наружного носа различной этиологии (посттравматические, ятрогенные, врожденные) и стойким затруднением носового дыхания от 19 до 75 лет. Длительность наблюдения составляет не менее 6 месяцев. В течение 2022–2023 гг. в СПб ГБУЗ Клиническая больница Святого Луки 22 пациентам выполнена функциональная риносептопластика открытым доступом с одномоментной подслизистой вазотомией нижних носовых раковин. 12 пациентам с выраженными повреждениями септального хряща и невозможностью использовать хрящевую ткань перегородки носа для формирования графтов проводилась реконструкция носовых структур с использованием полимерной пластины 30 мм 30 мм 0,2 мм из 100% PLLA (Poly-D-L-lactic acid). Полностью выводится из организма за 12–30 месяцев. Рассасываются за 8–10 недель, за это время перегородка носа становится стабильной. Полимерная пластина является скаффолдом, на который имплантируются фрагменты хряща, формирующие L-образную стропилу (причем для стабильности фрагменты хряща должны занимать высоту не менее 15 мм). Скаффолд рассасывается через 2–2,5 месяца, после чего остается стабильный хрящевой каркас. Без хряща пластина не работает. 10 пациентам после проведения риносептопластики для камуфляжа спинки носа применялись коллагеновые пластины со сроком резорбции не менее 6 месяцев. Пластина является барьером, который разобщает SMAS и костно-хрящевой каркас и обеспечивает камуфляж мелких неровностей. Пластины достаточно фиксировать одним швом. Все пациенты отмечают улучшение носового дыхания и регресс сопутствующих симптомов хронической назальной обструкции, улучшение эстетики носа. Каких-либо проблем, связанных и использованием биорезорбируемых имплантов, не отмечено.

**Выводы.** Применение биорезорбируемых имплантов упрощает и упрощает ход операции, в большинстве случаев позволяет отказаться от забора ушного и реберного хряща, височной фасции.

## ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Максимова А. В., Прохода Е. Е., Татаурщикова Н. С.  
*Институт пластической хирургии и косметологии, Москва*

Персонализированный отбор и подготовка пациентов к хирургическому вмешательству является важной частью работы пластического хирурга. В актуальной научно-доказательной базе достаточно подробно описаны предоперационные факторы риска, обладающие значительным влиянием на тактику пластического хирурга в условиях клинической практики. Актуальной представляется задача оценки иммунологического профиля пациента с целью коррекции выявленных нарушений и минимизации рисков послеоперационных осложнений. Важным фактором, влияющим на работу иммунной системы, являются хронические вирусные инфекции, в частности хроническая герпетическая инфекция (ХГВИ), носителем которой является 90% населения земного шара. Наличие ХГВИ может сопровождаться изменениями в работе иммунной системы, которые характеризуются как вторичное иммунодефицитное состояние (ВИДС). Согласно современной терминологии, данная группа пациентов называется иммунокомпromетированной. При ВИДС имеются изменения во всех звеньях иммунитета. Изменяется локальный ответ на хирургическую травму, что в свою очередь, влияет на результат хирургического вмешательства. Данный фактор риска, требует более подробного изучения.

**Цели и задачи.** Совершенствование методов предоперационной подготовки при выполнении хирургических вмешательств у иммунокомпromетированных пациентов с ХГВИ. **Материалы и методы.** Проведен систематизированный обзор литературы в базе Google Scholar, Pubmed. Хронологическая глубина поиска — 5 лет (с 2018 по 2023 г.). Получено 681 статья. Проведен ручной отбор материала. Получено 32 статьи, полученные данные интерпретированы и внедрены в структуру исследования.

**Результаты.** По данным актуализированных источников характерными изменениями для пациентов с ХГВИ являются дизрегуляторные разнонаправленные изменения в популяционном составе лимфоцитов на фоне относительного лимфоцитоза. Ключевые изменения отмечаются в содержании CD4+ и CD16/56+ лимфоцитов. Помимо этого у большинства пациентов с ХГВИ снижена продукция интерферонов — альфа и гамма. Наиболее существенное влияние ХГВИ оказывает на характеристики цитокинового профиля, что в свою очередь изменяет работу иммунной системы в целом. Стадия активной инфекции является строгим противопоказанием к проведению оперативного вмешательства. Зачастую в хирургический стационар поступают пациенты в межрецидивный период. Однако у данных пациентов сохраняются стойкие иммунологические нарушения. Отмечается стойкое снижение продукции IL-1 $\beta$ , IL-8 и IL-10, а также диспропорция в цитокиновом спектре с преобладанием синтеза IFN $\gamma$  и IL-8 над производством IL-10, а IL-4 и IL-13 — над продукцией IL-1 $\beta$ . Стойкое снижение IL-1 $\beta$  будет приводить к нарушению процесса фагоцитоза, который играет ключевую роль

в профилактике гнойно-септических осложнений. Снижение IL-10, основной эффект которого — подавление чрезмерной воспалительной реакции. Таким образом, дефицит данного цитокина может приводить к неадекватной реакции со стороны макрофагов и развитию послеоперационных осложнений инфекционного генеза. В частности, снижение IL-8, который является сильным хемоаттрактантом, может негативно сказаться на процессе заживления ран, затягивая его течение. Несмотря на параллельное снижение IL-10 и IL-8, преобладание в количественном отношении последнего, подавляет противовоспалительный эффект от IL-10. Что, в свою очередь, может приводить к формированию грубой рубцовой ткани.

**Выводы.** Таким образом, с целью снижения риска послеоперационных осложнений и подготовки к успешному оперативному вмешательству у иммунокомпromетированного пациента с ХГВИ в пластической хирургии является консультация врача — аллерголога-иммунолога, предоперационная оценка и коррекция иммунологического профиля.

## ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СТРАНЕ. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ В РЕГИОНАЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ

Мантарджиев Д. В., Сергеев И. С., Батырев А. В., Сычев В. И., Овсян Г. С., Варданян С. А., Дикарев А. С.

*ООО «Аэстетик коллектив», Луганская республиканская клиническая больница ЛНР, Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, Краснодар, Луганск*

На сегодняшний день большая часть микрохирургических операций выполняются в крупных медицинских учреждениях федерального значения. Данное обстоятельство если и не ограничивает доступность населения для получения лечения при травмах конечностей или распространенных онкологических заболеваниях, то, как минимум, усложняет логистику, увеличивая сроки лечения и, в некоторых случаях, делая дальнейшее лечение невозможным. Опыт внедрения микрохирургической службы в ГУ «ЛРКБ» ЛНР продемонстрировал возможность проведения реконструктивно-пластических операций в условиях дефицита материальных и кадровых ресурсов.

**Цель.** Анализ факторов способствующих и препятствующих организации микрохирургической службы в учреждениях государственного и негосударственного типа.

**Материалы и методы.** Был ретроспективно проанализирован собственный опыт внедрения микрохирургической службы в трех государственных учреждениях и одной частной клинике за период с 2014 по 2023 г.

**Обсуждение.** Проблемы отсутствия оснащения сегодня уходят на второй план в связи с повышением доступности микрососудистого инструментария и оборудования и относительной финансовой доступностью для закупки заинтересованными медицинскими учреждениями. Знания и опыт, который в прежние годы имел статус «сакральных» ныне «легализован» и доступен в ряда практических обучающих курсов в стране. В дополнение обучающие материалы, являющиеся выжимкой опыта именитых хирургов предыдущих десятилетий и доступные удаленно значительно укорачивают путь обучения для новых в дан-



ной сфере специалистов. Вышесказанное свидетельствует о возможности разрешения кадрового дефицита первого порядка. В сложившихся обстоятельствах на сегодняшний день основной проблемой, выступающей в качестве препятствия для развития микрохирургической службы в государственных и частных учреждениях в регионах страны, является сложности логистики и формирование алгоритмов работы.

Выводы. Переоценка отношения к системе подготовки к микрохирургии, а также к проведению самих микрохирургических вмешательств даст возможность обеспечить увеличение доступности высокотехнологичной помощи населению, выведя отечественную медицину на более высокий и современный мировой уровень.

## ТРЕХПЛОСКОСТНАЯ АУГМЕНТАЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА

Мариничева И. Г., Грицюк А. М.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Российский университет дружбы народов, НАО «Медлаз», Москва*

Аугментационная маммопластика является самой популярной эстетической операцией. Различают две основные техники установки имплантатов: препекторально и ретропекторально. Исторически первым использовалось препекторальное расположение имплантатов. Однако видимость имплантатов, риплинг и высокая частота капсулярных контрактур способствовали разработке субпекторальной техники, при которой имплантат дополнительно покрыт большой грудной мышцей. Полностью подмышечное расположение имплантата сопряжено с повышенным риском статических деформаций (переполненный верхний полюс, уплощение груди и др.). Были разработаны способы так называемой двухплоскостной аугментационной маммопластики при которой верхний полюс имплантата располагался под мышцей, а нижний под железой. В последнее время в литературе появилось много статей, касающихся анимационной деформации груди (АДГ), которая обусловлена воздействием отсеченного края большой грудной мышцы. По литературным данным при двухплоскостном расположении имплантата АДГ развивается в 53% случаев, а при технике P. Regnault достигает 76%. Все это способствует более широкому распространению препекторальной техники, которую мы все же считаем несостоятельной у худощавых пациенток.

Цель. Уменьшить риски АДГ при ретропекторальном расположении имплантата.

Материал и методы. Основу работы составили 347 пациенток с ректопекторальным расположением имплантата, оперированных в период с 2005 по 2023 г., по следующей методике: молочную железу отстаивали до уровня САК (III межреберье), грудную мышцу пересекали на уровне САК латеральнее среднеключичной линии, формировали ретропекторальное пространство вверх и медиально, затем тупо отслаивали зубчатую, наружную косую, прямую мышцы в каудальном направлении до уровня необходимой субмаммарной складки, формируя «балкон», покрывающий и поддерживающий имплантат. Таким образом «косяя»

часть мышечных волокон большой грудной мышцы исключалась из работы.

Результаты. Оценку АДГ проводили через три недели после операции по методике S. Spear. 1-я степень (отсутствие деформации) установлена у 239 (68,9%) пациентов, 2-я (легкая деформация) — у 97 (28,0), 3-я (умеренная деформация) — у 11 (3,2%). Выраженной деформации (4-я степень) в послеоперационном периоде не наблюдалось. Вместе с тем метод более сложный, чем двухплоскостная установка имплантата и требует больше времени.

Выводы. Предложенный способ позволяет избежать выраженной АДГ и уменьшить ее незначительные проявления до 31,3%. Кроме того, он сопровождается следующими преимуществами: 1) мышца покрывает имплантат в нижелатеральных отделах, защищая его от прощупывания, 2) «балкон» поддерживает вес имплантата, позволяя получить более стабильный результат, 3) рассечение мышцы позволяет наполнить нижний склон молочных желез. Все это в совокупности позволяет рекомендовать предложенный метод для практического использования.

## НИЖНИЙ ЯГОДИЧНЫЙ ЛИФТИНГ

Мариничева И. Г., Грицюк А. М.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Российский университет дружбы народов, НАО «Медлаз», Москва*

В хирургической практике встречаются пациенты с нависанием ягодичного кожно-жирового лоскута над ягодичной складкой, или разрушенной ягодичной складкой после предшествующих липосакций так называемой банановой складки. В таких случаях верхний лифтинг не эффективен, и операция выполняется в проекции ягодичной складки. Однако недостатком этого доступа являются заметные и широкие послеоперационные рубцы, а также деформация ягодичной складки.

Цель. Улучшить результаты нижнего ягодичного лифтинга. Материал и методы. Нижний ягодичный лифтинг выполнили у 172 пациентов в период с 2000 по 2023 г. Во всех случаях операцию совмещали с различной степени лифтингом бедер. В 45 случаях до 2010 г. выполняли последний шов раны только рассасывающимся шовным материалом Гликолид (Vicryl, PGA) и Полидиоксанон (PDS, Caprolon). С 2010 г. у 127 пациентов применяли нерассасывающиеся Полиэфирные нити (Ti-Cron). Отдельно Ti-Cron 0 ушивали перепончатую пластину с фиксацией каждого шва к мышечной фасции в проекции необходимой ягодичной складки. Субдермально как можно ближе к коже накладывали второй ряд швов Ti-Cron 2–0 с его фиксацией к перепончатой пластине. Таким образом формировали новую ягодичную складку, на которую сразу ложилась нагрузка отслоенных лоскутов. В семи случаях операцию совмещали с увеличением ягодиц имплантатами, в трех с удалением ранее установленных имплантатов.

Результаты. В первой группе пациентов через полгода после операции наблюдали расширение послеоперационного рубца до 9–14 мм, его атрофию и гиперпигментацию. Удовлетворенность пациентов результатами операции была на уровне 1–2 балла по шкале GAIS. Во второй группе

пациентов через полгода после операции ширина кожного рубца составляла 3–5 мм, рубец находился точно в сформированной ягодичной складке. Удовлетворенность пациентов результатами операции была на уровне 2–3 балла по шкале GAIS.

Выводы. При нижнем лифтинге ягодиц следует формировать ягодичную складку путем фиксации перепончатой пластины к мышечной фасции, используя при этом нерассасывающийся шовный материал. Субдермальный шов нерассасывающимися нитями дополнительно предохраняет кожный рубец от его расширения.

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ КОСОГЛАЗИЕМ

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

*Тамбовский филиал Национального медицинского исследовательского центра «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова», Тамбов*

Травматическое косоглазие (ТК) ввиду своей многофакторности является одной из самых сложных форм страбизма. Наиболее часто причиной его возникновения становятся черепно-мозговые травмы (ЧМТ) и кранио-орбитальные повреждения (КОП).

Материалы и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ историй болезни 207 пациентов с косоглазием, развившимся после травмы глаза, периорбитальной области, КОП или ЧМТ. В ходе работы изучали жалобы пациента, данные анамнеза о характере травмы, информацию о степени и зоне повреждения тканей, протокол стандартного офтальмологического и страбизмологического осмотра, компьютерной томографии орбит в двух проекциях, сведения о проведенном ранее и рекомендованном лечении.

Результаты и обсуждение. Более чем в 50% случаев было выполнено изолированное вмешательство на экстраокулярных мышцах (ЭОМ), в 40% случаев выполнялись различные варианты комбинированных операций. Многоэтапное лечение, как правило, требовалось пациентам с большим углом девиации. Выявлено, что наилучшие функциональные результаты получены у пациентов, косоглазие которых вызвано периферическим парезом/параличом ЭОМ. Наименее успешным в этом отношении стало лечение пациентов с параличами ЭОМ центрального генеза. Выводы. В большинстве случаев травматическое косоглазие вызвано несколькими этиопатогенетическими механизмами. Сложность определения тактики лечения пациента с травматическим косоглазием состоит в необходимости определения комбинации хирургических методик, их очередности и сроков проведения. Функциональные результаты лечения превышают субъективную удовлетворенность пациента.

## 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.

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

Сохранение долгосрочной стабильности достигнутого результата лечения является актуальной проблемой ортогнатической хирургии, а 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. 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 и методы. Ретроспективное исследование мыщелковых отростков пациентов, которым была проведена двучелюстная ортогнатическая операция по поводу скелетных форм дисгнатий II и III классов. Мультипланарная 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 — передне-заднее. 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 вли-

яние 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, соединяющий 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 лимитов потенциального сдвига головки в ямке.

Результаты. 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 значительно 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.

Результаты. Полученные данные позволят разработать методы прогнозирования и профилактики смещения суставосодержащих фрагментов на этапе планирования оперативного вмешательства.

## ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ НА РАНЕВОЙ ПРОЦЕСС И ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ

Меркулов Д. С., Фисталь Э. Я., Фисталь Н. Н.

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Донецк*

Цель. Улучшение результатов лечения больных с огнестрельными ранами с помощью ультразвуковой кавитации. Материалы и методы. В исследование вошли 41 пациент, находившихся на лечении в отделе термических поражений и пластической хирургии с 2014 по 2016 г. Основную группу составили 22 человека, в группу сравнения вошли 19 человека. Группы были сопоставимы по возрасту и полу, разделены на подгруппы в зависимости от этиологии и патогенеза раневого процесса: подгруппа 1 — пациенты с минно-взрывной травмой (в нее

вошли 14 больных основной группы, 13 человек группы сравнения), подгруппа 2 — пациенты с пулевыми ранениями (8 больных основной группы, 6 группы сравнения). Пациентам основной группы во время первичной хирургической обработки применялся метод ультразвуковой кавитации, в качестве источника низкочастотного ультразвука использовали аппарат SONOCA-190 производства компании Söring. В качестве акустической среды использовали 0,9% раствор NaCl. Пациентам подгруппы 1 и 2 основной группы после применения метода ультразвуковой кавитации выполнялась одномоментная комбинированная кожная пластика (45,5%), пластика местными тканями (36,4), пластика островковыми лоскутами (18,1%). В группе сравнения после выполнения первичной хирургической обработки выполнялась подготовка раны к пластическому закрытию в течение 7–10 дней, после чего выполнялась вторичная хирургическая обработка с комбинированной кожной пластикой (52,6%), аутодермотрансплантацией (21,5%), пластика местными тканями (26,3%). Контроль раневого процесса осуществлялся путем исследования мазков-отпечатков по методу М. В. Покровской, М. С. Макарова в модификации Д. М. Штейнберга, производимого интраоперационно. При этом контролируются следующие элементы мазка: микрофлора, количество нейтрофилов, характеристика фагоцитоза, а также другие клеточные элементы крови и соединительной ткани (эозинофилы, плазмодиты, моноциты, гигантские многоядерные клетки, макрофаги, фибробласты, эпителий) с выделением 6 типов цитограмм. Анализ сроков появления отдельных элементов цитограммы, а также количественные характеристики клеток достаточно точно характеризуют ход процесса заживления и трансформации раневого процесса.

Результаты. У пациентов первой группы по сравнению с группой контроля отмечено снижение элементов воспаления в ране на 60,9%, с преобладанием в препарате сегментоядерных нейтрофилов, появление фибробластов и макрофагов. Получено достоверное снижение количества дегенеративного фагоцитоза по отношению к завершающему в основной группе по сравнению с группой сравнения. Завершенный фагоцитоз в основной группе составил 20,3%, против 3,5% в контрольной группе. Фагоцитарный индекс существенно не изменился (96,7% в основной группе и 98,2% в группе сравнения), что объясняется бактерицидным свойством низкочастотного ультразвука.

Выводы. На основании изучения цитологической картины мазков-отпечатков, статистической обработки полученных данных можно утверждать о противовоспалительном, стимулирующем процессы репарации свойствах ультразвуковой кавитации. Оптимизация процесса заживления ран позволяет рекомендовать применение ультразвуковой кавитации в качестве дополнительного многокомпонентного средства воздействия на раневую процесс в огнестрельных ранах при первичной хирургической обработке с одномоментной пластикой раневого дефекта.

## ОДНОЭТАПНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ФРАГМЕНТА УШНОЙ РАКОВИНЫ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ

Михайлов А. Г., Михайлова К. А.

*Клиника пластической хирургии и косметологии  
«Анастасия», Институт клинической медицины ННГУ  
им. Н. И. Лобачевского, Нижний Новгород*

Дефекты ушной раковины травматического характера являются нередкой патологией, приводящей не только к эстетической неудовлетворенности пациентов, но и часто к тяжелому нарушению социальной адаптации. Неприятие своего внешнего вида у таких пациентов сопряжено, как правило, с различными формами депрессивного состояния. Единственным способом вернуть данную группу пациентов к полноценной жизни является хирургическая реабилитация — реконструктивная операция.

Материалы и методы. Причинами дефектов ушной раковины чаще всего являются травмы различного происхождения, среди которых наиболее часто встречаются укусы животных (собаки) и человека. При этом восстановить первично, в ранние сроки после травмы, такие дефекты не представляется возможным из-за полной утери или сильного повреждения откушенного фрагмента. Чаще всего страдают верхние или средние участки ушной раковины с полной или частичной потерей завитка уха, части противозавитка и, иногда, фрагмента чаши. На сегодняшний день предложено несколько способов отсроченного восстановления отсутствующего фрагмента ушной раковины, но такие операции, как правило, проводятся в 2–3 этапа. Если дефект уха составляет не более половины ширины ушной раковины, то мы выполняем одноэтапную отсроченную (не ранее 4–6 месяцев после травмы) реконструкцию с использованием аутохряща, взятого из чаши здоровой ушной раковины вместе с кожей заушной области. Отслойка кожи по передней поверхности за пределами забранного хряща позволяет абсолютно нивелировать образовавшийся дефект при сшивании краев хряща чаши между собой. Ниже дефекта уха по задней поверхности формируем створчатый лоскут с основанием по краю дефекта и поднимаем его. Формирование заушного створчатого лоскута производится с учетом протяженности и локализации дефекта. Серповидный участок аутохрящевое трансплантата переносим в область дефекта и фиксируем к краям хряща, формируя завиток. Сформированным створчатым лоскутом укрываем хрящевой трансплантат по типу дубликатуры. Дефект кожи, образовавшийся после формирования створчатого лоскута, закрываем свободным полнослойным кожным трансплантатом, взятым из заушной области здоровой стороны вместе с хрящевым трансплантатом. Накладываем умеренно давящую повязку. В заушной области свободный кожный аутоотрансплантат фиксируем ко дну раны через марлевые валики. Швы и повязки снимаем на 10-е сутки.

Обсуждение результатов. Большинство методик реконструкции части ушной раковины подразумевают выполнение, как минимум двух этапов операции. На первом этапе края дефекта вшивают в заушную область и на втором этапе поднимают вместе с кожей заушную область и, иногда, уже имплантированными в заушную область на первом

этапе аутохрящом или имплантируют его на втором этапе. Такие подходы, безусловно, более надежны в плане возможного некроза створчатого лоскута при недостаточности кровоснабжения его в области основания, но в то же время растягивает общее время хирургической реабилитации на достаточно длительный срок. Предпочитаемый нами способ позволяет провести реконструкцию в один этап. При хорошей толщине кожи передней поверхности ушной раковины и сроках с момента травмы не менее 4–6 месяцев позволяет получить адекватное кровоснабжение створчатого лоскута и полностью закрыть дефект, особенно если он относительно небольшой по глубине, как в верхних, так и в средних отделах ушной раковины. Выводы. Одноэтапная отсроченная реконструкция посттравматических дефектов ушных раковин во многих случаях позволяет сократить время хирургической реабилитации пациентов и способствовать их социальной адаптации.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

Михайлюков В. М., Дробышев А. Ю., Левченко О. В.,  
Тибилев Д. В., Мисирханова М. И.

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

Цель. В настоящее время число пациентов с травмами челюстно-лицевой области в России продолжает неуклонно увеличиваться. При этом повреждения средней зоны лица составляют до 24% от всех травм головы.

Материалы и методы. На клинических базах ЦС и ЧЛХ МГМСУ им. А. И. Евдокимова и НИИ СП им. Н. В. Склифосовского за период с 2010 по 2023 г. прооперировано 223 больных с посттравматическими дефектами и деформациями костей средней зоны лица. Посттравматические дефекты и деформации глазницы сопровождались гипопфтальмом и энтофтальмом различной степени выраженности. Пластику дефекта дна орбиты выполняли с использованием: аутоотрансплантатов с теменной области, имплантатами из армированного пористого полиэтилена, титановыми сетками, индивидуальными имплантатами Peek. У 134 пациентов планирование хирургического лечения проводили по данным МСКТ с использованием стереолитографических моделей, у 49 пациентов — индивидуальное 3D-компьютерное моделирование хирургического вмешательства, 40 пациентов прооперированы с использованием методики интраоперационной безрамной навигации.

Результаты. Данная методика позволяет осуществлять виртуальное моделирование имплантата/аутоотрансплантата в области костного дефекта, анатомического положения смещенных костных фрагментов и глазного яблока по МСКТ за счет «зеркального» отображения костной анатомии неповрежденной стороны, а также осуществлять интраоперационный контроль положения репонируемых костных фрагментов, имплантата/аутоотрансплантата и глазного яблока с помощью поинтера навигационной

системы. По данным послеоперационной МСКТ восстановление правильной анатомии костей лицевого отдела черепа, форма и положение установленных имплантатов, репонированных костных фрагментов были лучше в группе пациентов, прооперированных с использованием безрамной навигации. У всех пациентов отмечено исчезновение двоения в центральной позиции зрения.

**Выводы.** Разработанная методика интраоперационной безрамной навигации в хирургическом лечении данной категории пациентов помогает максимально точно воспроизводить форму, объем и положение костных фрагментов, имплантатов и аутотрансплантатов, интраоперационно оценить положение глазного яблока, что позволяет добиться высоких функциональных и эстетических результатов.

## ЭКОЛОГИЧНЫЙ ПОДХОД В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ. ЛУЧШИЕ ПРАКТИКИ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Мороз О. Н., Бельшева Т. С.

*Клиника эстетической медицины Ольги Мороз, Москва*

**Цель.** Инновационный комплексный подход в области эстетической медицины Ольги Мороз к вопросам продления молодости, красивого успешного долголетия. Авторская методика омоложения методом дренажной мезотерапии приводит к следующим результатам — усиление лимфотока, улучшение микроциркуляции, повышение оксигенации, эластичности сосудов.

**Материалы и методы.** Программа «Реабилитации онкобольных в состоянии стойкой ремиссии». Онкологические заболевания за последние 10 лет перестали быть приговором без права на пересмотр. Более того, по моему опыту, женщины, пережившие онкологические заболевания, подчас больше стремятся к поддержанию своей красоты, уделяя этому особое внимание. Известно, что применение косметологических методик и процедур возможно через 5 лет после фиксации стойкой ремиссии. В состоянии стойкой ремиссии возможны инъекционные процедуры на основе связанной гиалуроновой кислоты, ботулотоксина, крайне востребована мезотерапия и лечение волосистой части головы. А исследования показывают, что беспокойство о внешнем виде вызывает серьезную озабоченность у пациентов после победы над раком. Это влияет на их качество жизни в физической, эмоциональной, социальной и сексуальной сферах. Также важно отметить, что люди, победившие рак, считают финансовые проблемы и проблемы внешнего вида — главными.

**Результаты.** Спрос на процедуры по омоложению лица, требующие применения инъекций, постепенно увеличивается благодаря безопасным и эффективным результатам. Из них ботулотоксина и филлеры на основе гиалуроновой кислоты чаще всего используются либо отдельно, либо в комбинации. Причем спрос на такие процедуры высок как в группах, получавших до лечения подобные процедуры, так и среди тех, кто такие процедуры не делал. Наши авторские методики построены на использовании вено-тоников, гомеопатических препаратов, то клинические исследования и научный опыт показал, что они работают

еще и в отношении общего оздоровления организма. Состояние ремиссии это же результат серьезного воздействия — облучение, химия и т.д. И важность в том, что мы стараемся, как социальный проект поддержать людей комплексно. Препараты на основе низкомолекулярной гиалуроновой кислоты с лидокаином хорошо переносятся пациентами, что также можно говорить о ботулотоксине типа А. Оба продукта хорошо переносятся у пациентов после химиотерапии без побочных эффектов.

**Выводы.** Благодаря нашим программам пациенты совершенно меняют эстетический образ, внешность, а в результате — улучшается качество жизни, происходит борьбы с последствиями заболевания через заботу о себе. Теоретический и практический результат — реальная помощь людям, в том числе, онкобольным по улучшению качества жизни. Наша абсолютная убежденность, что здоровое общество, здоровая нация — это прогрессивная и успешная нация.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МАКРОМАСТИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА

Мурзаева Р. А., Радзинский В. Е., Мантурова Н. Е., Алиева З. М.

*Клиника «100med», Люберцы*

Статистика роста обращений пациенток с макромастией, обусловленной доброкачественной дисплазией молочных желез к пластическому хирургу неуклонно растет и показывает, что растет и количество операций, направленных на хирургическую коррекцию данной патологии. В связи с тем, что в клинических рекомендациях нет общепринятого понимания требуемой продолжительности консервативного лечения **доброкачественной дисплазии молочной железы (ДДМЖ)** и нет критериев оценки эффективности лечения пациентов с макромастией при данной патологии, предложенная методика позволяет дифференцированно подходить к выбору лечения в пользу редукции молочных желез у данной категории пациентов с последующим наблюдением у гинеколога-эндокринолога, снижая тем самым риск развития рецидива заболевания, улучшая качество жизни больных.

**Цель.** Разработать алгоритм обследования и хирургического лечения макромастии, ассоциированной с диффузной дисплазией молочных желез.

**Материал и методы.** В работе проанализированы результаты хирургического лечения макромастии (методом редукции МЖ, методом редукции и реконструкции с использованием эндопротезов), ассоциированной с ДДМЖ у 105 пациенток в возрасте от 24 до 53 лет (средний возраст  $38,05 \pm 2,5$  г) в течение 4 лет находящихся под наблюдением гинеколога-эндокринолога. Все пациентки были трудоспособного возраста в возрастном диапазоне от 22 до 55 лет (средний возраст на момент операции  $41,9 \pm 2,1$  год), индекс массы тела пациенток варьировал

в пределах 28–35 кг/м<sup>2</sup>. Все пациенты перед операцией прошли маммографию и плановое клиническое обследование для исключения рака.

Результаты. Исследуемой группе после выполнении редукции молочных желез проведено патоморфологическое исследование, по итогам которого у 105 прооперированных пациенток с диагнозом макромастия, ассоциированная с доброкачественной дисплазией молочных желез (в том числе II группы) выявлена патология молочных желез: диффузная кистозная мастопатия у 48 (45,7%), фиброаденоз молочных желез у 33 (31,4%), фибросклероз молочных желез у 15 (14,2%), эктазия протоков молочной железы у 5 (2,9), внутрипротоковая гиперплазия без атипии 1 (2,9), инвазивный протоковый рак *in situ* у 1 (2,9). Объем оперативного вмешательства определяется в каждом случае индивидуально. В зависимости от локализации очага вовлеченного в патологический процесс выполнялись следующие операции: редукция молочных желез с последующей реконструкцией аутологичными тканями 84 (80%) пациентки; при частичном вовлечении железистой ткани в патологический процесс — выполнялась субтотальная редукция и реконструкция аутологичными тканями с использованием эндопротезов 15 (14,3%); при тотальном поражении железы редукция молочных желез с использованием имплантатов 6 (5,7%).

Выводы. Установлено, что частота послеоперационной диагностики скрытого рака молочной железы в образцах после редукционной маммопластики остается низкой, но создает значительные терапевтические проблемы. Для пациентов с макромастией, ассоциированной с доброкачественной дисплазией молочных желез акцент должен делаться на тщательной предоперационной диагностике, кроме того рекомендуется рутинный гистологический анализ образцов ткани молочной железы после редукции. При совместном ведении пациенток с гинекологом-эндокринологом в раннем и позднем послеоперационном периоде риски рецидива гиперплазии ткани молочной железы минимизируются, нормализуется репродуктивное здоровье и вес.

### ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕРХНИХ ВЕК У ПАЦИЕНТОВ АЗИАТСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Нгуен Д. Б., Мантурова Н. Е.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва*

В 2016 г. около 12,4% населения в регионе старше 60 лет (600 млн). К 2050 г. число пожилых людей в Азиатско-Тихоокеанском регионе утроится и достигнет 1,3 млрд человек. Основные клинические проявления периорбитального старения у азиатских женщин включают латеральный капюшон кожи верхнего века, птоз бровей и очевидные периорбитальные морщины. Азиатским пациентам, особенно старшего поколения не хотят иметь высокую складку, желая оставлять естественные низко-расположенные претарзальные складки. Поскольку этим пациентам требуется иссечение большого объема кожи, то шивание более толстой верхней части кожной раны

с более тонкой нижней претарзальной частью ведет к визуальному увеличению толщины века. Подбровная блефаропластика имеет несколько преимуществ, таких как минимальная отечность, быстрое послеоперационное восстановление, возможность иссечения большей части излишней толстой подбровной кожи и сохранение местных анатомических особенностей. Для устранения недостатков предыдущих модификаций подбровной блефаропластики мы предлагаем новый алгоритм предоперационного обследования и метода выполнения подбровной блефаропластики.

Цель. Улучшение результатов эстетической хирургии возрастных изменений периорбитальной области у пациентов азиатской этнической группы.

Материалы и методы. В основу исследований положен анализ клинических наблюдений и результатов хирургического лечения 65 азиатских пациентов с возрастными изменениями век и мягких тканей периорбитальной области в возрасте от 45 года до 74 лет, прооперированные в период с 2019 по 2023 г. Оперативные вмешательства выполнялись четырьмя хирургами с опытом клинической работы более 5 лет. Все пациенты предъявили жалобы на наличие выраженного дерматохалазиса верхнего века. Пациентам 1 группы (35 человек) провели стандартную азиатскую возрастную верхнюю блефаропластику. Пациентам 2 группы (30 человек) выполняли блефаропластику подбровным доступом. Важный этап азиатской возрастной блефаропластики: Создание претарзальную складку путем наложения мышечно-апоневротических швов (от 3 до 5) или наложением кожно-апоневротического-кожного шва. Кожный шов — внутрикожными/узловыми швами. Основные этапы операции при подбровной блефаропластике: Резекция кожи до подкожной клетчатки (лезвия под углом 30 градусов). Формирование мышечных лоскутов. Вскрытие перегородки и вход в постсептальное пространство при необходимости удаления жировых грыж. Удаление жировых грыж, фиксация периостальных швов (для пациентов с нормальным и низким положением бровей) и завершение операции. Варианты закрытия оп. раны: узловыми, внутрикожными или непрерывными матрацными швами.

Результаты собственных исследований. Среднее время операции у пациентов первой группы 54,7±10 мин. Послеоперационное осложнение не отмечали. Встречаемые осложнения: 1 — послеоперационная гематома, 3 — длительный отек, 1 — послеоперационная гематома, 1 — выраженный рубец. Средний срок реабилитации у пациентов данной группы составляла 8,3±1,5 дн. Среднее время операции у пациентов второй группы 50,2±10 мин. 1 — послеоперационная гематома. У 3 пациентов также наблюдалось небольшое покраснение под бровью, но к 3-му месяцу оно стало совсем незаметным. Средний срок реабилитации у пациентов данной группы составляла 7,1±1,5 дн.

Выводы. 1. Изолированная подбровная блефаропластика или в сочетании с верхней блефаропластикой является основным вариантом коррекции выраженного блефарохалазиса с латеральным капюшонообразным нависанием век у возрастных азиатских пациентов. 2. Разработанная методика предоперационного определения жировых пакетов верхних век с помощью УЗИ при выполнении подбровной блефаропластики с резекцией жировых грыж у возрастных азиатских пациентов позволяет снизить ча-

стоту осложнений, сократить время операции сроки медицинской реабилитации и улучшить результаты хирургического лечения. 3. Периостальная фиксация нижнего лоскута КМГ к надкостнице надглазничного края орбиты или к лобной мышце предотвращает послеоперационное опущение брови.

## ОПЫТ ВЫБОРА ИМПЛАНТОВ. ТЕКСТУРА VS ПОЛИУРЕТАН

Нудельман Н. С.

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

Актуальность доклада обусловлена большим разнообразием различных фирм имплантов на рынке и сложностью выбора.

Цель — поделиться опытом работы с текстурированными и полиуретановыми имплантами молочных желез, охарактеризовать преимущества и недостатки, а также поделиться алгоритмом выбора между ними, исходя из моего опыта. Материалы и методы. Всего за 9 лет мной выполнено около 700 эндопротезирований молочных желез, в том числе с мастопексиями. Мой собственный опыт эндопротезирования молочных желез начался с имплантов фирмы Аллерган Натрель. Стандартные текстурированные импланты широко известного производителя. Опыт работы с ними имел ряд преимуществ: 1) технически простая установка относительно полиуретановых имплантов, 2) естественная по плотности грудь после эндопротезирования, но и ряд недостатков: 1) мальпозиция имплантов в ранние сроки после операции (до 2 месяцев), с безуспешными попытками коррекций консервативными методами, 2) более частое образование контрактур и двойных капсул в отсроченный период по сравнению с полиуретановыми имплантами. В 2014 г. я побывала в клинике д-ра Стана, где впервые увидела его работы с использованием полиуретановых имплантов. Т.к. в те годы они нечасто использовались коллегами в России, то я начала использовать их с осторожностью, нарабатывая собственный опыт. Большим преимуществом их использования стал факт меньшего риска смещения имплантов, что требовало более внимательной и четкой установки их интраоперационно.

Результаты. За 8 лет использования у меня было 2 случая смещения имплантов в отсроченный период (2 года). В связи с этим, полиуретановые импланты стали выбором номер 1 при повторных операциях и для пациенток, занимающихся активными и профессиональными видами спорта. За время использования я столкнулась как с преимуществами, так и недостатками, такими как сложности в замене имплантов в сроках после 14 сут. и до 1 года, более плотное спаевание тканей молочной железы с имплантом, сложности установки через маленький периареолярный доступ. Сейчас я использую в своей работе как полиуретановые, так и текстурированные импланты и для более четкого понимания, в каком случае я использую те или иные, мною разработан алгоритм выбора между ними, в зависимости от анатомических данных пациентки, ее заинтересованности в спорте, доступа (СМБ или параареолярный), наличияптоза молочных желез и других факторов.

Выводы. Идеальных имплантов не существует, но благодаря некоторым их свойствам мы можем снизить те или иные риски. Пластический хирург в течение своей практики должен владеть разными методиками и использовать индивидуальный подход к подбору имплантов в поиске и сочетании наиболее эффективных методик в его руках с учетом особенностей клинической ситуации. Осложнения стали более прогнозируемы, менее критичны и реже встречаемы.

## ХИРУРГИЯ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ

Обухов И. А.

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

Различные патологические состояния ногтевых фаланг (НФ) пальцев кисти нередко встречаются в практике хирургов, травматологов, реже — пластических хирургов. Наиболее частым является повреждение периферических отделов пальцев кисти по типу травматической ампутации. Пациенты с травматическими ампутациями, открытыми повреждениями периферических отделов пальцев кисти попадают на амбулаторные приемы хирургов и в травмпункты, где большей частью с повреждениями НФ не церемонятся, предлагая производить формирование культи с укорочением костной основы фаланги, и нередко даже с ампутацией (или экзартикуляцией) ее оставшейся части. Между тем, требовательность пациентов к своему виду в современном мире, несомненно, возросла, и во многом схожа с требовательностью как к лицу (кисть как лицо человека). На кончиках пальцев видна каждая мелкая деталь, форма, цвет и пр. Пальцы всегда на виду, всегда в работе, движениях. На кончиках пальцев — ногти. Их вид, цвет, форма говорят очень много о вкусах, характере и психологическом состоянии их владельцев. Известно, что у пациентов с деформациями, дефектами пальцев кисти возникает множество психологических и даже психических проблем, которые очень трудно устранить. Потеря даже небольшой части пальца вызывает у пациентов стойкий дискомфорт, иногда на всю жизнь. Случаи, когда в детстве произошла потеря кончика пальца кисти, и пациентка оперируется, будучи уже состоявшимся человеком, не является редкостью. Т.е. спустя 20–30 лет после потери пальца у пациенток сохраняется неистребимая попытка решения этой проблемы. При наличии дефектов пальцев у пациента сохраняются и функциональные проблемы, особенно связанные с выполнением мелкой работы, тонких захватов. Особенности анатомии, развития НФ, несомненно, накладывают отпечаток на выбор тактики восстановления и реконструкции. В настоящее время надо расценивать восстановление/реконструкцию НФ как восстановление всего ногтевого комплекса. Восстановление ногтевого комплекса представляет собой целый раздел эстетической медицины, косметологии, целой индустрии маникюра, и, конечно, пластической и реконструктивной хирургии. Разделами данного направления хирургии в свежих случаях являются травматические ампутации НФ, переломы фаланг и повреждения ногтевой пластинки. Особенности нашей хирургической стратегии при наличии трав-

матической ампутации периферических отделов пальцев кисти — максимальное сохранение кончиков пальцев, удаление оставшейся костной основы фаланги в исключительно редких случаях, к коим можно отнести размождение с образованием мелких фрагментов. Имеющее место удаление костной основы оставшейся части фаланги для закрытия раны мягкими тканями при формировании культи должны быть оставлены в прошлом.

Главная задача на первичном этапе — максимальное сохранение анатомических структур периферических отделов пальцев кисти. Для закрытия зоны дефекта кончика пальца предложена масса оперативных технологий, различных вариантов кожных пластик, включая и пластики васкуляризованными лоскутами. В застарелых повреждениях НФ (посттравматических дефектах, включая дефицит мягкотканых структур и ногтевых пластинок), а также дефектах костной структуры фаланги показаны многочисленные варианты реконструкции пальцев, включая пересадки комплексов тканей и метод дистракции аппаратами внешней фиксации. Каждый вид патологии НФ пальцев требует особых подходов, связан с применением различных оперативных технологий, отличительными особенностями которых являются исключительная тщательность и ювелирность исполнения, что невозможно без наличия соответствующего инструментария и высокой квалификации хирурга.

Выводы. Высокая значимость периферических отделов пальцев кисти в повседневной жизни человека, важная эстетическая функция ногтевых фаланг обуславливает необходимость детальной проработки вопроса о выделении нового направления в пластической, реконструктивной и эстетической хирургии — хирургии НФ. Область дистальных отделов пальцев кисти в настоящее время следует расценивать, как одну из актуальных областей пластической хирургии, эстетической ортопедии и кистевой хирургии, как большую хирургию в малом объеме. Главным принципом данного направления пластической хирургии должно быть полное или почти полное восстановление всех утраченных или деформированных тканей НФ пальцев кисти, полноценное восстановление анатомии и функции кончиков пальцев кисти.

## РЕКОНСТРУКЦИЯ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Обухов И. А.

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

Функциональную значимость кончиков пальцев кисти трудно переоценить. Это осязательная функция, выполнение мелких, точных захватов, и эстетическая функция. Глубина психологического дискомфорта у пациентов с отсутствием кончиков пальцев трудно поддается учету. Применяемые в настоящее время косметические экзопротезы кончиков пальцев не обеспечивают полноценного эстетического и функционального возмещения, требуют систематической замены, не ликвидируют психологический дискомфорт, связанный с потерей телесной целостности. Используемые варианты кожных пластик, в сочетании или

без костной аутопластики не обеспечивают благоприятные отдаленные результаты. Применение пересадок кончиков пальцев стопы на культи пальцев кисти сопряжено с большим риском некроза пересаженного комплекса тканей и косметическими дефектами. На протяжении более 30 лет нами последовательно разрабатываются технологии реконструкции дистальных отделов пальцев кисти с применением метода дистракции (МД).

Цель. Оценить эффективность применения реконструкции ногтевых фаланг (НФ) пальцев кисти

Материалы и методы. Представлен опыт лечения 72 пациентов с дефектами НФ пальцев кисти. Женщин — 55, мужчин — 17. Возраст от 17 до 54. Средний возраст — 33 года. У 8 пациентов имели место дефекты фаланг (ДФ) нескольких пальцев кисти. Всего было 83 дефекта периферических отделов пальцев кисти, из них дефекты костной основы (КО) НФ — 69, дефекты на уровне дистального межфалангового сустава (ДМФС) и головки средней фаланги — 24. Показаниями к операции служили костные ДФ пальцев, начиная с потери более 1/3 НФ до дистальной трети средней фаланги пальцев кисти. Во всех случаях использовался МД различными аппаратами внешней фиксации. При ДФ нескольких пальцев оперативное лечение осуществлялось в одну операционную сессию. Дефекты КО сочетались с деформацией и дефектом ногтевой пластинки (НП) разной величины вплоть до отсутствия, с дефектом мягких тканей на кончике культи. Процесс восстановления периферических отделов пальца рассматривался как комплекс различных задач и соответственно оперативных технологий, предусматривающих восстановление нормального кожного покрова, по свойствам соответствующего коже нормальной НФ (чувствительность, цвет, плотность и пр.), восстановление мягкой основы пальца (подушечки) пальца, воссоздание КО НФ, исключаяющим рост и последующую деформацию НП по типу «когтя», восстановление движений в ДМФС. При сохранности ростковой зоны ногтя проводилось наращивание НП пальца. Наращиванию НП придавалось особое значение в связи с исключительной значимостью ее в эстетическом и функциональном плане. В каждом случае разрабатывалась индивидуальная программа лечения, направленная на восстановление длины, формы фаланги и НП, при этом, учитывая наличие нескольких видов деформации, оперативные технологии совмещались для сокращения сроков лечения. Последовательность восстановительных операций определялась прежде всего состоянием КО фаланги. В случаях необходимости возмещения небольших дефектов до 7–8 мм осуществлялись технологии МД, при более значительных дефектах применялись технологии МД в сочетании с промежуточной костной аутопластикой и в ряде случаев с кожной пластикой. Применение МД обеспечивало выполнение сразу нескольких задач: восстановление длины и формы КО фаланги, сохранение нормального кожного покрова на наращиваемой части пальца, восстановление НП в случае сохранности ее ростковой зоны, восстановление движений в ДМФС. Общие сроки лечения при традиционном удлинении составляли 12–14 недель, при двухэтапной оперативной технологии — не более 16 недель. Результаты. Оценка результатов лечения (в сроки 6 месяцев, 1 год и более после операции) осуществлялась по шкале оценки DASH, по форме и длине фаланг на рентгенограммах, по амплитуде активных движений в сохраненном



ДМФС. Удлинение фаланги на планируемую величину достигнуто во 93,6% случаев. В 94,5% случаев пациенты были довольны и удовлетворены результатом лечения. В 4 случаях выявлена деформация distractionного регенерата и трансплантата, что в 1 случае потребовало выполнения оперативного лечения.

Заключение. Реконструкция дистальных фаланг пальцев кисти предполагает использование комплекса различных оперативных технологий, направленных на воссоздание полноценного кончика пальца, удовлетворяющего запросам пациента. МД позволяет нарастить мягкие ткани, КО кончика пальца и НП, что обеспечивает восстановление функции и эстетического вида реконструированного пальца.

## НАШ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНМАСТИИ

**Обыденнов Д. С., Камалетдинов И. Ф., Исмагилов А. Х.**

*Казанская государственная медицинская академия, кафедра пластической хирургии, Клиника эстетической медицины Казань*

Увеличение груди является самой популярной пластической операцией во всем мире. Ежегодно только в США проводится около 80 тыс. операций. В Соединенных Штатах Америки около 1% взрослого женского населения (это около 2 миллионов женщин) имеют грудные импланты. В 2014–2018 гг. в мире общее количество аугментаций молочных желез возросло на 28%.

Цель. Знакомство с таким осложнением, как синмастия после аугментационной маммопластики и коррекция данного осложнения. Синмастия — это состояние, при котором естественное межгрудное расстояние (квивидж) отсутствует и молочные железы выглядят соединенными друг с другом в виде горизонтально ориентированной цифры 8. Термин «синмастия» является модифицированным от греческого (син — «вместе», а мастос — «грудь») и впервые был предложен Спенсом в 1983 г. Данный вид молочных желез может быть, как врожденным, так и являться ятрогенным состоянием. Синмастия, возникшая в результате проведенной аугментационной маммопластики, обусловлена медиальной мальпозицией грудных имплантов и является эстетическим осложнением, требующим хирургической коррекции с целью восстановления нормального внешнего вида молочных желез. Это самый редкий тип неправильного положения грудного имплантата после увеличения груди, однако, исправить его труднее всего. При этом, хотя это и редкое осложнение в процентном соотношении, однако увеличение абсолютного количества проведения аугментационных маммопластик во всем мире, способствует увеличению частоты встречаемости синмастии в популяции. Причем частота выполнения повторных операций при данной патологии не зависит от места расположения имплантата.

Задачи. В литературе представлено множество методов восстановления синмастии, таких как повторное приращивание мышц и грудной фасции к надкостнице грудины с использованием или без использования бесклеточных кожных матриц (ADM) в качестве дополнительной под-

держки; ADM, как описано, используется для восстановления медиальной линии капсулорафии, защищающей карман от максимального веса имплантатов. Другие предлагают использовать предыдущую капсулу в качестве дополнительной опоры и создавать неосубъекторальный карман лоскутами капсулы, ощущая, что имплантат должен оставаться под мышцей; в таких ситуациях используют капсульные лоскуты для предотвращения миграции имплантата после определения средней линии с помощью капсулорафии. Есть методы перемещения импланта из субмышечного в субглангулярный карман. Мы сообщаем о нашем опыте восстановления синмастии.

Материалы и методы. Нами предложена другая методика операции: после удаления импланта, передний листок капсулы мобилизуется от вышележащих покровных тканей, медиальная граница мобилизации доходит до необходимой линии расположения межгрудной борозды; нижняя граница — в области инфрамаммарной складки; верхняя и латеральная граница мобилизации определяют исходные линейные размеры подобранного импланта, далее мы выполняем разрез капсулы, последняя ушивается непрерывным швом, имплант устанавливается сверху от мобилизованного переднего листка капсулы, таким образом, он становится задней стенкой нового предкапсулярного кармана эндопротеза, заканчиваем операцию послойным ушиванием операционной раны. Нами было прооперировано 5 пациенток с указанной патологией. Срок наблюдения от 3 месяцев до года. В послеоперационном периоде пациентки носили компрессионное белье. Во время контрольных послеоперационных осмотров осложнений проведенной реаугментационной маммопластики не наблюдалось. Через 12 месяцев явлений мальпозиции имплантов у пациенток выявлено не было.

Результаты и выводы. Наши исследования этих пациенток подтвердили надежность и эффективность такой реаугментации. Этот метод прост, надежен, быстр и легко воспроизводим, что позволяет получить длительные результаты без серьезных послеоперационных осложнений или неподдающихся лечению случаев. Подчеркиваем безопасность методики за счет приятного и долговременного результата; кроме того, до сих пор мы не наблюдали рецидивов или серьезных осложнений.

## ТОТАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

**Овчинникова И. В., Гимранов А. М., Бусыгин М. А., Тазиева Г. Р.**

*Республиканский клинический онкологический диспансер им. проф. М. З. Сигала, Казань*

Современная концепция тотальной реконструкции молочной железы включает в себя не только восстановление формы груди, но и консистенции, чувствительности, симметрии. А также восстановление лимфооттока от верхней конечности. Речь идет не об 1 стандартном методе операции, а о наборе микрохирургических техник, которые помогают получить оптимальный результат в конкретной клинической ситуации.

Цель. Определить оптимальный алгоритм применения микрохирургических методик при лечении рака молочной железы (РМЖ) для ее реконструкции.

Задачи. 1) Внедрить универсальную методику моделирования DIEAP-лоскута. 2) Внедрить методику LYMPHA (наложения лимфовенозных анастомозов (ЛВА) в подмышечной области одновременно с аксиллярной лимфодиссекцией) при одномоментных реконструкциях DIEAP-лоскутом. 3) При отсроченных реконструкциях DIEAP-лоскутом разработать показания добавления к DIEAP-лоскуту пересадки васкуляризированных паховых лимфоузлов.

Материалы и методы. Работа основана на наблюдениях за 225 пациентками с РМЖ, которым была выполнена реконструкция с применением DIEAP-лоскута в отделении маммологии и пластической хирургии РКОД МЗ РТ в 2016–23 гг. У 53 пациенток была применена разработанная в нашем отделении методика моделирования DIEAP-лоскута. Данная методика оптимальна при односторонней реконструкции молочной железы и Т-образной масторедукции другой. Производилась разметка по Вайзу на здоровой молочной железе и на DIEAP-лоскуте. При перемещении DIEAP-лоскута на грудную стенку он поворачивался на 180 градусов, чтобы область разреза после выделения пупка располагалась в области субмаммарной складки по сосковой линии. 10 пациенткам проводилась нейропатия латеральной ветви 4 межреберного нерва с нервами DIEAP-лоскута при одномоментных реконструкциях. У 12 пациенток при одномоментной реконструкции DIEAP-лоскутом после мастэктомии с аксиллярной лимфодиссекцией применена методика LYMPHA для профилактики лимфедемы. У 4 пациенток, имеющих признаки лимфедемы после лечения РМЖ, при отсроченных реконструкциях DIEAP-лоскутом проведена пересадка васкуляризированных паховых лимфоузлов в подмышечную область для лечения лимфедемы. Результаты. Применение методики моделирования DIEAP-лоскута позволило стабильно добиваться желаемого эстетического результата, что позволило снизить число последующих корректирующих операций и сократить длительность операции (в среднем на 40 мин.). При использовании направленной афферентной иннервации длительность операций увеличилась (в среднем на 20 минут), но улучшилась чувствительность пересаженных лоскутов. При применении методики LYMPHA длительность операции увеличилась (около 30 мин.), но снизилось число лимфедем. После мастэктомии с лимфодиссекцией и одномоментной реконструкцией DIEAP-лоскутом и использованием методики LYMPHA частота лимфедем составила 8,3% (у 1 из 12 пациенток), в контрольной группе (мастэктомии с лимфодиссекцией и одномоментной реконструкцией DIEAP-лоскутом без методики LYMPHA) — 21,4% (у 3 из 14 пациенток). Срок наблюдения составил 6 месяцев. У пациенток, имевшие лимфедему верхней конечности после лечения РМЖ до реконструкции, после пересадки DIEAP-лоскута (2 пациентки) и после пересадки DIEAP-лоскута с включенными в его состав паховыми лимфоузлами (4 пациентки) отмечалась небольшая положительная динамика (уменьшение окружности верхней конечности до 1,0 см). Небольшой срок (3 мес.) и количество наблюдений (6 пациенток) не позволяют сделать вывод об эффективности методики переноса васкуляризированных лимфоузлов для лечения лимфедемы.

Выводы. Применение DIEAP-лоскута и ряда других микрохирургических методик позволяет максимально прибли-

зиться к концепции тотального восстановления молочной железы. Предложенная нами методика моделирования DIEAP-лоскута позволяет прогнозируемо добиваться хороших эстетических результатов и несколько сократить длительность операции. При одномоментной реконструкции желательнее сочетать ее с восстановлением иннервации лоскута путем нейрографии, а также с методикой LYMPHA. Методика LYMPHA показала себя перспективной в плане профилактики лимфедем. При отсроченных реконструкциях у пациенток с имеющейся лимфедемой возможно добавление к реконструкции DIEAP-лоскутом переноса васкуляризированных лимфоузлов. Для оценки эффективности методики требуется большая длительность и большее количество наблюдений для оценки эффективности, применение данного метода для профилактики лимфедем рутинно нецелесообразно.

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

Плаксин С. А., Пономарев Д. Н., Шадрин В. В., Осоргина И. В.  
*Пермский государственный медицинский университет  
им. акад. Е. А. Вагнера, Пермь*

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.

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 18 капсул протезов (фирмы Eurosilicon — 11 протезов, Motiva — 4 протеза, Mentor — 3 протеза), извлеченные при повторных операциях по поводу разрывов имплантатов или другим показаниям в сроки от 1 года 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. Испытания проводили на образцах шириной 2 мм, рабочей длиной 10 мм, подготовленных по специальной стандартной методике. Испытывались по 3 образца каждого протеза. В расчет брались образцы с минимальной разрывной деформацией и разрывным напряжением. Исследование свойств оболочки имплантатов проведено в учебно-научной лаборатории термомеханических методов испытаний ПГНИУ. Для корреляционного анализа использовался коэффициент Пирсона.

Результаты и обсуждение. Показаниями к повторным операциям служили: разрыв капсулы протеза у 7 женщин, капсулярная контрактура — у 3, желание замены или удаления имплантата — у 4, подозрение на разрыв по данным МРТ — 3, болевой синдром — 1. Для сравнения были изучены образцы капсулы одного нового, неиспользованного имплантата Eurosilicon и одного имплантата Motiva. Пока-

затели неиспользованных имплантатов фирмы Eurosilicon равнялись 602% (деформативность) и 5.997 МПа (прочность). Затем были изучены оболочки имплантатов Eurosilicon, удаленных через 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16 лет после первой операции. Отмечено снижение деформативности и прочности капсул протезов фирмы Eurosilicon через 7 лет до 518,86% и 4.938 МПа, через 10 лет — до 467,88% и 3,885 МПа, через 13 лет — до 417,18% и 3,035 МПа, через 16 лет — до 378,88% и 2,448 МПа. Деформативность и прочность протезов снижается пропорционально времени нахождения в организме ( $r = -0,9492$ ;  $p=0,00001$  и  $r = -0,9652$ ;  $p = 0,00000$  соответственно). При сравнении прочностных свойств интактной оболочки имплантатов Eurosilicon с оболочками имплантатов Eurosilicon, находившихся в организме от 7 до 16 лет, отмечена потеря прочности и разрывной деформации пропорционально времени взаимодействия с тканями организма на 59,2% и 37,1% соответственно. Сравнение левого и правого имплантатов Eurosilicon показало практически одинаковые механические свойства и прочность после 7 лет имплантации. Показатели неиспользованных имплантатов фирмы Motiva Ergonomix — 751,86% и 8.502 МПа. Отмечено снижение деформативности и прочности капсул протезов фирмы Motiva Ergonomix через 1,5 года до 741,04% и 8,171 МПа, через 2 года до 706,89% и 7,371 МПа. ( $r = -0,9580$ ;  $p=0,1853$  и  $r = -0,9725$ ;  $p=0,1496$  соответственно). Показатели имплантата Motiva RSD спустя 1 год нахождения в организме составили 806,33% и 8.581 МПа. При сравнении прочностных свойств интактной оболочки имплантатов Motiva Ergonomix с оболочками имплантатов Motiva Ergonomix, находившихся в организме от 1, 5 до 2 лет, отмечена потеря прочности и разрывной деформации пропорционально времени взаимодействия с тканями организма на 13,3% и 6% соответственно. Неиспользованный имплантат фирмы Motiva показал большую прочность (8.502 МПа) и деформативность (751,86%) по сравнению с неиспользованным имплантатом Eurosilicon (5,997 МПа, 602%). Отмечено снижение деформативности и прочности капсул протезов фирмы Mentor через 1 год до 603,28% и 5.755 МПа, через 3 года до 568,67% и 5,040 МПа, через 8 лет до 488,39% и 3,736 МПа ( $r = -0,9747$ ;  $p=0,1436$  и  $r = -0,9861$ ;  $p=0,1062$  соответственно).

**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.

## РАДИОЧАСТОТНО-АССОЦИИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

**Плегунова С. И.**

*Клиника пластической хирургии и косметологии «Елена», Новосибирск*

По мере развития технологического прогресса в мире были дополнены инновациями и классические методы в пластической хирургии. Ультразвуковые, радиочастотные и лазер-

ные системы были внедрены в классическую липосакцию с целью ускорить и облегчить работу хирурга, а так же воздействовать на тонус кожи для улучшения полученных результатов. Классическая липосакция как метод коррекции локально жировых отложений подходит пациентам с хорошим тонусом кожи. Так как при удалении жировых избытков необходимо чтобы кожа адаптировалась к новым, измененным контурам. Соответственно, данный метод не может дать хороший результат у пациентов со сниженным тонусом кожи, а так же не позволяет работать в потенциально уязвимых местах, таких как внутренняя поверхность плеч. Радиочастотно-ассоциированные методы направлены на улучшение тонуса качества кожи за счет воздействия контролируемого прогрева на коллагеновые волокна и их дальнейшее сокращение. Что позволяет в одну операцию решить вопрос локальных жировых отложений и качества кожи. Но всем ли пациентам одинаково эффективно поможет радиочастотный прогрев с целью сокращения кожи?

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность радиочастотно-ассоциированных методов в пластической хирургии.

**Задачи:** провести анализ полученных результатов и осложнений в ходе радиочастотно-ассоциированной липосакции у пациентов разных возрастных групп с разными зонами коррекции.

**Материалы и методы.** Радиочастотно-ассоциированная липосакция по методу Facetite и Bodytite проводилась в течение 5 лет у пациенток в возрасте от 24–63 лет, в исследовании приняло участие 200 женщин. Также у большинства пациентов одномоментно проводилась процедура игольчатого радиолифтинга Morpheus 8 для улучшения результатов. В ходе исследования были проведены радиочастотно-ассоциированные липосакции в зонах: 130 операций в поднижнечелюстной области по методу Facetite 40 операций в области внутренней поверхности плеч по методу Bodytite 20 операций в области спины по методу Bodytite 25 операций в области живота по методу Bodytite. **Результаты.** Осложнения получены у 12 пациентов: у 4 пациентов временный парез маргинальной ветви лицевого нерва; у 3 пациентов временные нарушения чувствительности мизинца и безымянного пальца, болевой синдром; у 2 пациентов серомы в области живота; у 3 пациентов фиброзные изменения в тканях живота, внутренней поверхности плеч. Удовлетворенность результатами, согласно проводимому опроснику среди пациентов, составила: 125 пациентов из 130 получили высокое удовлетворение результатами после радиочастотно-ассоциированной липосакции поднижнечелюстной области по методу Facetite; 35 пациентов из 40 получили удовлетворение от результатов после радиочастотно-ассоциированной липосакции внутренней поверхности плеч по методу Bodytite; 20 пациентов из 20 получили удовлетворение от результатов после радиочастотно-ассоциированной липосакции спины по методу Bodytite; 18 пациентов из 25 получили удовлетворение от результатов после радиочастотно-ассоциированной липосакции живота по методу Bodytite.

**Выводы.** В ходе продолжительного использования радиочастотно-ассоциированного метода липосакции получены высокие эстетические результаты при коррекции шейно-подбородочной области у пациентов разных возрастных групп. Хорошие результаты получены при коррекции в области внутренней поверхности плеч и спины. Результаты радиочастотно-ассоциированной липосакции живота дали

удовлетворительные результаты. Осложнения при работе с данным методом возникали у 6% пациентов, все осложнения носили временный характер. Наиболее неприятные осложнения для пациентов наблюдались при коррекции внутренней поверхности плеч, так как носили болевой характер и имели продолжительность восстановления более полугода. Таким образом, можно заключить, что радиочастотно-ассоциированные методы весьма эффективны и позволяют давать пациентам хорошие эстетические результаты, осложнения от данных методов носят временный характер и полностью уходят с течением времени.

### РАДИОЧАСТОТНО-АССОЦИИРОВАННАЯ ЛИПОСАКЦИЯ BODYTITE КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ КОРРЕКЦИИ ПТОЗА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПЛЕЧ

Плегунова С. И.

*Клиника пластической хирургии и косметологии «Елена», Новосибирск*

Возрастные изменения мягких тканей человеческого тела обусловлены естественным течением биологических процессов, которые запрограммированы генетически. Мягкие ткани подвергаются как хроностарению, так и гравитационному птозу, что приводит к их растягиванию, смещению и деформации контура. Одной из проблемных зон, снижающих удовлетворение женщин своей внешностью, является зона плеч. Стройные подтянутые руки — маркер молодости, здоровья и стройности, позволяют носить открытые платья и короткие рукава. Первые возрастные изменения женщины начинают отмечать уже в возрасте 30 лет. Выраженность проблемы определяется многими составляющими: наличием лишнего веса, тонусом кожи, генетической предрасположенностью, потерей веса в анамнезе. Вне зависимости от степени выраженности птоза мягких тканей плеч в пластической хирургии существовал только один метод коррекции данной области и это брахиопластика. Брахиопластика — это дермолипопластика, рубец после которой находится на задней поверхности плеч и идет от подмышечной впадины до локтя. Наличие деформирующего продольного рубца заставляет пациенток отказываться от данного метода и искать решение проблемы в малоинвазивных методах коррекции. Радиочастотно-ассоциированная липосакция позволяет проводить коррекцию птоза мягких тканей плеч через один прокол, способствует сокращению кожно-жирового лоскута и улучшает внешний вид плеч. Воздействие на дерму радиочастотным током приводит к сокращению коллагеновых волокон, а также фибросептальных перемычек, которые проходят в жировой ткани. Далее после контролируемого прогрева выполняется липоаспирация избыточной жировой ткани. Результат от операции видно сразу на операционном столе: объем плеч становится меньше, в отличие от тонуса кожи, который будет улучшаться еще в течении полугода после операции. Цель. Улучшение результатов бесшовных методов в коррекции птоза мягких тканей плеч. Задача: анализ и оценка эффективности радиочастотно-ассоциированной липосакции у пациенток разных возрастных групп, с разной степенью птоза мягких тканей плеч.

Материалы и методы. Радиочастотно-ассоциированная липосакция по методу Bodytite проводилась в течение 2 лет у пациенток в возрасте от 24–63 лет, в исследовании приняло участие 40 женщин. Также у большинства пациентов одновременно проводилась процедура игольчатого радиолифтинга Morpheus 8 для улучшения результатов. Для классификации птоза мягких тканей плеч использовалась классификация El Khatib. Согласно классификации выделяется 5 групп пациентов, имеющих деформацию контура плеч: 1 группа — пациенты, имеющие минимальные отложения жира и отсутствие птоза. 2a группа — пациенты с умеренными отложениями жира и птозом 1 степени; 2b — пациенты с выраженными отложениями жира и птозом 2-й степени. 3 группа — пациенты с выраженными жировыми отложениями жира и птозом 2 степени. 4 группа — пациенты с минимальными жировыми отложениями и с птозом 3-й степени. В исследовании приняли участие 20 пациенток 1 группы, 17 пациенток 2 группы, 3 пациентки 3 группы, пациенты 4 группы не участвовали в исследовании и были направлены на брахиопластику. Результаты. Большую часть пациентов (38 человек) удалось наблюдать в течение 3–24 месяцев после операции. Хороший эстетический эффект был получен у большинства пациентов (с их слов). Однако при коррекции пациенток 3 группы степень удовлетворенности была снижена, из-за недостаточного сокращения кожи. Выводы и заключения. В результате проведенных малоинвазивных операций был получен результат, который удовлетворил большинство пациенток (35 человек из 40) из чего можно заключить, что используемые методы весьма эффективны, а использование классификации птоза мягких тканей плеч El Khatib для оценки степени выраженности птоза и планирования объема вмешательства так же позволяет увеличить эффективность лечения и степень удовлетворенности результатами пациентов.

### АЛЛОПЛАСТИЧЕСКАЯ КОЖЕСОХРАНЯЮЩАЯ МАСТЭКТОМИЯ В СОЧЕТАНИИ С МАСТОПЕКСИЕЙ

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

*Национальный медицинский исследовательский центр онкологии, Ростов-на-Дону*

В связи с развитием молекулярно-генетических исследований и более частым выявлением мутаций генов BgCa I и II, chek 2 и др., возникает необходимость выполнения превентивной двусторонней аллопластической кожносохраняющей мастэктомии, а в ряде случаев при развившемся раке молочной железы — контрлатеральной профилактической кожносохраняющей мастэктомии. Сопутствующий мастоптоз III–IV ст. существенно осложняет получение приемлемых эстетических результатов, при этом резко нарастает вероятность некроза сосково-ареолярного комплекса (САК) при его краниализации. Цель. Разработать аллопластическую кожносохраняющую мастэктомию в сочетании с мастопексией, максимально снизив вероятность ишемических осложнений. Материал и методы. Проанализированы результаты 14 аллопластических кожносохраняющих мастэктомий в сочета-

нии с мастопексией у 7 женщин, причем 6 из них имели рак молочной железы, у одной женщины операция проведена в профилактическом варианте. В одном наблюдении САК перемещался на периареолярной кориальной питающей ножке, в 4 случаях — на нижней кориально-подкожной ножке, у двух пациентов сосок сформирован из лепесткового кожно-жирового лоскута в верхнем углу раны.

Результаты и обсуждение. Перемещение САК на периареолярной кориальной ножке имеет ограниченные показания и не позволяет переместить его выше, чем на 1,5 см, при этом САК деформируется, теряя круглую форму. Перемещение САК на нижней кориально-жировой ножке позволяет его элевацию на любое расстояние, но ширина питающей ножки входит в противоречие с размером имплантата. Чем больше имплантат, тем шире должны быть боковые лоскуты, а это, в свою очередь, приводит к сужению питающей ножки со всеми вытекающими последствиями. Наиболее надежным методом операции явилось формирование искусственного соска из лепесткового лоскута в верхнем углу раны. Данный подход никак не ограничивал хирурга в раскрое кожи и обеспечил хорошее питание сформированного соска, а широкий нижний кориально-жировой лоскут явился дополнительной поддержкой имплантата и надежным изолятором ушитых ран на всем протяжении от прямого контакта с эндопротезом.

Вывод. Использование предлагаемого способа с формированием искусственного соска позволяет сформировать грудь любого разумного размера при выраженных степенях мастоптоза и исключить вероятность ишемического некроза перемещенного САК.

## ПЕРСОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОМАСТИИ

Преждецкая В. Ю., Преждецкий Ю. В.

*Национальный медицинский исследовательский центр онкологии, Ростов-на-Дону*

В связи с пристальным вниманием сильной половины человечества к собственной внешности, употреблением анаболических стероидов для наращивания мышечной массы, курения марихуаны и другими факторами, число диагностируемых гинекомастий неуклонно возрастает. Это заболевание имеет различную этиологию, формы и, соответственно, способы лечения.

Цель. Разработать оптимальный с эстетической и функциональной точки зрения ареолярный доступ к ткани мужской молочной железы.

Материал и методы. Проанализированы результаты 67 оперативных вмешательств при различных формах (истинной и смешанной) гинекомастии. Двусторонняя локализация процесса отмечена у 26 мужчин, односторонняя — у 15. У 40 пациентов удаление железы производилось из предлагаемого нами доступа, у одного из субмаммарного с перемещением сосково-ареолярного комплекса (САК) на питающей ножке. Ткань молочной железы удаляли из запатентованного нами трансареолярного дугообразного доступа с обходом соска снизу. Данный доступ предоставляет оптимальную экспозицию тканей и угол операционного действия, кроме того, почти равные ареолярные

лоскуты в меньшей мере подвержены ишемии, нежели чем при традиционном периареолярном доступе. После удаления ткани железы во всех случаях перемещали окружающую клетчатку в центр раны при помощи кисетного шва. Этот прием предупреждал западение сосково-ареолярного комплекса. При тотических железах формировали широкую кориально-жировую питающую ножку САК, который вшивался в новое отверстие краниально и несколько латерально. Этот прием позволял сохранить маскулиновый внешний вид желез.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях получены хорошие эстетические результаты. Ареолярный рубец был малозаметен, либо незаметен вообще. Смещаемость сосково-ареолярного комплекса была в пределах нормы благодаря интерпозиции клетчатки между тканью ареолы и поверхностным листком глубокой фасции. Смещение сосково-ареолярного комплекса латеральнее срединного меридиана, при перемещении последнего на питающей ножке, позволяет избежать феминизации данной области и получить естественные очертания мужской груди.

Вывод. Использование предлагаемых способов хирургического лечения гинекомастии позволяет добиться хороших эстетико-функциональных результатов.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИПОГРАФТОВ, ТРАНСПЛАНТИРОВАННЫХ В МЫШЦУ И ЖИРОВУЮ ТКАНЬ

Преждецкий Ю. В., Преждецкая В. Ю.

*Национальный медицинский исследовательский центр онкологии, Ростов-на-Дону*

В последние десятилетия чрезвычайно актуальной стала методика аутолипотрансплантации не только в эстетической, но и в реконструктивной хирургии. Липографтинг используется для решения различных вопросов: от простого увеличения тканей до коррекции рубцов, лечения лучевых и других органических повреждений тканей. В ряде случаев метод липофиллинга оказывается малоэффективным. Чтобы выяснить природу поведения липографтов в жировой и мышечной ткани, было предпринято настоящее исследование.

Цель. Изучить особенности поведения липографтов и окружающих тканей после их аутотрансплантации в жировую и мышечную ткань в различные сроки после операции.

Материал и методы. Проанализированы результаты 28 морфологических исследований при осуществлении 2-го этапа реконструктивной маммопластики торако-дорзальным лоскутом, предварительно подвергнутым липофиллингу. Осуществлялись морфологические и иммуногистохимические исследования препаратов, взятых в сроки от 4 до 12 суток после липографтинга. Кроме этого, в поздние сроки (17 и 23 месяца) исследованы тканевые фрагменты 2 больных, оперированных по поводу рецидивирования онкопроцесса.

Результаты и обсуждение. Показано, что пересадка собственной жировой ткани не влечет никаких иммунологических реакций, незначительные окружающие тканевые реакции были связаны с операционной травмой и регенеративным воздействием липографтов. Неоангиогенез

оказался более выраженным в жировой клетчатке, чем в мышечной ткани. Это звучит парадоксально, но имеет логическое объяснение. В поздние сроки липоциты, пересаженные внутримышечно, сохраняют свою жизнеспособность. Липоциты, трансплантированные в клетчатку, от окружающих тканей дифференцировать не удалось. Вывод. Аутолипотрансплантация как в жировую, так и в мышечную ткань является безопасной процедурой с иммунологической точки зрения. Поведение липографтов в жировой и мышечной ткани несколько различается, хотя общих черт гораздо больше.

## ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ПОДТЯЖКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Протасов К. А.

*Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Клиника эстетической хирургии «Абриелль», Санкт-Петербург*

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

Материалы и методы. Операция по подтяжке груди всегда сопровождается использованием различной модификации «ножек» для сохранения питания сосудисто-ареолярного комплекса (САК). В зависимости от авторской методики подтяжки различают верхнюю, нижнюю, верхнемедиальную и верхнелатеральную. Выкраивание любой ножки предполагает вмешательство в железу, когда под самим САК остается очень небольшой фрагмент молочной железы, размер которого не предполагает полноценной лактации, в случае наступления беременности и родов. Соответственно, пациентка, перенесшая подтяжку груди, автоматически лишается возможности грудного вскармливания. Также все ножки, кроме нижней, не включают в себя септу Вюренгер, которая обеспечивает именно эрогенную иннервацию САК. Варианты методик, предлагающие только удаление избытков кожи груди, по нашему мнению, недостаточно эффективны и имеют высокую степень ретроградирования. 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 дезэпидермизированной кожи и пликаций 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 ретромакулярный карман при аугментации.

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

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

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МАНЕВРЫ ПРИ ПЛАСТИКЕ СОСКА И АРЕОЛЫ

Протасов К. А.

*Санкт-Петербургский Государственный Медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, кафедра пластической хирургии. Клиника пластической хирургии «Абриелль»*

Цели. Улучшить и оптимизировать методики, снизить риск осложнений, улучшить эстетический результат различных методик мастопексии, редукционной и аугментационной маммопластики.

Материалы и методы. Большой и длительный опыт операций по коррекции формы и объема груди привели к формированию собственного подхода к улучшению результатов маммопластики, которым хотелось поделиться с коллегами.

1. Уменьшение проекции соска при вытянутом и провисающем соске выполняется путем «телескопической» пластики соска, когда у основания удлинённого соска удаляется кольцевая полоска кожи, и после наложения непрерывного внутрикожного шва сосок утапливается на подобие телескопической антенны. 2. Увеличение проекции соска, в том числе коррекция втянутости соска в легкой форме может быть выполнено за счет наложения «кисетного» внутрикожного шва без разреза дермы. 3. Увеличение, особенно одностороннее, диаметра ареолы, (околососкового кружка) влечет эстетический дискомфорт у молодых женщин, такая же проблема может случиться при отдаленном разрыве нити при выполнении шва round block при мастопексии. Для коррекции такой проблемы можно использовать шов Бинелли, выполненный без разреза кожи, только с кольцевым прошиванием дермы вокруг ареолы прямой длиной иглой с нерассасывающейся нитью. В отсутствии других деформаций это существенно упрощает лечение. 4. При выполнении редукционной маммопластики особенно при гигантомастии или значительном птозе сохранение питания САК представляет значительную проблему, делая результат операции менее предсказуемым и существенно удлиняя сроки лечения при наличии ишемических расстройств в области САК и массиве тканей питающей ножки. Предлагаются способы более простого перемещения САК, такие как свободная пересадка САК и создание неососка с последующей цветной татуировкой ареолы.

Результаты. Отработанные методики упрощения маммопластики дают существенное сокращение времени операций, снижают риски осложнений, улучшают эстетические результаты операций на груди.

Обсуждение. Доклад богато иллюстрирован фото- и видеоматериалами, объясняющими суть методик и подтверждающих их эффективность отдаленными результатами.

Выводы. Хирургия, в том числе и пластическая, — дисциплина, имеющая огромное количество авторских нововведений и приемов, помогающих делать нашу работу красивой, а пациентов удовлетворенными.

## МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ВИСОЧНЫЙ ЛИФТИНГ

Пшениснов К. К., Пшениснов К. П.

*Европейский медицинский центр, Москва*

Височный лифтинг — это имиджевая операция, которая позволяет изолированно приподнять хвост брови и приоткрыть латеральный угол глаза, что придает взгляду уверенный и самодостаточный вид. Существует несколько методик выполнения данной операции.

Цель. Обеспечить контролируемый подъем хвоста брови со стабильным послеоперационным результатом.

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ фотографий 213 пациенток до и после височного лифтинга, выполненного по разным методикам. В первой группе пациенткам был произведен надфасциальный лифтинг брови в «безопасном» слое с рассечением Orbicularis retaining ligament, во второй группе — височный лифтинг по А. Fogli, в третьей группе — к подкожной диссекции по А. Fogli была добавлена Hemostatic net по А. Auersvald в модификации F. Viterbo. В первой группе операции проводились в сочетании с эндоскопической пластикой лба, наднадкостничным или поднадкостничным лифтингом средней зоны лица. Оценивали положение хвоста брови относительно головки и латерального края орбиты на операционном столе, в 1 месяц и в 1 год после операции.

Результаты. В первой группе у пациенток отмечалось меньшее поднятие хвоста брови интраоперационно по сравнению со второй и третьей группами, а также опущение брови в послеоперационном периоде от 50 до 90% через год. Во второй и третьей группах амплитуда лифтинга хвостов бровей была закономерно выше, чем в первой, а стабильность послеоперационного результата была максимальна в третьей группе, как на первый, так и на двенадцатый месяц наблюдения.

Обсуждение результатов и выводы. Бровь является производной кожи, поэтому наиболее эффективный лифтинг обеспечивается подкожной диссекцией, что подтверждается сравнением первой и второй групп. Модификация методики А. Fogli методом фиксации F. Viterbo обеспечивает более стабильные результаты при сравнении второй и третьей групп. Таким образом, из использованных трех методик наиболее эффективной и стабильной является методика А. Fogli с Hemostatic net.

## ОСОБЕННОСТИ ПЛАСТИКИ КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Пшениснов К. К., Пшениснов К. П.

*Европейский медицинский центр, Москва*

Современные запросы пациентов диктуют необходимость обеспечения индивидуальной формы носа. Приемы сохраняющей ринопластики в области концевого отдела носа основаны на ремоделировании купольных зон шовными

методами на прочной опоре из трансплантата. Отличия в пропорциях мужских и женских носов требуют различного подхода.

Цель. Провести выбор шовных методик для крыльных хрящей при пластике концевого отдела носа у мужчин и женщин.

Материалы и методы. Выполнен обзор литературы из отечественных и зарубежных источников (<https://elibrary.ru>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) с анализом эстетических пропорций носа у мужчин и женщин. Шовные методики пластики концевого отдела носа были применены в трех сериях: 1) силиконовая модель хрящей носа К. Б. Липкого; 2) кадверный материал (10 голов, 5 мужского и 5 женского пола); 3) интраоперационно (20 пациентов, 4 мужчины и 16 женщин). Выполняли следующие технические приемы: цефалические лоскуты по Oztan с сохранением связки завитка, стропилка между медиальными ножками, заимствование латеральных ножек полукреспульными швами. Фиксацию лоскутов, трансплантатов и другие швы выполняли нитью PDS II 5/0. Далее в каждой группе накладывали межкупольный шов второго уровня по проф. К. П. Пшениснову (МШВУ) и выполнялось измерение угла дивергенции куполов электронно-цифровым угломером и расстояние между куполами кронциркулем. Затем шов снимали и накладывали 8-образный шов по Sakig, сближающий купола, и повторяли измерения. Далее был произведен анализ полученных результатов и сравнение их с эстетическими критериями.

Результаты и обсуждение. По эстетическим параметрам кончик носа у женщин должен быть не уже, чем спинка носа, а у мужчин он может быть слегка уже спинки или одной ширины с ней. Контролировать ширину кончика носа возможно за счет изменения ширины куполов и угла дивергенции куполов (УДК) без использования трансплантатов внакладку. При анализе полученных данных 8-образный шов во всех группах давал больший УДК, чем МШВУ при равной ширине латеральных ножек и куполов.

Выводы. Современные шовные методики формирования концевого отдела носа позволяют управлять шириной кончика без использования трансплантатов внакладку. МШВУ больше подходит для мужских носов, требующих меньшую ширину кончика носа. 8-образный межкупольный шов оптимален для женских носов, так как позволяет добиться необходимой ширины кончика за счет разворота куполов латеральных ножек в напряжении без дополнительных трансплантатов.

## ОСОБЕННОСТИ РИНОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА

Пшениснов К. К., Пшениснов Е. С.

*Европейский медицинский центр, Клиника «Константа», Ярославль*

Переломы костей носа являются наиболее частой травмой лицевого скелета и причиной обращения к оториноларингологу по экстренным и неотложным показаниям. К пластическим хирургам данные пациенты попадают уже со стойкой деформацией в более поздние сроки. Деформация наружного носа присутствует у 80% населения Земно-

го шара по самым разнообразным причинам, врожденным и следствием производственной, бытовой, транспортной и спортивной травм.

Цель. Разработать алгоритм планирования оперативного вмешательства для коррекции посттравматической деформации носа.

Материалы и методы. Для планирования операции помимо осмотра и пальпации выполнялась мультиспиральная компьютерная томография носа и околоносовых пазух. Определяли положение орбит, отклонение спинки носа в костном и хрящевом отделе, кончика носа, крыльев носа, а также губ и подбородка. Основной целью операции являлось не полное устранение деформации, а превращение ее в менее заметную. Перед операцией делили нос на 3 анатомические зоны: 1) костная пирамидка носа с перпендикулярной пластинкой решетчатой кости; 2) треугольные хрящи с четырехугольным хрящом; 3) крыльчатые хрящи и каудальный отдел перегородки носа. К каждому отделу подбирали свой метод коррекции.

Результаты. Применение анатомического подхода позволило спланировать операцию по предложенному алгоритму индивидуально для каждого пациента. Представлены варианты выбора методик для каждого из трех отделов наружного носа при посттравматических деформациях.

Выводы. Анатомически обоснованный подход к ринопластике при посттравматической деформации на основе данных компьютерной томографии и общего осмотра обеспечивает эффективное планирование оперативного вмешательства и позволяет корректировать специфические деформации с предсказуемым результатом.

### ЛАТЕРАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ПОДКОЖНОЙ МАСТЭКТОМИИ И МАЛЬПОЗИЦИЯ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ДВУХЭТАПНОЙ ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пшениснов К. К., Даскалова И. Г., Худоян А. К.,  
Пшениснов К. П.

*Европейский медицинский центр, Москва*

Мальпозиция сосково-ареолярного комплекса (САК) после подкожной мастэктомии (ПК) является нередким осложнением, которое должно быть предотвращено или исправлено. Существует множество способов коррекции положения САК с помощью дополнительных вмешательств.

Цель. Оценить влияние латерального доступа на положение САК в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный обзор ПМ с латеральным радиальным разрезом с 2015 по 2020 г. 22 ПМ выполнены 18 пациентам (двусторонние у 4 пациенток). Пациентки имели низкий/нормальный индекс Кеттля, у большинства была чашка А/В с glandулярным птозом или птозом 1-й степени. Возрастной диапазон 29–51 год. 61% пациенток проходила лучевую терапию после операции. Методом выбора для реконструкции груди в этот период была двухэтапная одномоментная реконструкция экспандер-имплантат. Первый этап реконструкции проводил пластический хирург сразу после выполнения ПМ онкологом. Второй этап выполнял толь-

ко пластический хирург. Доступ был латеральным. После заполнения экспандера до второго этапа по схеме адьювантного лечения проходило от 4 до 24 месяцев. На втором этапе использовались имплантаты с полиуретановой или силиконовой оболочкой. 13 пациенткам был проведен липофиллинг для коррекции незначительных асимметрий и формы. Контралатеральная эстетическая операция выполнялась на втором этапе после односторонней ПМ в 71% случаев.

Результаты. Мальпозиция САК наблюдалась у всех пациентов после 1-го этапа реконструкции. Из-за процесса контракции рубца САК перемещался в сторону разреза, особенно после лучевой терапии. Экспандер выдвигал САК вверх за счет своей анатомической конфигурации.

Обсуждение результатов и выводы. Во избежание мальпозиции САК при подкожной мастэктомии следует избегать латерального доступа. По возможности отдавать предпочтение одномоментной односторонней реконструкции груди из подгрудного доступа. При 2-этапной реконструкции необходимо опустить положение экспандера на 1-м этапе и использовать риготтомию и липофиллинг на 2-м этапе для перемещения САК в любом необходимом направлении без дополнительных разрезов. Для получения эстетически приемлемого общего результата необходимы симметризирующие операции.

### РАЗРАБОТКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТА ДЛЯ МИНИМИЗАЦИИ ТРАВМАТИЗАЦИИ КОЖИ В ПРОЦЕССЕ ЗАШИВАНИЯ

Пшениснов К. К., Смирнов Е. В.

*Ярославский государственный медицинский университет,  
Ярославль*

Наложение кожного шва является неотъемлемой частью практически всех оперативных вмешательств, а травматическая техника способствует меньшей воспалительной реакции и уменьшает вероятность развития хронического воспаления с формированием гипертрофического или келоидного рубца. Инновационный инструмент минимизирует риски послеоперационных осложнений и частоту повторных хирургических вмешательств, улучшает реабилитацию, а также повышает качество жизни пациентов.

Цель. Разработка эргономичного хирургического инструмента — пинцета с крючком, для минимизации травматизации кожи в процессе зашивания.

Материалы и методы. Обзор литературы из отечественных и зарубежных источников (<https://elibrary.ru>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>), а также обзор каталогов производителей инструментов (Help Казань, Surgicon Пакистан, Aescular Германия, KLS Martin Германия) — обнаружены и проанализированы 7 статей в которых были описаны аналоги пинцета с кожным крючком. Для разработки компьютерной 3D-модели использована Autodesk Fusion 360 — определена форма и конструктивные особенности будущего изделия. При создании лабораторных образцов использовались заготовки из анатомических пинцетов. Лабораторные образцы создавались следующим образом: производился контрольный замер длин рабочих поверхностей бранш заготовки с их ограничиванием от поверхно-



сти будущего крючка; одна из бранш затачивалась угловой шлифовальной машиной Bosch до ограничительного уровня; выполнялось накаливание заточенной бранши с помощью газовой горелки с пьезоподжигом (ECOS GTI-100 + Баллон газовый «Следопыт») до температуры примерно 1000 °С; в пламени горелки зажимом типа «москит» вручную производилось изгибание накаленной рабочей поверхности бранши кнаружи по окружности перпендикулярно плоскости рабочих поверхностей, с приданием ей формы крючка, с последующим быстрым охлаждением в холодной проточной воде; производился замер эффективной длины рабочей поверхности второй бранши в соответствии с загнутым крючком; вторая бранша стачивалась угловой шлифовальной машиной Bosch до ограничительного уровня; окалина снималась с помощью механической и химической обработки.

Результаты и их обсуждение. Полученные образцы были стерилизованы и применены во 2 хирургическом отделении ГАУЗ ЯО «Клиническая больница № 9» и в ООО «Клиника Константа» г. Ярославль. Инструменты получили высокие оценки оперирующих хирургов, отмечены простота и эффективность применения пинцета с крючком в процессе зашивания послеоперационных ран кожи. В сравнении с аналогами выделяется повышенная прочность и надежность предлагаемого пинцета, так как крючок является непосредственным продолжением бранши.

Выводы. Разработан инновационный хирургический инструмент, который возможно и целесообразно использовать при шве кожи в ходе выполнения всех видов хирургических вмешательств, которые сопровождаются доступом через кожный покров. Он найдет применение в каждом лечебном учреждении от травмпункта до межрегионального многопрофильного стационара, где возможно проведение хирургической помощи.

## РОЛЬ СУБМАММАРНОЙ СКЛАДКИ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Редин Р. Р.

*Институт пластической хирургии и косметологии, клиника «Галактика», Москва*

Многие алгоритмы эстетической хирургии груди не учитывают важность оценки субмаммарной складки перед первичным увеличением груди. Оценка анатомии субмаммарной складки существенно влияет на планирование и технику хирургического вмешательства. Неспособность адекватно оценить субмаммарную складку и учитывать особенности ее анатомии приводит ко многим распространенным проблемам нижнего полюса, включая деформацию "double-bubble".

Материалы и методы. Была произведена оценка субмаммарной складки до операции у 112 пациентов, перенесших первичное увеличение груди в период с февраля 2022 г. по сентябрь 2023 г. Была разработана классификация морфологии субмаммарной складки на основе анализа стандартизированных предоперационных фотографий. Оценка результатов проводилась после операции с интервалом в 3 месяца.

Результаты. Было определено четыре четких подтипа субмаммарных складок на основании их клинического вида: от несуществующего типа А0 до хорошо сформированного и фиксированного типа А3. Ключевым критерием оценки результата было наличие деформации "double-bubble" после операции. Всего в группе был выявлен 1 случай деформации "double-bubble" (<1 процента пациентов). Этот случай деформации наблюдались у пациентки со складкой 3 типа.

Выводы. Субмаммарная складка определяет нижнюю границу нижнего полюса груди и является важным ориентиром для эстетического хирурга. Описана система классификации субмаммарных складок, которая помогает выбрать подходящий подход к субмаммарной складке в дополнение к планированию размеров имплантата.

## ТАКТИКА РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ РАСЩЕЛИНЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, СОЧЕТАННОЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ДРУГИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

Рогожина Ю. С., Блохина С. И., Бимбас Е. С.

*Многопрофильный клинический медицинский центр «Бонум»,  
Уральский государственный медицинский университет,  
Екатеринбург*

Проблема ранней реабилитации детей с врожденной челюстно-лицевой патологией (ВЧЛП) до настоящего времени не теряет своей актуальности. Особый интерес челюстно-лицевых хирургов вызывает вопрос хирургического лечения детей с расщелиной челюстно-лицевой области (ЧЛО), сочетанной с аномалиями других органов и систем. Реабилитация таких пациентов является сложной проблемой специализированной хирургии и требует знаний индивидуальных особенностей диагностируемых пороков при их реализации с учетом очередности, объемов и сроков исполнения.

Цель. Повышение эффективности реабилитации пациентов с ВЧЛП, осложненной аномалиями развития других органов и систем, путем совершенствования тактики хирургического лечения и восстановительных мероприятий. Материалы и методы. Проведен аналитический и количественно-качественный анализ медицинской документации организационно-реабилитационного процесса комплексной помощи 2475 пациентам с ВЧЛП за 24 года (1998–2022 гг.) в условиях специализированного Центра «Бонум» (г. Екатеринбург).

Результаты и обсуждение. Из 2475 медицинских карт пациентов с врожденной расщелиной ЧЛО выявлено 823 случая (33,25%) сочетания с пороками развития других органов и систем, которые сгруппированы в нозологические группы. Среди 823 случаев ВЧЛП преобладала изолированная расщелина неба (Н) — в 453 случаях (55,04%). Изолированная расщелина верхней губы (ВГ) была диагностирована в 9 случаях (1,09%), расщелина ВГ и альвеолярного отростка (АО) — в 24 (2,92%), расщелина ВГ, АО и Н — в 333 (40,46%), а поперечная расщелина лица в комбинации с расщелиной ВГ, АО и Н — в 4 (0,49%) случаях. Ранняя диспансеризация и тщательность до-

обследования соматического состояния пациента позволили уточнить характер сопутствующей аномалии, сочетанной с расщелиной ЧЛО и сформировать тактику хирургического лечения патологии ЧЛО в соответствии нарушений соматического статуса. При анализе частоты встречаемости пороков развития органов и систем у 823 пациентов с ВЧЛП наибольшее количество поражений зарегистрировано со стороны лор-органов — 98,30%; патология нервной системы — 93,44%; патология опорно-двигательного аппарата — 80,68%; пороки развития органов зрения — 76,55%; патология сердечно-сосудистой системы — 28,80% и лишь 0,36% случаев — аномалии желудочно-кишечного тракта. В среднем каждый ребенок имел по 2–4 сопутствующей патологии, что влияло на тактику хирургии расщелины. Детализация порока ЧЛО, его анатомо-функциональные характеристики, а также диагностика сопутствующей патологии соматического генеза, осуществлялись комплексно за счет системы интегрированных действий профессионалов внутри Центра «Бонум» на основании клинично-лабораторных и инструментальных методов обследования, которые резюмировались специализированным протоколом дальнейшего комплексного лечения, в том числе и хирургического, с определением сроков, очередности и объема оперативного пособия. Необходимость хирургического или медикаментозного лечения сопутствующей патологии конкретизировалась отдельным блоком специализированного протокола. Тактика оперативного пособия коррелировалась с объемом расщепления ВГ и/или Н, возрастом ребенка, хирургической техникой их устранения и тяжестью конкретной сопутствующей патологии. Из 823 обследуемых согласно видам поражения ЧЛО — 370 детей нуждались в проведении первичной хейлоринопластики, которая выполнена в возрасте 6 месяцев — у 196 из 370 человек (52,97%), к 9 месяцам — у 302 детей (81,62%), а к 1 году — у 329 детей (88,92%). В проведении велоуранопластики нуждались 770 малышей, из них операция проведена к 1,5 годам у 360 детей (46,75%), а к 2 годам — 483 детям (62,73%). Более поздние сроки проведения операции по устранению расщелины ЧЛО обоснованы индивидуальными особенностями соматического статуса сопутствующей патологии, но в среднем не превышали возраста ребенка при хейлоринопластике — 2 лет (к этому возрасту прооперировано 96,49% детей) и 3 лет — при велоуранопластике (к этому возрасту прооперировано 76,36% детей). В настоящее время из 823 пациентов с ВЧЛП, сочетанной с аномалиями других органов и систем — 591 (71,81%) получили комплексную хирургическую реабилитацию, остальные — 232 (28,19%) продолжают получать специализированную помощь в системе Центра «Бонум».

**Выводы.** Предложенная тактика хирургического лечения детей с ВЧЛП, сочетанной с аномалиями других органов и систем, позволяет в наиболее благоприятные сроки устранить расщелину ЧЛО соразмерно соматического состояния пациента.

## ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ ПРИ ВЗРЫВНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОСЛЕ РАННЕЙ КОРРЕКЦИИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

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

*Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины, Военная академия материально-технического обеспечения, Санкт-Петербург*

**Цель и задачи.** Изучить динамику гистоморфологических изменений в поврежденных скелетных мышцах при взрывной травме тазовой конечности после ранней коррекции гиалуроновой кислотой (ГК).

**Материалы и методы.** Исследование выполнено на 72 крысах-самцах линии Вистар возрастом  $4,0 \pm 0,5$  мес. и массой  $350 \pm 25$  г, с разрешения локального Комитета по этике ФГБУ «Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины» Министерства обороны РФ (протокол № 13 от 22.06.2020 г.). Перед экспериментом все животные были разделены на 3 группы: основную ( $n=31$ ), группу сравнения ( $n=31$ ) и интактную ( $n=10$ ). Под наркозом (Золетил и Ксилазин по 10 мг/кг) всем животным основной и группы сравнения моделировалась взрывная травма левой тазовой конечности, в соответствии с разработанной методикой (патент RU2741238 от 19.10.2020 г.). Интактным животным моделирование взрывной травмы не проводилось. Спустя 3 ч после нанесения взрывной травмы животным основной группы проводили первичную хирургическую обработку возникшей раны, а в мягкие ткани области повреждения локально вводили 1,75% раствор ГК в объеме 2,0 мл/кг, животные группы сравнения — не получали локального лечения. Исследование проводили через 3, 7, 14 и 28 сут после нанесения повреждения, что соответствовало фазам течения раневого процесса. Для оценки выраженности отека мягких тканей поврежденной конечности измеряли длину окружности бедра в его средней трети, рассчитывали индекс отека/атрофии (отношение длины окружности травмированного бедра к длине окружности бедра неповрежденной конечности). Выраженность рабдомиолиза оценивали по динамике содержания миоглобина и калия в сыворотке крови. Гистоморфологическое исследование фрагментов скелетных мышц, окрашенных гематоксилином и эозином, включало определение доли некротизированных мышечных волокон (%) и площади, занятой новообразованными мышечными элементами скелетных мышц в мышечно-соединительнотканном регенерате (%). Статистический анализ результатов исследования осуществляли с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США), различие считались достоверным, если вероятность их тождества оказывалась менее 5% ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** У животных после локального введения ГК (основная группа) в фазу воспаления (3–7 сут) и фазу регенерации (14 сут) наблюдался менее выраженный отек мягких тканей бедра, индекс отека/атрофии при этом был на 21,3–23,1% ( $p < 0,05$ ) и 22,2–22,9% ( $p < 0,05$ ) ниже, чем в группе сравнения. Концентрация сывороточного мио-

глубина в эти же сроки снижалась на 26,2–28,4% ( $p < 0,05$ ) и 23,5–24,7% ( $p < 0,05$ ) относительно значений у животных без локального лечения, а калия на 19,5–22,1% ( $p < 0,05$ ) только в фазу воспаления (3 сут). Гистологическая картина раннего перифокального введения ГК при взрывном повреждении мягких тканей характеризовалась уменьшением доли некротизированных мышечных волокон преимущественно в фазу воспаления (на 27,0%, при  $p < 0,05$ ) по сравнению со значением у животных, не получавших локального лечения. К исходу периода наблюдения, в фазу образования и реорганизации рубца (28 сут), площадь новообразованных мышечных элементов скелетных мышц в мышечно-соединительнотканном регенерате была на 28,4% ( $p < 0,05$ ) больше, чем у животных группы сравнения.

Выводы. Перифокальное применение гиалуроновой кислоты в ранние сроки после взрывной травмы мягких тканей приводит к уменьшению площади некротизированных мышечных волокон и снижает выраженность рабдомиолиза, что создает условия для формирования мышечно-соединительнотканного регенерата, значительную долю в котором составляют новообразованные мышечные элементы.

## ЛИФТИНГ ТКАНЕЙ СПИНЫ ПО ЛИНИИ БЮСТГАЛЬТЕРА (BRA-LINE BACK LIFT)

Саканов Д. Н., Швырев С. П.

*Клиника пластической хирургии Grandmed, Санкт-Петербург*

В практике пластического хирурга лифтинг тканей спины является редким вмешательством, направленным на радикальное улучшение ее контуров. В литературе описано множество техник выполнения данной операции. В клинике Grandmed используется метод подтяжки спины по линии бюстгалтера (Bra-Line Back Lift).

Цель. Оценка эффективности и безопасности метода, а также сравнение результатов выполненных операций, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периодах.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ клинических случаев подтяжки спины у 13 пациентов клиники Grandmed с 2007 по 2022 г. Показанием к операции явилось значительное снижение тургора кожи в сочетании с ее избытком, что было связано с возрастными изменениями кожи или появлением ее избытков после массивной потери массы тела.

Результаты. Результаты в отдаленном периоде изучены у 8 пациентов. В 7 случаях данный метод применялся в составе симультанных операций, включающих: липосакцию различных анатомических зон, подтяжку кожи плеч, подтяжку ягодиц, реверсивную абдоминопластику и редукцию молочных желез в различных сочетаниях. Изолировано данная операция была выполнена однократно. При этом выбор высокомотивированного пациента, точность преоперационной разметки, правильная техника резекции кожно-жирового лоскута и закрытия операционной раны являлись залогом успешной работы специалиста. Полученные результаты продемонстрировали высокую эффективность операции с формированием гладкого контура спины по сравнению с липосакцией и нехирургическими методами коррекции. При этом в большинстве случаев сформировался эстетически приемлемый тонкий после-

операционный рубец, скрывающийся в линии бюстгалтера. Вывод. Дальнейшее накопление опыта позволит улучшать результаты и безопасность данной операции.

## СЕЛЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ РЕИННЕРВАЦИИ ПАРАЛИЗОВАННОГО ЛИЦА

Салихов К. С.

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

В литературе освещены различные способы реконструктивных операций, направленных на восстановление функции мимической мускулатуры с использованием различных методов реиннервации с применением жевательного, добавочного, подъязычного нервов и достижением функциональных эффектов. Однако, проанализировав современные публикации как в отечественной, так и зарубежной литературе, можно с уверенностью сказать, что на сегодняшний день хирургическое восстановление функции лицевого нерва остается актуальной задачей. Современная медицина располагает разными методами лечения повреждений лицевого нерва: нейрорафия, анастомозы лицевого нерва с жевательным, подъязычным нервом и другими нервами, кросс-пластика, транспозиция мышц, аутопериплантация мышц с одномоментной реиннервацией и др. Выбор оптимального лечения обусловлен не только достижением хорошего функционального результата, но и достижением эстетической реабилитации пациентов, которая направлена на минимизирование малоинвазивных методов лечения. Именно с этими связан постоянный поиск и совершенствование хирургических методов лечения. Проблема реконструктивно-восстановительной хирургии паралича мимической мускулатуры остается актуальной, до конца не решенной и имеет огромное социальное значение.

Несмотря на достижения периферической нейрохирургии и использование современных методов микрохирургии, для современного этапа лечения больных с параличом лица характерны неоднозначность решений и отсутствие единых взглядов на методы реиннервации мимической мускулатуры. Одной из важнейших проблем является преодоление формирования синкинезий и мышечных контрактур всех реиннервируемых мимических мышц при использовании донорских регионарных нервов, развитие которых снижает эффективность лечения и не позволяет достигнуть хорошего функционального и эстетического результата. Решение данных проблем легло в основу данного научного исследования.

## ПОВТОРНАЯ АБДОМИНОПЛАСТИКА, МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Сарамков Н. Е.

*Клиника «Ланцетъ», Геленджик*

В настоящее время растет число повторных абдоминопластик, связанных с наличием деформаций мягких тканей на фоне проведенного ранее экстренного оперативного

вмешательства, и неудовлетворительными итогами после первичной абдоминопластики. В обоих случаях актуальной причиной этого рассматривается увеличение числа специалистов и доступность оказания помощи по пластической хирургии.

Цель. Оценить возможность и необходимость проведения повторных эстетических вмешательств на передней брюшной стенке.

Материалы и методы. Проанализированы причины обращения за повторной медицинской помощью 21 пациента за 2020–2022 гг., которым выполнялись ранее вмешательства в экстренной, плановой и пластической хирургии. Возраст составил от 27 до 54 лет, женщины 100%. Обращение после проведенных экстренных и плановых пособий в хирургии составило 14 (66,7%), с неудовлетворительными итогами после первично проведенной эстетической операции 7 (33,3%).

Результаты. Всем пациентам выполнены повторные эстетические вмешательства на передней брюшной стенке: абдоминопластика с переносом пупка — 12 (57,1%), мини-абдоминопластика 5 (23,8%), липосакция + иссечение рубца 4 (19,1%). Ранние и отдаленные результаты хирургических пособий у всех пациентов отмечаются положительные.

Выводы. Причины повторной пластики живота могут быть разные. Первая — это проведенные ранее оперативные пособия при угрожающей жизни состояниях пациента, когда на самом последнем месте стоит косметический эффект. Второе — это наличие дефектов или деформаций после первичной абдоминопластики. Данная ситуация может случиться из-за ошибок хирурга, нарушений пациентом послеоперационного режима и невыполнение рекомендаций, и в последствие возникших осложнений. Третья — это несоответствие полученного результата ожиданиям пациента, подобное случается при завышенных требованиях, неадекватной оценке возможностей эстетической хирургии и индивидуальных особенностей организма.

### СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ С МЕДЛЕННЫМИ ПОТОКОВЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ

Сафин Д. А., Тарусин Д. И., Матар А. А., Середницкая Н. А., Агибалов Д. В.

*Клиника педиатрии и детской хирургии, первый центр «Гемангиома», Москва*

Сосудистые аномалии (СА) представлены различными нарушениями эндотелия, которые могут поражать артерии, вены, капилляры или лимфатические сосуды. Преимущественно эта патология имеет доброкачественный характер и выявляется у новорожденных, но также она может манифестировать в подростковом или более старшем возрасте. Для СА характерен медленный рост и такие осложнения как, увеличение или укорочение конечности, болевой синдром, тромбоз, появление язв, кровотечение из эрозированных сосудов, тромбоцитопении, воспаление и другие. Ранее хирургическое лечение этой группы заболеваний считалось единственно возможным, однако за последнее десятилетие появились новые подходы и методы лечения

сосудистых мальформаций с медленными потоковыми характеристиками.

Цель. Познакомить с современным представлением о СА, рассказать о методах диагностики и лечения данной патологии.

Материалы и методы. В 1996 г. Международное общество по изучению сосудистых аномалий (ISSVA) предложило классификацию СА. В основу этой классификации легло исследование Mulliken и Glowacki, которые разделили все сосудистые образования на сосудистые мальформации и сосудистые опухоли. В настоящее время именно классификация ISSVA является общепризнанной и рекомендованной к использованию специалистами.

Результаты. К сожалению, приходится констатировать тот факт, что до настоящего времени сохраняются сложности в диагностике и лечении сосудистых аномалий. Это связано рядом причин — множеством вариантов различных видов СА и схожестью их внешних проявлений, а также использованием различными специалистами устаревших терминов. Основным методом диагностики СА, который должен использоваться рутинно, является ультразвуковое исследование. Для компьютерной томографии и магниторезонансной томографии должны быть выставлены показания. Еще реже выполняется патогистологическое исследование с иммуногистохимическим анализом. В зависимости от вида СА в арсенале современной медицины есть медикаментозное лечение (рапамидин), лазерные технологии, склеротерапия, эмболизация и другие малоинвазивные методы.

Выводы. Правильное лечение СА напрямую зависит от правильной диагностики. Для улучшения диагностики рекомендовано использовать классификацию ISSVA, отказаться от использования устаревших терминов. В центре, занимающимся лечением СА, должна работать мультидисциплинарная команда врачей.

### ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРА НА ПАРАХ МЕДИ В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Селянинов К. В., Пономарев И. В., Ключарева С. В.

*Научно-исследовательский институт микрохирургии, Физический институт им. П. Н. Лебедева РАН, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Томск, Санкт-Петербург*

Лазерные методы получили заслуженное признание в современной терапии сосудистых мальформаций, и их эффективность зависит от правильного выбора режимов лазерного воздействия. В настоящее время считается, что селективная лазерная коагуляция сосудистых мальформаций основывается на селективном поглощении лазерного света с определенной длиной волны целевым хромофором — оксигемоглобином (HbO<sub>2</sub>). Нагревание сосудов должно быть достаточным для их повреждения, при этом передача тепла окружающему коллагену и другим структурам дермы должна быть минимальной. С применением лазеров, излучающих желтый свет на длине волны 578 нм, была существенно увеличена избирательность повреждения сосудов по сравнению с окружающими тканями. Наиболее широко применяемыми источниками желтого

света для клинической практики служат импульсный лазер на красителе (ИЛК), длина волны 585 нм, а также лазер на парах меди с длиной волны 578 нм.

Материалы и методы. В клинике АНО «НИИ микрохирургии» накоплен клинический опыт по лечению 80 пациентов (18–85 лет) с сосудистыми мальформациями в сроки с 2016 по 2022 г. Использовался отечественный аппарат «Яхрома-Мед» (Российская Федерация), генерирующий импульсный свет на длине волны 578 нм с длительностью импульса 15 нс и частотой повторения импульсов 16,6 кГц. Данная модель лазер оснащена кварцевым оптическим световодом диаметром 600 мкм, лазерный луч фокусируется на кожу с помощью насадки с линзами, диаметр лазерного пятна на коже 1 мм. Средняя мощность лазера на парах меди для лечения устанавливалась в диапазоне от 0,50 до 0,65 Вт. Для дозировки воздействия на кожу лазер оборудован электронным затвором, открывающимся во время экспозиции 0,1–0,2 с. При больших размерах новообразования использовалась сканирующая насадка, которая позволяла позиционировать области фокусировки лазерного излучения на коже с заданным шаблоном. Каждый индивидуальный сосуд или сосудистое новообразование трассировались лазерным лучом до достижения конечной точки обработки в виде наблюдаемого изменения цвета новообразования. Уход за кожей после сеанса лечения заключался в нанесении несколько раз в день тонкого слоя антибактериального препарата (геля) до полного заживления. Результат оценивался при помощи «показателя осветления» (ПО) по шкале от 1 до 4 (1 — плохо, 4 — отлично). Оценка всех пациентов проводилась лечащим врачом через две недели после лечения лазером и повторно через шесть недель после лечения. Каждому пациенту предлагался список вопросов: степень осветления кожи после лазерной терапии; болезненные ощущения во время и после лечения; степень и длительность отеков; время для полного заживления обработанной области; наличие каких-либо рубцов или текстурных изменений кожи; наличие или отсутствие желания продолжить лазерное лечение.

Результаты. В среднем сроки лечения пациентов составили 3 мес. После воздействия лазером формируются легкие светло-коричневые линейные корки, которые появлялись на 2–3 день и исчезали на 7 день. Ни одного случая появления рубцов отмечено не было, но у 2 пациентов развилась послеоперационная гиперпигментация на области кожи, которая стала меньше через 3 недели и полностью исчезла через 2 месяца. Никакой местной анестезии при лечении лазером не требовалось. Пять пациентов сообщили о незначительной боли после лечения. В течение 1–3 дней после лечения обработанные области были в состоянии той или иной степени отека. Для клинического анализа эффективности лечения сосудистой патологии была использована глобальная оценка терапевтического эффекта: совокупный удельный вес пациентов, достигших клинического выздоровления (30,1%) и значительного улучшения (47,2%), составил 77,3%. После лечения было проведено анкетирование пациентов, независимо от количества полученных ими сеансов лечения. Оценка результатов лечения была положительной, 96% пациентов сообщили, что рекомендовали бы такое лечение другим пациентам.

Выводы. Применение лазерного света с длиной волны в желтой области спектра позволяет добиться максимальной клинической эффективности коагуляции диспластич-

ных сосудов: использование лазера на парах меди («Яхрома-мед») в стандартном режиме воздействия производит к более безопасному нагреву диспластичных сосудов, что обеспечивает более короткие сроки реабилитации и меньший риск побочных явлений.

## ОПЕРАТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРТРОФИИ ВУЛЬВЫ В ПРАКТИКЕ ПЛАСТИЧЕСКОГО ХИРУРГА

Семенова О. В., Шихалева Н. Г.

*Центр медицинского и корпоративного обучения, кафедра пластической хирургии, Москва*

Целью хирургической коррекции области вульвы является снижение психологического и полное разрешение физического дискомфорта пациенток. Возникновение физического дискомфорта связано с периодической травматизацией малых половых губ, препуция и клитора при коитусе, удалении волос с лобка и больших половых губ, занятии вело-, конным и другими, связанными с передвижением, сидя верхом, видами спорта, ношении прилегающей одежды и нижнего белья. Данные состояния обуславливаются выступанием малых половых губ, мягких тканей капюшона клитора и самого клитора за пределы больших половых губ. Повышенная температура, влажность, пониженный показатель pH кожи вульвы делают ее более восприимчивой к инфекциям по сравнению с кожей других частей тела. Поэтому травмы вульвы, полученные в быту, часто инициируют дебют воспалительных заболеваний. Психологический дискомфорт состоит в ограничениях при выборе одежды, проведении досуга, сексуальной жизни и плановых осмотров у гинеколога. Несмотря на то что перечисленные обстоятельства приобрели актуальность и детабуировались лишь с 2000-х годов, вариабельность строения женских наружных половых органов и возрастающая критичность пациенток к эстетике и функциональности результатов после проведения лабиопластик требуют разработки дополненной классификации гипертрофии вульвы и, соответственно, объема хирургической коррекции.

Материалы и методы. Для разработки алгоритма хирургической коррекции нами применялась оригинальная классификация гипертрофии вульвы на основании данных генитометрии. Из практики были исключены случаи клиторомегалий, при которых длина тела клитора превышала 25 мм при расстоянии от головки до меатуса менее 20 мм) 1 тип — гипертрофированы только малые половые губы; препуций не гипертрофирован; 2 тип — гипертрофирован только препуций, малые половые губы не гипертрофированы. 3 тип — гипертрофирован препуций и малые половые губы а — расстояние от головки клитора до меатуса менее 20 мм b — расстояние от головки клитора до меатуса более 20 мм В зависимости от типа вульвы по классификации, комбинировались следующие этапы хирургической коррекции — краевая/сочетанная моно-/билатеральная резекция малых половых губ — моно-/билатеральная боковая резекция мягких тканей препуция — резекция участка кожи между головкой клитора и меатусом Согласно представленной классификации и последующего алгоритма хирургических манипуляций были прооперированы 20

пациенток, у 18 из которых результат объективно оценивался как «хороший» (клитор в типичном месте, головка визуализируется и пальпируется, меатус открывается под клитором, расстояние между головкой клитора и меатусом менее 5–15 мм, малые половые губы прикрывают вход во влагалищный отросток урогенитального синуса, расположенный между ними, малые половые губы и препуций не выходят за пределы больших половых губ в положении пациентки стоя).

Результаты. В 1 случае наблюдалось расхождение швов в области клиновидной резекции одной половой губы. У 1 пациентки наблюдалось частичное расхождение швов в области между головкой и меатусом. У 1 пациентки отмечалась на 7-е сутки после операции гематома малой половой губы, которая была эвакуирована без негативных последствий для эстетики результата.

Данные состояния у пациенток разрешились эпителизацией дефектов, пациентки от хирургической коррекции отказались.

Выводы. В целом, осложнения составили 0,6%, а субъективная удовлетворенность пациенток результатом — 100%.

## ХИРУРГИЯ МИГРЕНИ. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Сергеев И. С., Дикарев А. С., Мантарджиев Д. В., Сычев В. И., Батырев А. В.

ООО «Аэстетик коллектив», Краснодар

По результатам последнего исследования «Исследования глобального бремени болезней» мигрень по распространенности в мире находится на 6-й строчке в списке из 328 болезней, поражает в общей сложности около 1,4 млрд человек во всем мире. На сегодняшний день глобальная частота мигрени за 1 год заявляется как 14,7% для обоих полов, т.е. каждый седьмой взрослый житель планеты страдает мигренью. У 2,5% пациентов каждый год происходит трансформация эпизодической мигрени в хроническую. Медикаментозный метод не обеспечивает полноценного выздоровления всего пула пациентов, тем самым сохраняя медико-социальную проблему, связанную с временной потерей трудоспособности по причине наличия головных болей. Эффективность лечения зависит от точности диагностики и соответствующей стратегии лечения. Цель. Анализ эффективности хирургического лечения мигрени и доступности данного метода лечения.

Материалы и методы. Изучены 72 пациента с верифицированным в анамнезе диагнозом «хроническая мигрень», получившие оперативное лечение в объеме подтяжки лба изолированно или в комплексе с подтяжкой средней, включающей в свой объем декомпрессию ветвей тройничного нерва (V1, V2), а также декомпрессию малых и больших затылочных нервов в период с 2019 по 2023 г.

Результаты. Ретроспективный анализ показал у 22 пациентов полное исчезновение приступов головной боли мигренозного характера. У 48 пациентов было отмечено значительное улучшение самочувствия, снижение частоты мигренозных приступов и их степени их выраженности. У 2 пациентов в течение трех месяцев отмечено снижение частоты и интенсивности приступов, однако, в последую-

щие месяцы количество приступов возобновилось. Выводы. Несмотря на то что хирургия мигрени показывает высокую эффективность, основной проблемой является не хирургическая сложность выполнения лечения, а отсутствие закрепленной в клинических рекомендациях стратегии комплексного лечения.

## ВЫБОР МЕТОДИКИ РЕДУКЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ. КАК ПОЛУЧАТЬ ХОРОШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ВСЕГДА

Силкина К. А.

Клиника пластической хирургии и косметологии «Елена», Новосибирск

Цель: провести сравнительный анализ методов редукционной маммопластики при разной степени гипертрофии молочных желез.

Задачи:

1. Провести отбор пациенток с гипертрофией молочных желез относительно длины питающей ножки сосково-ареолярного комплекса (САК).

2. Подобрать оптимальный метод резукции молочных желез (МЖ) к разному типу гипертрофии, составу МЖ.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов редукционных пластик у наших пациенток по фото до и после. Показания к редукционной маммопластике: физические, эстетические, психологические. Идеальные цели редукции груди: создание размера груди, пропорционального фигуре пациентки, сохранение САК, сохранение адекватной чувствительности кожи груди, сохранение лактации (практически никогда этого добиться невозможно, за исключением способов липосакции груди и редукции кожного чехла). Описано множество способов редукции груди, распределение по группам на резекцию железы и липосакцию груди. По формированию питающей ножки для ареолы примерно такое: Техника Strombeck, Операция Scoog McKissock Pitanguy, Техники нижней ножки, Пересадка ареолы. В основном в нашей клинике используют резекционные техники, липосакция — чрезвычайно узконаправленная операция, применяемая для молодых пациенток с выраженными жировыми отложениями и малым количеством железистой ткани, а так как гипертрофированная грудь у молодых пациенток в основном железистая, липосакция не нашла своей пациентки. Техника Strombeck применяется в большинстве случаев, когда необходимо значительное перемещение САК. Если по результатам предоперационного планирования, длина ножки превышает 15 см, целесообразно предложить пациентке свободную пересадку ареолы. Формирование вертикальной питающей ножки целесообразно при небольшом перемещении САК. Техники перемещения САК на нижней ножке применимы при коротком нижнем полюсе.

Выводы. У абсолютного большинства наших пациентов правильно подобранная техника позволяла сформировать правильный склон молочной железы, получить стабильные результаты с незначительным процентом коррекций в дальнейшем по поводу асимметрии, мальпозиции САК. Избирательная техника формирования ножки САК позволяла получить полностью жизнеспособный САК и со-

хранить его чувствительность, в т.ч. эрогенную. Случаи частичного невроза САК зарегистрированы в 2 случаях из 400 пациенток, полный некроз САК зарегистрирован у 1 пациентки.

## НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЗЕКЦИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОГО РЕЗУЛЬТАТА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЛИФТИНГ ЛИЦА И ШЕИ

Силкина К. А.

*Клиника пластической хирургии и косметологии «Елена»,  
Новосибирск*

Цель. Улучшение результата в достижении четкости шейно-подбородочного (ШПУ) угла при лифтинге лица и шеи. Задачи. 1. Сформировать группу пациентов с показаниями к редукции поднижнечелюстных слюнных желез (ПСЖ). 2. Выработать безопасную технику резекции слюнных желез, согласно их топографии. 3. Оценить эстетику.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов 20 пациентов, которым был выполнен лифтинг лица и шеи с редукцией ПСЖ. Основными кандидатами на такую операцию являются пациенты в возрасте 45–65 лет с возрастными изменениями мягких тканей лица и шеи. Характерная жалоба, выражаемая кандидатами на резекцию ПСЖ: отсутствие выраженного ШПУ в течение всей жизни, даже при минимальном весе. При осмотре у данных пациентов особенно выражено было выбухание тканей в проекции поднижнечелюстных слюнных желез, которое усиливалось в положении Освальда. Пальпаторно отмечается характерное плотно-эластическое образование симметрично с двух сторон — пролабирующие железы. Возможность резекции слюнных желез проводилась по 3 основным критериям: психологический статус пациента (понимание сложности хирургии, необходимости соблюдения послеоперационных рекомендаций), согласие на рубец в подбородочной складке (который может быть виден в дальнейшем) и отсутствие сопутствующих заболеваний полости рта (таких как ксеростомия, болезни слюнных желез, пародонтоз и др.). Основной доступ для коррекции ШПУ и положения ПСЖ был в подбородочной складке, для большей мобильности кожи выполнялась подкожная диссекция на расстоянии 1 см краниально, отсекались подкожно подбородочные связки, далее диссекция продолжалась на шее каудально на 1 см ниже последней контурирующей шейной складки, выделялись тяжи платизмы, выполнялась диссекция электроножом под передними краями платизмы до появления медиально контуров ПСЖ. Медиально расположенный подплатизмальный жировой комок отсекался, оголившиеся передние брюшки *m. digastricus* сшивались между собой узловыми швами. Расслаивалась капсула ПСЖ, пальпацией определялась степень их выбухания относительно края нижней челюсти. Далее в некоторых случаях железа прошивалась нитью-держалкой или часть железы удерживалась длинным пинцетом, и электроножом между дольками выполнялось отсечение избытка железы. Тщательный гемостаз предотвращал развитие гематомы, а прецизионное удаление долек железы ниже края челюсти, на наш взгляд, помогает

предотвратить сиалоцеле. По возможности на оставшуюся культю железы накладывается гемостатический обвивной шов рассасывающейся нитью. В капсулу укладывается активный дренаж и капсула ПСЖ ушивается наглухо тем же ровным материалом. Далее выполняется медиальная платизмопластика и смас-лифтинг лица выбранным способом. Несмотря на более сложный реабилитационный период по сравнению с операциями без резекции ПСЖ, все пациенты отмечали значительное улучшение контура ШПУ по сравнению с до-операционным уровнем.

Результаты. 1. Была сформирована группа пациентов с показаниями к резекции слюнных желез, используя критерии включения (материалы и методы) 2. Резекция слюнных желез относительно молодой способ коррекции ШПУ, требующий от хирурга неукоснительного соблюдения техники, точного знания анатомии и навыков лечения осложнений, которые могут возникнуть. При соблюдении всех требований, результат для хирурга и пациента можно получить вдохновляющий. Однако, если хирург не чувствует в себе решимости пойти на такой риск или проявит неосмотрительность в своих действиях, результат может быть плачевный как в моральном смысле, так и в юридическом. Призываю всех быть осторожными.

Вывод. Пациенты получили более четкий угол, результат улучшился.

## ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОК С ПТОЗОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Скворцов В. А., Топузов Э. Э., Гор Л. А., Гринев И. А.,  
Бабешкин Р. Н., Аршба Э. А., Афанасьева Е. А.

*Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург*

Современное хирургическое лечение рака молочной железы тесно переплетается с пластической хирургией. Еще недавно единственным вариантом лечения рака молочной железы была радикальная мастэктомия — операция, значительно снижающая качество жизни пациента. В настоящее время, все доступы при выполнении мастэктомии стараются скрыть в естественные складки или максимально приблизить результат к эстетическим операциям на молочной железе. Цель. Оценить эффективность и безопасность применения различных дермоглангулярных ножек у пациенток с птозом при одномоментной реконструкции молочной железы.

Материалы и методы. Нами проведено проспективное исследование пациенток с раком молочной железы и сопутствующим птозом молочных желез I–III степени, которым были выполнены различные виды реконструкций молочной железы в условиях СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер». Все пациентки находились под наблюдением с 2022 по 2023 г. За данный период времени включено 47 пациенток с раком молочной железы. Всем пациенткам были выполнены подкожные мастэктомии с одномоментной реконструкцией имплантатами с использованием различных дермоглангулярных ножек для укрытия нижнего склона имплантата. Критериями включения являлись: гистологически и иммуногистохимически

верифицированный рак молочной железы, pT0z молочных желез I–III степени, клиническая стадия I–IIIA (T1–3N0M0), отсутствие видимых по ультразвуковому исследованию пораженных подмышечных лимфоузлов. Критерии невключения: отечно-инфильтративная форма рака молочной железы, наличие отдаленных метастазов опухоли, N1–N3 статус лимфатических узлов.

Результаты. Средний возраст пациенток составил 48 лет. Минимальный возраст составил 30 лет, максимальный возраст — 62 года. Медиана наблюдения 7 месяцев. Были использованы следующие варианты дермоглангулярных ножек: нижняя ножка — 30, горизонтальная ножка — 12, комбинированная ножка — 5. Из 47 пациенток — 20 являлись носителями BRCA 1. За период наблюдения было выявлено 2 некроза сосково-ареолярного комплекса, 3 — инфекционных осложнения, которые привели к потере имплантата, так же краевой некроз лоскута — 2 пациентки, гематома — 1 пациентка. За этот период не было отмечено местных рецидивов и прогрессирования. Оценка косметических результатов проводилась с помощью опросника Breast Q—Reconstruction Module Pre- and Postoperative Scales версия 2.0. При оценке модуля «Удовлетворенность молочной железой до и после операции» средний балл составил: 86 до лечения и 71 после, в модуле «Удовлетворенность результатом реконструкции» средний балл оставил 68 ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Применение различных дермо-глангулярных ножек у пациенток с pT0z при одномоментной реконструкции молочной железы является эстетически приемлемым, эффективным и безопасным способом реконструкции.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ С ПОМОЩЬЮ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Скворцов В. А., Топузов Э. Э., Гор Л. А., Гринев И. А.,  
Бабешкин Р. Н., Аршба Э. А., Афанасьева Е. А.

*Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург*

Реконструкция молочной железы является важным элементом комплексного лечения рака молочной железы и направлена на восстановление образа тела пациента и улучшения качества жизни после мастэктомии. Применение технологий искусственного интеллекта в реконструкции молочной железы может облегчить не только выбор оптимального метода реконструкции, но и предугадать те или иные осложнения при выполнении различных видов операций.

Цель. Оценить эффективность применения искусственного интеллекта в реконструктивно-пластической хирургии молочной железы.

Материалы и методы. Нами проведено ретро- и проспективное исследование пациенток с раком молочной железы, которым были выполнены различные виды реконструкций молочной железы в условиях СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер». Все пациентки находились под наблюдением с 2013 по 2021 г. За данный период времени включено 987 случаев пациенток с РМЖ,

которым были выполнены реконструктивные операции. Для анализа использовалось 57 клинических признаков. Данные признаки были внесены в общую базу данных и проанализированы искусственным интеллектом с помощью создания алгоритма многофакторного анализа персонализированных данных для прогнозирования осложнений реконструкции с целью создания индивидуальной программы оперативного вмешательства и профилактики осложнений в каждом конкретном случае. Для анализа использовался язык python, библиотеки обработки данных: numpy, pandas, scikit-learn, h2o.

Результаты. За данный период времени было выполнено: 213 — подкожных мастэктомий с одномоментной установкой имплантата/экспандера, 297 — кожесохраняющих мастэктомий с одномоментной установкой имплантата/экспандера, 93 — TRAM-лоскута, 70 — торакодорзальных лоскутов в сочетании с эндопротезированием, 50 — T-DAP — лоскутов в сочетании с имплантатом, 248 — отсроченных реконструкций с установкой экспандера, 16 — DIEP-лоскутов. Было определено 30 клинически значимых признаков для прогнозирования осложнений. Наиболее важные из них были: возраст пациентки, Pinch — тест, срок после лучевой терапии, индекс массы тела, опыт хирурга, объем молочной железы. Разработан алгоритм для прогнозирования осложнений при выполнении реконструктивно-пластических операциях и выбор оптимального метода реконструкции.

Выводы. Модели искусственного интеллекта могут повысить точность и эффективность реконструктивно — хирургического лечения рака молочной железы, а также уменьшить количество осложнений путем создания алгоритма прогнозирования хирургического вмешательства при реабилитации пациенток с раком молочной железы.

## КОГДА МАСТЭКТОМИЯ НЕИЗБЕЖНА ИЛИ СВОБОДНАЯ ПЕРЕСАДКА СОСКОВО- АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА В СОЧЕТАНИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ

Скурихин С. С., Чагунава О. Л.

*Санкт-Петербургская клиническая больница РАН, Санкт-Петербург*

Рак молочной железы (РМЖ) относится к одной из ключевых проблем в онкологии. В Российской Федерации по данным за 2019 г. первично выявлено 73,9 тысячи пациентов. Несмотря на эволюцию хирургического лечения РМЖ, определенное количество пациенток подвергаются радикальному удалению молочной железы. По данным национального онкологического регистра Швеции мастэктомии составляют около 40% от всех операций, проведенных по поводу этой нозологии. В Соединенных Штатах Америки (США) в 2021 г. отмечена тенденция к превалированию выбора радикального удаления молочной железы в случае выявления рака. Тем не менее многим пациенткам выполняются радикальные мастэктомии с одномоментной реконструкцией. Сохранение сосково-ареолярного комплекса (САК) является одной из ключевых опций в придании необходимого эстетического вида молочной железы. Несмотря на длительную историю применения пересадки



САК, остаются нераскрытыми вопросы онкологической безопасности метода, влияния различных вариантов эндопротезирования на приживаемость трансплантата и воздействия лучевой терапии на перемещенный сосково-ареолярный комплекс.

Цель. Определить влияние различных типов эндопротезов молочных желез, неоадьювантной химиотерапии и лучевой терапии на возможность выполнения свободной пересадки сосково-ареолярного комплекса у пациенток с РМЖ при проведении РМЭ с одномоментной реконструкцией.

Материалы и методы. В период с июня 2021 г. по июль 2023 г. в СПб больнице РАН выполнено 15 свободных пересадок САК у пациенток с РМЖ, подвергшихся проведению радикальной мастэктомии с различными вариантами одномоментной маммопластики. В 86,6% (n-13) получены хорошие результаты с полным приживлением САК, в 13,4% (n-2) развился некроз соска.

Результаты. Всем пациенткам выполнена радикальная мастэктомия (РМЭ) с одномоментной пересадкой САК. Трансплантат ареолы не отделялся от препарата непосредственно до времени выполнения пересадки. Возраст пациенток колебался от 35 до 74 лет (51,1 год). В 86,6% (n-13) пациентки прошли неоадьювантную химиотерапию (НХТ) перед выполнением РМЭ. Большую часть пациенток составила подгруппа с люминальным В РМЖ 46,6% (n-7), люминальным А РМЖ 13,4% (n-2), тройной негативным РМЖ 20% (n-3) и люминальным HER2+ 20% (n-3). При стадировании РМЖ 8 пациенток 53,3% (n-8) отнесены к II А, В стадиям, к III А 2–20% (n-3), в 3 случаях 26,6% (n-4) установлена IIIВ стадия. В качестве эндопротезов в 60% (n-9) использовались имплантаты с полиуретановым покрытием, в 26,6% (n-4) установлены текстурированные имплантаты и в 13,4% (n-2) тканевые экспандеры. Среднее время операции — 118 минут. У 4 пациенток 30,7% (n-4) в период от 4 до 6 недель после операции проведена лучевая терапия. У двух пациенток 13,4% (n-2) через 6 месяцев после проведения первого этапа реконструкции с пересадкой САК, выполнена замена тканевых экспандеров на имплантаты. Максимальный период наблюдения после выполнения пересадки составил 25 месяцев.

Выводы. 86,6% (n-13) получены хорошие результаты с полным приживлением САК, в 13,4% (n-2) развился некроз соска. Системное прогрессирование диагностировано у 1 пациентки с IIIА спустя 2 месяца после проведения оперативного вмешательства. Первичные результаты позволяют предположить, что стадия онкологического заболевания, НХТ и тип имплантата не влияют на приживаемость САК. Пересаженные аутологичные ткани удовлетворительно переносят экспансию для создания необходимого объема с целью проведения 2 этапа реконструкции. Современная лучевая терапия не является ограничением для выполнения свободной пересадки ареолы. К неудовлетворительным моментам свободной пересадки САК можно отнести уплощение соска и гипопигментацию ареолы в ряде случаев.

## ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ БОЕВЫХ ТРАВМ ПЛЕЧА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Староконь П. М., Павлов А. И., Столярж А. Б., Куленков А. И., Пильников А. А., Джабраилов А. Ш., Абдулаев Х. Р., Москаленко В. В., Аветисян Г. А., Ишханян С. Л., Массалимов А. И.

*Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий — Центральный военноклинический госпиталь им. А. А. Вишневецкого Минобороны России, Красногорск*

В условиях ведения современных локальных войн и боевых конфликтов заметна тенденция к изменению характера ранящих снарядов, вследствие чего преобладает минно-взрывная травма и осколочные ранения. Актуальной проблемой является посттравматическое повреждение лучевого нерва на уровне плеча. При переломах плеча частота повреждения лучевого нерва составляет 12–15%. При огнестрельных ранениях частота разрыва нерва гораздо выше, что связано обширным повреждением тканей.

Цель. Восстановление разгибательной функции кисти и пальцев, скорейшее восстановление пострадавших и раннее возвращение в строй.

Материалы и методы. Для восстановления целостности нерва при обширных дефектах нервного ствола выполняется пластика нерва. Для проведения данных операций необходимы благоприятные условия в виде отсутствия дефекта мягких тканей, сохранности или восстановленных магистральных сосудов при их повреждении, фиксация перелома плечевой кости и т.д. Учитывая характер огнестрельной травмы, значительные дефекты мягких тканей и самого нервного ствола, частота удовлетворительных результатов становятся еще ниже. При отсутствии иннервации в течение 6–9 месяцев, в мышце происходит необратимые дегенеративные изменения. Поэтому операции по восстановлению целостности нервного ствола теряют смысл. Сухожильно-мышечная транспозиция при повреждениях лучевого нерва позволяет восстанавливать разгибательные движения примерно на 70–90%. Учитывая вышеизложенное, огнестрельные повреждения лучевого нерва часто сопровождаются обширными дефектами мягких тканей, сложными переломами диафиза плечевой кости, нарушением кровообращения в проекции лучевого нерва, что создает крайне неблагоприятные условия для восстановления нерва после оперативных вмешательств на нервном стволе. Проведен анализ результатов лечения 19 раненых, находившихся в нашем лечебном учреждении с огнестрельными ранениями плеча с обширным дефектом мягких тканей и дефектом нервного ствола лучевого нерва более 3 см. Реконструктивные операции проводились в срок от 21 до 35 суток с момента получения травмы.

Результаты. Пациентам с огнестрельными ранениями плеча с обширным дефектом лучевого нерва выполнена сухожильно-мышечная транспозиция (круглого пронатора, лучевого сгибателя, длинной ладонной мышцы) в проекцию разгибателей кисти и пальцев. Важное значение в определении тактики лечения раннее УЗ-исследование. Пациентам УЗ-исследование проводилось до 7 дней с момента травмы. При исследовании наблюдался полный перерыв лучевого нерва более 3 см. Всем пациентам выполнена сухожильно-мышечная транспозиция. В послеоперационном

периоде гипсовая иммобилизация была рекомендована в течение 4 недели, далее разработка движений в кисти под руководством инструктора по реабилитации, которая занимала в среднем 3–4 недели. В среднем через 2,5–3 месяца все военнослужащие были возвращены в строй.

Выводы. Считаем сухожильно-мышечную транспозицию операцией выбора при наличии показаний (дефект нервного ствола, обширные дефекты и разможнение мягких тканей) в условиях массового поступления раненых с обширными дефектами мягких тканей, когда нет благоприятных условий для заживления ран. Раннее обследование в виде УЗ-исследования определяет тактику лечения. Данная тактика способствует возвращению военнослужащих в строй в ранние сроки. Результаты оперативных вмешательств являются более предсказуемыми.

### АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ DIEAP-ЛОСКУТА В ОТСРОЧЕННОЙ АУТОЛОГИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Старцева О. И., Абазалиева А. Д., Рабаданова З. М., Фролова А. С.

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

Реконструкция молочной железы является одним из самых перспективных направлений в реконструктивной пластической хирургии, а аутологичная реконструкция молочной железы у онкологических пациенток занимает 1 место по распространенности среди различных методов реконструкции. DIEAP-лоскут на данном этапе является наиболее предпочтительным и применимым в качестве отсроченной реконструкции молочной железы. В работе представлен опыт применения DIEAP-лоскут с января 2019 г. по сентябрь 2023 г., произведена оценка качества жизни пациенток после операции с помощью валидизированного реконструктивного опросника BREAST-Q, оценка была произведена до операции и спустя 3 месяца после операции, а также был выполнен анализ послеоперационных осложнений и повторных операций.

Цель. Проанализировать опыт использования DIEAP-лоскута с января 2019 г. по сентябрь 2023 г. в руках одного хирурга с помощью валидизированного реконструктивного опросника BREAST-Q.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное исследование 80 пациенток, прошедших отсроченную реконструкцию молочной железы DIEAP-лоскутом. Средний возраст пациенток составил 38,2 года, ИМТ 31 кг/м<sup>2</sup>, у 49 пациенток подтвержденный диагноз «рак правой молочной железы», у 31 — «рак левой молочной железы», все пациентки проходили комплексное лечение (ДЛТ + ХТ + мастэктомия). В качестве оценки были выбраны некоторые показатели опросника: 1) психологическая удовлетворенность грудью до и после операции, 2) эстетическая удовлетворенность реконструированной грудью, 3) болевые ощущения до и после операции в области груди, 4) сексуальность до и после операции. Все критерии были оценены по эквивалентному опроснику Раша от 0 до 100 баллов.

Результаты. Все пациентки, подвергшиеся оперативному лечению заполнили анкету-опросник BREAST-

Q до операции. Средний балл психологической удовлетворенностью до операции составил 49,3 балла, через 3 месяца после операции 83,3, удовлетворенность реконструированной грудью составила 86,6 баллов, средний балл оценки болевых ощущений до и после операции составил 40,3 и 85,6 соответственно, критерии сексуальности до операции 42,4 балла, средний балл после операции составил 83,1 балл. Были оценены послеоперационные осложнения со стороны донорской зоны передней брюшной стенки: краевой некроз центральной части — 4%, длительные серомы были обнаружены в 10%, со стороны реципиентной зоны — локальные инфекционные осложнения — 12%, венозный стаз — 6,25%. Данные осложнения были устранены консервативно. Мы произвели оценку частоты ревизионных операций — 7,5%. Причиной данных операций послужила артериальная недостаточность в 2% и венозная недостаточность в 6%. В нашем исследовании частота полной потери лоскута составила 4%, краевые некрозы встречались в 6%.

Выводы. Наше исследование подтверждает клиническую значимость DIEAP-лоскута для пациенток с диагнозом рак молочной железы. DIEAP-лоскут находит достаточно большую область применения, кроме того, достоверно улучшает качество жизни пациенток во многих аспектах и является универсальным в аутологичной отсроченной реконструкции молочной железы.

### ЛАБИОПЛАСТИКА У АЗИАТСКИХ ЖЕНЩИН

Субанбекова А. М.

*Институт пластической хирургии и гинекологии, Бишкек*

В настоящее время хирургическая коррекция формы больших и малых половых губ становится актуальной эстетической операцией в странах Центральной Азии. Актуальность этой операции растет вместе с желанием женщин улучшить качество своей жизни. Несмотря на то что азиатская лабиопластика схожа с лабиопластикой других этнических групп, имеются существенные анатомические и хирургические особенности. Многие восточные женщины стремятся иметь аккуратные, светлые большие и малые половые губы, прежде всего, для удобства и комфорта в повседневной жизни.

Материалы и методы. С 2015 г. мною было проведено 380 операций по пластике малых половых губ. Были прооперированы женщины в возрасте от 16 до 47 лет. Каждая операция проводилась с использованием местной анестезии. Осложнений в заживлении наложенных швов или нагноения ран не было.

Результаты. Некоторые особенности гениталий азиатских женщин: 1. Кожа азиатов имеет более тонкий роговой слой. В результате кожа может травмироваться под воздействием различных явлений (например, солнечного света, перепадов температуры, потоотделения, гормонов, физических нагрузок и др.). Все это может привести к изменению pH-баланса интимной зоны. А также из-за частых пиллингов, эпиляций, послеродовых повреждений, или эпизиотомии и перинеотомии. 2. Гиперпигментация. Обычно кожа вырабатывает среднее количество меланоцитов. Но кожа азиатов производит их в два раза больше. Это означает,

что если бы две женщины жили в одинаковых условиях и имели одинаковые проблемы со здоровьем, то у азиатки была бы гиперпигментация. 3. Азиатская кожа толще, плотнее, у нее толстая дерма, которая содержит больше коллагена, значит, связь между клетками более прочная. Поэтому азиатская кожа держится дольше. Это имеет свои плюсы и минусы: с одной стороны, кожа сама по себе долго не стареет, с другой — из-за особенностей толстой дермы в процессе заживления возникает фибропластическая реакция. Это может привести к гипертрофии, рубцеванию или гиперемии. Существуют некоторые причины пигментации и деформации, такие как удлинение, гипертрофия, выпячивание и асимметрия пластики малых половых губ. Они могут быть врожденными или генетическими. Также большую роль могут играть индивидуальные особенности. Выводы. 1. Эстетическая гинекология как наука играет большую роль в улучшении качества жизни женщины. 2. Лабиопластика малых половых губ у азиатских женщин выполняется в соответствии с классическими стандартами, с учетом их анатомических особенностей. 3. Эстетическая коррекция аногенитальной области у азиатских женщин предполагает комплексный подход и различные методические комбинации процедур и манипуляций.

## МАЛОИНВАЗИВНАЯ ОТОПЛАСТИКА — РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ 79 ОПЕРАЦИЙ

Сутурин М. В., Трубицын Р. В.

*Клиника «БИОС», Москва*

Малоинвазивная отопластика, также известная как нерезекционная отопластика, является новой техникой коррекции оттопыренных ушей. Эта методика считается более легкой в выполнении по сравнению с традиционными операциями и обеспечивает естественный косметический результат, а также быстрое восстановление.

Цель. Безопасность и эффективность этой процедуры требуют дополнительного исследования, так как имеется ограниченная информация о результатах и осложнениях.

Материалы и методы. Для устранения этого пробела в рамках данного исследования была проведена ретроспективная оценка результатов и осложнений, связанных с малоинвазивной отопластикой. Включены были данные 47 взрослых пациентов (с общим количеством прооперированных ушей — 79), в возрасте от 18 до 35 лет, которые прошли процедуру в период с января 2017 г. по апрель 2023 г. Длительность наблюдения варьировалась от 3 до 48 месяцев. Результаты. В результате данного исследования были выявлены осложнения, связанные с малоинвазивной отопластикой. Из 47 взрослых пациентов, включенных в исследование, инфекция наблюдалась у 5,7% пациентов, волдыри — у 11,6%, кровотечения — у 1,2%, прорезывание швов — у 3% и экстррузия нитей — у 3,9%. Анализ размеров лица по Уокеру и оценка косметических результатов, таких как аурикуло-цефальный угол, расстояние между завитком и сосцевидом отростком, оценка жалоб пациентов, изучение предоперационных и послеоперационных фотографий показали, что 96,2% пациентов оценили результаты операции как хорошие. Дополнительные коррек-

тирующие малоинвазивные отопластики были проведены у семи пациентов (11 ушей), с достижением в конечном итоге хороших косметических результатов.

Выводы. Полученные данные демонстрируют, что малоинвазивная отопластика демонстрирует хорошие результаты и высокую степень удовлетворенности пациентов. Осложнения, такие как отеки и волдыри, разрешились без осложнений, а случаи инфекции эффективно лечились антибиотиками и регулярными перевязками с использованием антисептиков. Методика малоинвазивной отопластики, использованная в этом исследовании, продемонстрировала хорошую переносимость и эффективность как у пациентов мужского, так и женского пола, обеспечивая благоприятные результаты с минимальными осложнениями. Эта процедура является менее инвазивной альтернативой резекционным методам отопластики и одинаково эффективна с точки зрения долгосрочных результатов.

## ТРАНСПОЗИЦИЯ ТКАНЕЙ БЕЗ ИССЕЧЕНИЯ ИЗБЫТКОВ КОЖИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛИФТИНГА ЛИЦА, ЛБА И БРОВЕЙ ПОД ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ И УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

Сутурин М. В.

*Клиника «БИОС», Москва*

Цель. Растущий спрос на малоинвазивные эстетические процедуры обусловил развитие инновационных методик, позволяющих добиться омолаживающих результатов без излишних травматических хирургических вмешательств. В данном исследовании представлен новый подход к выполнению транспозиции тканей и их фиксации без иссечения избытков кожи в ходе операции малоинвазивного лифтинга лица, лба и бровей под эндоскопическим и ультразвуковым контролем.

Материалы и методы. Проведено перспективное исследование, в котором приняли участие 541 пациент женского пола и 46 пациентов мужского пола в возрасте от 27 до 74 лет, которым в период с января 2017 г. по июль 2023 г. были выполнены операции малоинвазивного лифтинга лица, лба и бровей без иссечения избытков кожи. Транспозиция мягких тканей в области лба, бровей и лица в сторону височной и затылочной областей выполнялась после субдермальной субцизии кожи и без традиционного иссечения ее избытков. После выполнения SMAS-пексии и лифтинга избытки кожи перемещались и надежно фиксировались в височных и фронтальных областях. Сформированные складки кожи разглаживались практически полностью в течение трёх — шести недель. Для фиксации SMAS и перемещенных тканей лица, лба и бровей использовался апоневроз височной мышцы в проекции темпоральных линий, что позволило отказаться от использования винтов, эндотиннов и других подобных устройств. Для достижения точной и малотравматичной транспозиции тканей использовались эндоскопический и ультразвуковой методы визуализации.

Результаты. Данная процедура была выполнена 587 пациентам, при этом серьезных осложнений зарегистри-

ровано не было. Оценка удовлетворенности пациентов проводилась на основе рекомендованных послеоперационных консультаций, проводимых в течение 1–3 дней после операции, через одну — полторы недели, три недели, шесть недель, три месяца, шесть месяцев и один год после выполнения операции. В дальнейшем всем пациентам рекомендовалось пройти онлайн или офлайн консультации для оценки полученных результатов как минимум раз в три года. Оценка результатов основывалась на измерениях пропорций лица, изучении до- и послеоперационных фотографий, а также опрос пациентов для определения степени удовлетворенности эстетическими результатами. Результаты продемонстрировали значительное улучшение внешнего вида лица и лба, включая уменьшение морщин, поднятие провисших тканей и общее омоложение. Большинство пациентов (79%) отметили высокий уровень удовлетворенности процедурой, что свидетельствует об успешном эстетическом результате. Еще 14% пациентов отметили значительное улучшение, что свидетельствует о заметных позитивных изменениях в их внешнем виде. Оставшимся 7% пациентам, не достигшим желаемого результата, потребовалась повторная процедура малоинвазивной коррекции. 85% этих пациентов сообщили об удовлетворенности результатами после повторной процедуры. Это подчеркивает эффективность малоинвазивного лифтинга лица, лба и бровей в достижении удовлетворенности пациентов даже в тех случаях, когда требуется дополнительное вмешательство. Процесс восстановления после малоинвазивного лифтинга лица, лба и бровей проходил значительно быстрее по сравнению с традиционными хирургическими методами. Пациенты испытывали меньшую отечность, синяки и более короткий период восстановления, что способствовало их общей удовлетворенности процедурой. Низкий уровень осложнений, отмеченный в данном исследовании, еще раз подтверждает безопасность и эффективность данного неинвазивного метода. Такие осложнения, как инфекция, длительные отеки, кровотечение, смещение мягких тканей были зарегистрированы с относительно низкой частотой при их успешном консервативном лечении.

**Выводы.** Перемещение мягких тканей лица под эндоскопическим и ультразвуковым контролем без дополнительного иссечения избытков кожи и без использования шурупов, эндотинов и других подобных устройств для их надежной фиксации представляет собой перспективный подход к малоинвазивным операциям омоложения лица. Данная методика позволяет проводить существенную транспозицию тканей, что приводит к естественному и молодому результату без наличия рубцов, характерных для традиционных процедур резекции кожи. Кроме того, меньшая инвазивность и более короткий период восстановления по сравнению с традиционными хирургическими процедурами делают эту методику привлекательной для пациентов, стремящихся к значительному улучшению внешнего вида.

## РАСШИРЕННАЯ ГЕНИОПЛАСТИКА КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ ВО СНЕ У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОГНАТИЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ

Суфиомаров Н. Ш., Чкадуа Т. З., Либин П. В.

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

У пациентов с микрогнатией нижней челюсти имеется предрасположенность к обструкции верхних дыхательных путей, что приводит к ночной гипоксии, и, как следствие, снижению качества жизни.

Цель. Повысить эффективность лечения пациентов с нижнечелюстной микрогнатией, сопровождающейся синдромом обструктивного апноэ во сне, путем разработки и применения метода расширенной гениопластики.

Материал и методы. Обследовано 18 пациентов в возрасте от 18 до 56 лет с синдромом обструктивного апноэ/гипопноэ во сне (МКБ-Х: G47.32) при скелетной аномалии нижней челюсти (МКБ-Х: K07.0) с физиологической окклюзией. Для оценки степени тяжести и анализа эффективности проводимого хирургического лечения применялось МСКТ-исследование и полисомнография в предоперационном периоде и спустя 6 месяцев после оперативного вмешательства. Прооперированы по предлобной методике 16 пациентов в возрасте от 18 до 47 лет. На этапе предоперационного планирования использовался цефалометрический анализ и компьютерное 3D-моделирование на основании данных МСКТ-исследования лицевого скелета. Учитывался передне-задний размер (AP) верхних дыхательных путей в проекции корня языка, соотношение верхней, средней и нижней зон лица в прямой и боковой проекциях, а также данные полисомнографического исследования. В исследование не были включены пациенты с II классом окклюзии по классификации Энгля.

Результаты. Проведенные контрольные исследования спустя 6 месяцев после выполнения предложенного хирургического лечения показали оправданность применения метода расширенной гениопластики для лечения синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна. В ходе операции производилось изменение положения точек прикрепления переднего брюшка двубрюшной мышцы (*m. digastricus*) — двубрюшной ямки, подбородочно-подъязычной (*m. geniohyoideus*) и челюстно-подъязычной мышц (*m. mylohyoideus*) — подбородочной ости. Вследствие этого передне-задний размер ВДП увеличился на  $3 \pm 0,5$  мм. Также выявлена корреляция — изменение передне-заднего размера ВДП и изменение средней степени насыщения крови кислородом ( $p \leq 0,001$  — связь прямая, заметная). Средняя степень насыщения крови кислородом после лечения увеличилась на  $8,7 \pm 0,2\%$ . Оценка дневной сонливости после операции уменьшилась на  $9,4 \pm 0,5$  баллов. Также удалось добиться улучшения пропорций лица. У всех наблюдаемых пациентов были достигнуты стабильные функциональные и эстетические результаты.

**Выводы.** Метод лечения пациентов с нижнечелюстной микрогнатией, сопровождающейся синдромом обструктивного апноэ во сне, при помощи расширенной

гениопластики является эффективным и способствует достижению удовлетворительного функционального и эстетического результата в отдаленном послеоперационном периоде.

## СОВЕРШЕННОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО АВТОМАТИЗИРОВАННОГО ОБЪЕМНОГО СКАНИРОВАНИЯ (ABUS) МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ТОЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СМЕЩЕНИЯ И ПЕРЕВОРОТА ИМПЛАНТАТА, ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Тамаева Ф. А., Омарова Д. Г.

ООО «Маммологический центр L7», Махачкала

Цель. Наглядная демонстрация 3D-режима объемного сканирования в точной диагностике расположения эндопротезов в молочной железе, с возможностью четкой визуализации опознавательных меток на имплантатах по верхней и нижней поверхности.

Материал и методы. За 2021–2023 гг. в «Маммологическом центре L7» обследовано 7000 пациенток, из них после эндопротезирования 840 пациенток. Исследования проведены на станции Invenia ABUS2.0 с 3D-технологией ультразвукового сканирования, которая обеспечивает возможность визуализации верхней и нижней поверхности эндопротеза, с корреляционным со-анализом на УЗ-аппарате экспертного уровня LOGIQ S8, с использованием мультимастотного линейного датчика в В-режиме.

Результаты. Для информации — имплантаты делят по форме на круглые и анатомической формы. У анатомической формы имплантатов имеются метки по передней поверхности, различной формы, для помощи хирургам и диагностам в определении правильности расположения эндопротезов, которые возможно визуализировать на УЗ-аппарате в 2D-режиме. По задней поверхности у всех имплантатов имеется заплатка с цифровым номером серии и иногда с чипом. Эти заплатки в 2D-режиме визуализировать нет возможности, т.к. нет видимости задней стенки эндопротеза. Именно ABUS2.0 с 3D-технологией ультразвукового сканирования позволяет видеть эндопротез полностью, с визуализацией передней и задней стенки и дает возможность определять, где находится заплатка. У 34 пациенток, с жалобами на дискомфорт и изменения формы груди (4%) при ABUS2.0 с 3D-технологией ультразвукового сканирования и при четкой визуализации задней стенки, было обнаружено смещение и полный переворот имплантата, анатомической формы с одной стороны. У 50 (6%) пациенток, с установленными круглыми имплантатами, как диагностическая находка был обнаружен полный переворот имплантата с одной стороны.

Выводы. Станция Invenia ABUS2.0 с 3D-технологией ультразвукового сканирования, обеспечивает возможность визуализации верхней и нижней поверхности эндопротеза в молочной железе, с возможностью четкой визуализации опознавательных меток на имплантатах по верхней и нижней поверхности. Тем самым определять правиль-

ное положение имплантата. В «Маммологическом центре L7», при обследовании пациенток после эндопротезирования, были применены исследования на станции Invenia ABUS2.0 с 3D-технологией ультразвукового сканирования, которая обеспечивает возможность визуализации верхней и нижней поверхности эндопротеза, с корреляционным со-анализом на УЗ-аппарате экспертного уровня LOGIQ S8, с использованием мультимастотного линейного датчика в В-режиме. Было обнаружено смещение и перевороты имплантатов различной формы. Данные случаи с переворотами и смещением анатомической формы имплантатов были верифицированы, проведено реэндопротезирование.

## ФОТОДОКУМЕНТИРОВАНИЕ ЛИЦА И ШЕИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Усов С. А., Бурлова М. Г., Кочнева И. С.

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

Цель. Продемонстрировать опыт клиники «Абриелль» выполнения стандартизированных предоперационных и послеоперационных фотографий. Представить рекомендации по организации рабочего пространства, выбору оборудования и условий съемки, необходимых для стандартизации снимков. Качественно и грамотно выполненные фотографии необходимы любому врачу, занимающемуся эстетической медициной. Это способ фиксации локального статуса и изменений, произошедших после операции, анализ результатов лечения, метод сопоставления различных методик операции, а также юридический документ, являющийся частью медицинской документации.

Материалы и методы. За 8 лет в клинике выполнено 1738 операций на лице, из них 788 — хейлопластик, 145 — ринопластик и 21 — отоластика, возраст пациентов составлял от 18 до 72 лет. На основании ретроспективного анализа фотографий и обзора мировой литературы, нами были выявлены основные факторы, влияющие на создание качественных фотографий.

Результаты и выводы. Правильно выполненные фотографии — это один из важнейших компонентов консультационной работы с пациентами, это бесценная возможность анализа отдаленных результатов лечения и объективного сопоставления результатов различных методик операций, это один из определяющих факторов общения в профессиональной среде и конечно, рекламы. Каждый кабинет нашей клиники оборудован стандартными фонами синего цвета и разметкой на полу, для обозначения позиции пациента, фотографа, расположения осветителей (отдельно для фотографирования лица и тела). Освещение производится с помощью кольцевых ламп, позволяющих регулировать интенсивность света (от 3200 до 5500 кельвинов), что дает возможность подчеркнуть исходные возрастные изменения, имеющуюся асимметрию, особенности анатомии лица. Стандартные ракурсы при выполнении фотографии лица: анфас, полупрофиль

и профиль, профиль в наклоне головы вперед на 45°. Четкая ориентация пациента относительно меток на полу и симметричное освещение двух половин лица не искажает исходные параметры локального статуса и позволяет оценивать результаты под одинаковым ракурсом. На результат полученного изображения влияют выдержка, диафрагма и показатель ISO, которые были тщательно подобраны совместно с профессиональными фотографами. Отдельное внимание стоит обратить на фотодокументацию мимики, которая проводится с целью сохранности или асимметрии, что весьма важно увидеть и запечатлеть до операции. После операции асимметрия мимики станет более заметной и довольно часто пациенты замечают ее только после операции. Соблюдение этих факторов позволяет создавать изображения максимально отражающие возрастные изменения до операции, исходную асимметрию, а также стандартизировать фотографии для оценки результатов. В работе представлены базовые правила, которые позволяют создавать фотографии, передающие действительную картину до операции, во время операции и на протяжении реабилитационного периода. Все клинические фотографии должны быть выполнены с помощью одного и того же оборудования и стандартизированным способом: камера, освещение, увеличение, кадрирование, позиционирование пациента и оператора — все это должно быть одинаковым до и после операции для точной передачи изменений после пластических хирургических вмешательств.

## АЛГОРИТМ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАТА, ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО КОНЧИК НОСА

Фетисов И. С., Грачев Н. С.

*Медицинский институт непрерывного образования МГУПП,  
Госпиталь ветеранов войн № 2, Москва*

В современной ринопластике формирование эстетичного кончика носа является одним из ключевых этапов операции. Помимо работы с нижними латеральными хрящами, очень важно применять различные укрепляющие и влияющие на контур кончика носа трансплантаты. Наибольшее распространение в ринопластике получил колумеллярный страт — это свободный трансплантат, устанавливаемый между медиальными ножками нижних латеральных хрящей и трансплантаты, удлиняющие четырехугольный хрящ различной модификации.

Цель. Разработать алгоритм выбора поддерживающих трансплантатов для формирования кончика носа.

Материалы и методы. Нами проанализированы случайно выбранные 60 пациентов, которым была проведена ринопластика в нашей клинике. Женщин было — 51, мужчин — 9, возраст пациентов от 18 до 45 лет. В большинстве случаев у 50 пациентов было проведена ринопластика подхрящевым доступом, в 10 случаях такой доступ дополнялся пересечением колумеллы. В 24 случаях пластика кончика носа проводилась с использованием свободного трансплантата между медиальными ножками нижних латеральных хрящей (первая группа). У 36 пациентов пластика кончика носа проводилась с использованием транс-

плантата, удлиняющего четырехугольный хрящ различной модификации (вторая группа). Первичная ринопластика была у 46 пациентов, у 14 человек ранее проводились ринопластика. 12 пациентов ранее перенесли вмешательства на перегородке 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. Результаты. В группе пациентов, у которых использовался колумеллярный страт через 12 месяцев после операции, носогубный угол вернулся к изначальному у 4 пациентов, стал меньше, чем планировался, у 1 пациента, симметрия кончика носа была нарушена у 6 пациентов, симметрия колумеллы нарушена у 4 пациентов, симметрия крыльев носа у 6 пациентов, наличие выступов в области каудального отдела четырехугольного хряща у 3 пациентов, наличие выступов в надкончиковой зоне у таких пациентов не выявлено, наличие провалов или углублений в надкончиковой зоне мы наблюдали у 5 пациентов. В группе пациентов, которым были установлены удлиняющие перегородку трансплантаты различной модификации через 12 месяцев после операции, носогубный угол вернулся к изначальному у одного пациента, стал меньше чем планировался у 3 пациентов, симметрия кончика носа была нарушена у 4 пациентов, симметрия колумеллы нарушена у 3 пациентов, симметрия крыльев носа у 4 пациентов, наличие выступов в области каудального отдела четырехугольного хряща у 4 пациентов, наличие выступов в надкончиковой зоне у 2 пациентов, наличие провалов или углублений в надкончиковой зоне у 2 пациента. Отклонения от запланированного результата в первой группе выявлены в 44% случаев, а во второй группе лишь в 13% случаев. Анализ полученных данных показал, что использование трансплантатов удлиняющего четырехугольный хрящ различной модификации по сравнению со колумеллярным стратом позволяет сохранять носогубный угол более стабильным, но не имеет значимых отличий 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 не достаточно надежной фиксацией к четырехугольному хрящу или неправильным выбором материала для трансплантата. Если четырехугольный хрящ поврежден в результате травмы или предыдущей операции, то оптимально использование реберного аутохряща.

Выводы. Таким образом, если во время ринопластики нам необходимо увеличить ротацию кончика носа и носогубный угол, то предпочтительнее использование удлиняющего четырехугольный хрящ трансплантата различной модификации. В том случае если нам не нужно менять ротацию и носогубный угол, возможно использование колумеллярного страта.

## ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ПТЕРИГИУМА

**Филатова И. А., Кондратьева Ю. П., Солдаткина О. В.**  
*Национальный медицинский исследовательский центр  
глазных болезней имени Гельмгольца, Москва*

Птеригиум — это дегенеративное заболевание, которое характеризуется фиброваскулярным ростом конъюнктивы по поверхности роговицы. Выбор метода хирургического лечения необходимо осуществлять с учетом степени птеригиума, его активности и риска прогрессирования. По данным литературы, в 4,8–89% случаев наблюдается рецидив после операции. Важно отметить, что повторные операции чаще сопровождаются послеоперационными осложнениями и характеризуются более длительным восстановительным периодом.

Цель. Поиск мероприятий, которые препятствуют рецидивированию птеригиума.

Материал и методы. Клиническое исследование включало 7 пациентов (7 глаз), 4 мужчины и 3 женщины в возрасте от 30 до 50 лет. Все пациенты поступили с диагнозом рецидивирующий оперированный птеригиум II–III степени, грубые рубцы конъюнктивы, локальное помутнение роговицы. Пациентам проводили стандартное офтальмологическое обследование. При биомикроскопии был выявлен рост конъюнктивы с выраженной васкуляризацией во внутреннем квадранте глаза с распространением на роговицу на 4–5 мм. Все пациенты были прооперированы впервые по м/ж 1–2 года назад, после чего отметили повторный рост конъюнктивы с носовой стороны глазного яблока. Всем пациентам было выполнено хирургическое лечение — удаление птеригиума с пересадкой свободного лоскута и пластикой конъюнктивальной полости. Оперативное лечение у четверых пациентов проведено с использованием фиксации шовными материалами, а у троих — с применением разрешенного к применению в офтальмологии и лицензированным Росздравом медицинского клея Сульфакриллат (Регистрационное удостоверение на медицинское изделие № ФСР 2010/09805 от 31 декабря 2010 г.). Всем пациентам операцию выполняли под местной анестезией. Головку и тело птеригиума полностью отсекавали от роговицы и эписклеры, затем иссекали птеригиум на всем протяжении, удаляя при этом грубые рубцы конъюнктивы. В области ложа образовывался дефект и дефицит конъюнктивы, который измеряли циркулем. В верхнем своде этого же глаза выкраивали лоскут необходимых размеров, предварительно произведя гидропрепаровку тканей. На подготовленное ложе троим пациентам выполняли аппликацию клеевой композиции (Сульфакриллат), укладывали свободный лоскут и равномерно распределяли его по поверхности. Основную площадь лоскута фиксировали клеем, а в области лимба подшивали его узловыми швами к эписклере. А четверым пациентам выкроенный лоскут укладывали на ложе и фиксировали его узловыми швами (Викрил 8.0, Пролон 10.0). В месте взятия лоскута всем пациентам конъюнктиву ушивали непрерывным швом. После операции накладывали тугую бинтовую повязку на 3 дня. Снятие швов выполняли на 14-е сутки после операции.

Результаты и обсуждение. Срок динамического наблюдения до 12 месяцев. В послеоперационном периоде наблю-

дали за состоянием роговицы, пересаженным лоскутом конъюнктивы, оценивали состояние собственной конъюнктивы и наличие обнаженного участка склеры. Пациентам, которым выполняли фиксацию лоскута клеем, выполняли УБМ в сроках 1 и 2 месяца после операции. Ранний послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений. Важно отметить, что отек и гиперемия конъюнктивы наблюдали у всех пациентов вне зависимости от метода фиксации лоскута до 4 недель. Также выявлено, что тактика хирургического лечения не влияла на процессы эпителизации. Лимбальную эпителизацию отмечали на 4–5 сутки, а полную — на 7–8 сутки. Полную резорбцию клеевой пленки наблюдали через 2 месяца. Свободный лоскут конъюнктивы у всех пациентов прилегал правильно, не сокращался. К преимуществам бесшовного, клеевого соединения тканей при хирургическом лечении птеригиума можно отнести отсутствие необходимости наложения швов по всему периметру лоскута, а также барьерную роль клеевой пленки, которая обеспечивает дополнительную профилактику рецидива заболевания.

Выводы. Для повышения уровня оказываемой медицинской помощи пациентам с птеригиумом, к каждому случаю необходим индивидуальный подход. При выборе тактики хирургического лечения следует опираться на степень, активность заболевания и риск его прогрессирования. Все рецидивирующие птеригиумы II–III степени мы рекомендуем удалять с пересадкой свободного лоскута и пластикой конъюнктивальной полости. При фиксации лоскута можно использовать как шовный материал, так и сульфакриллатный клей. Клеевая пленка играет положительную роль в отдаленном периоде, так как создает дополнительный механический барьер для рецидивирования птеригиума.

## НАШ ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ВЕКАХ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ ЛИЦА

**Филатова И. А., Шеметов С. А.**  
*Национальный медицинский исследовательский центр  
глазных болезней им. Гельмгольца, Москва*

Лечением пациентов с врожденными расщелинами лица занимаются хирурги различного профиля: пластические хирурги, челюстно-лицевые хирурги, ЛОР и офтальмохирурги. Операции на веках нередко являются заключительным этапом хирургической реабилитации.

Цель. Анализ эффективности хирургической коррекции век при врожденных расщелинах лица.

Материалы и методы. За период с 2003 по 2022 гг. под наблюдением находились 69 пациентов с врожденными расщелинами лица в возрасте от 6 месяцев до 23 лет. Двухсторонние расщелины были у 22 пациентов, односторонние в 47 случаях, у 11 больных расщелины были несостоявшимися. Сопутствующая патология вспомогательного аппарата глаза включала: колобомы век (верхних или нижних, одно и двухсторонние), врожденный микрофтальм, врожденный анофтальм, смещение и деформация внутреннего угла, атрезия или заращение слезных путей, свищи слезных путей. У 30% пациентов отмечали комбинацию данных изменений, например врожденный

микрофтальм и колобомы век. Всем пациентам было выполнено реконструктивно-восстановительное лечение в отделе пластической хирургии и глазного протезирования ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца». Условием выполнения хирургических вмешательств на веках было предварительное устранение расщелины лица. В 19 случаях на первом этапе хирургическое лечение не выполняли из-за раннего возраста пациентов и отсутствия предварительного закрытия дефектов средней зоны лица. У данных пациентов проводили ступенчатое лечебное протезирование протезами возрастающей величины для подготовки к последующему хирургическому лечению. Хирургическое лечение включало от одного до 3–4 этапов. Основные операции, которые выполняли пациентам с оперированными расщелинами лица: устранение колобомы век местными тканями или с пересадкой свободных аутоотрансплантатов кожи и слизистой губы, при необходимости одновременно пересаживали лоскуты кожи и слизистой, репозиция внутреннего угла. При сохранной проходимости слезных путей их максимально щадили во время операции и проводили интубационную трубочку (стент) для профилактики их зарращения. При устранении колобомы век, с пересадкой лоскутов или без, обязательным этапом было наложение тракционных швов и тугих бинтовых повязок. Кожные швы снимали на 7–9 день, тракционные оставляли до трех недель. Наблюдение за пациентами осуществляли в сроки от 1 года до 15 лет ( $m=4,9\pm 1,7$  лет).

Результаты и обсуждение. Во всех случаях результаты хирургического лечения были положительными, у 9 пациентов со временем отмечали гипозффект из-за дефектов в послеоперационном уходе. Следует отметить, что при повторных вмешательствах между операциями выдерживали период от 1 года и более. Считаем необходимым обратить внимание на осложненные ситуации у пациентов данной группы. Все осложнения были вызваны неадекватными хирургическими вмешательствами. В трех случаях у пациентов с врожденным микрофтальмом (зачаток глазного яблока) в раннем возрасте 3–6 месяцев рудимент глаза был удален. Данное вмешательство не показано в любом возрасте, а в период роста костей и формирования лицевого скелета — противопоказано, тем более, данное вмешательство значительно снижает возможность формирования полости лечебными протезами из-за наличия рубцов. Другая группа осложнений была вызвана пересадкой свободных лоскутов кожи, но без дополнительного использования лоскутов слизистой губы. Это привело к развитию заворота век, а в двух случаях кожный лоскут был погружен в конъюнктивальную полость, что вызывало хроническое воспаление глазного яблока. В четырех случаях хирурги использовали для закрытия дефектов кожи свободные кожные лоскуты с бедра, что также способствовало резкому их сокращению и отсутствию эффекта как функционального, так и косметического. Для пациентов с расщелинами лица считаем оптимальным следующий алгоритм реконструктивных вмешательств: на первых этапах максимальное закрытие дефектов средней зоны лица, а реконструкция век выполняется на заключительном этапе с использованием адекватных аутоотрансплантатов.

Выводы. Хирургическое лечение пациентов врожденными расщелинами лица является комплексной работой хирургов

различного профиля и соблюдение адекватной последовательности и сроков оперативных вмешательств является залогом эффективной реабилитации данных пациентов.

## КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И ВИБРАЦИОННОЙ ЛИПОСАКЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛИПОАБДОМИНОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Хайдаров Т. Т.

*Клиника Ай Кью Пластик Тимура Хайдарова, Москва*

Липоаспирация передней брюшной стенки при абдоминопластике является, в основном, вспомогательной манипуляцией для получения лучшего эстетического результата, однако, на фоне растущего количества женщин с избыточной массой тела и так называемой «эпидемии ожирения», ее применение становится расширенным. Но при этом сохраняются принципы безопасности пациентов и снижение частоты осложнений.

Материалы и методы. Прооперированы 12 женщин с выраженными изменениями передней брюшной стенки после родов, проявляющиеся в виде избыточности и дряблости кожи и ее провисания, диастаза прямых мышц живота и избыточной массой тела (ожирение II степени). Выполнили комбинацию липоабдоминопластики с одновременной ультразвуковой обработкой большого объема жировых отложений и последующим удалением вибрационной высокочастотной липосакцией (PAL) в области передней брюшной стенки, боковых отделов, поясничных, подлопаточных областей, верхних и нижних конечностей. Применение такого сочетания позволяет максимально сохранить сосуды и стромальный компонент подкожно-жирового слоя, тем самым при минимальном кровотоке сохранить хорошее кровоснабжение передней брюшной стенки. Также применяли методику сохранения фасции Скарпа, ушивание диастаза прямых мышц живота. При этом придерживались сохранения принципов хирургической безопасности пациентов: длительность операции не более 6 часов, адекватное обезболивание, отсутствие лидокаина в растворе для инфильтрации, профилактика тромбоэмболии. В послеоперационном периоде — ранняя активация пациентов, инфузионная заместительная терапия.

Результаты. У пациентов удалено от 6 до 8 литров липоаспирата с указанных областей, масса удаленного кожно-жирового лоскута составил в среднем 1800 г, сроки госпитализации составили в среднем 3,7 койко-дня, в одном случае (8,3%) отметили появление ранней серомы объемом 40 мл, лечение пункционным методом, других осложнений в раннем послеоперационном периоде отмечено не было. Удовлетворенность полученного эстетического вида после операции составила 92%, снижение индекса массы тела (ИМТ) наблюдали у всех пациентов в течение 6 месяцев после операции и составило в среднем на 21,3%. В двух случаях (16,7%) потребовались корректирующие операции — коррекция в области латерального угла послеоперационного рубца (иссечение) и коррекция липосакции передней брюшной стенки.



Выводы. Идеальным кандидатом на классическую абдоминопластику с липосакцией или без нее является послеродовая женщина без значительных сопутствующих заболеваний, нормальным индексом массы тела и диастазом прямой мышцы живота и/или дряблостью кожи. Однако большое количество женщин, стремящихся улучшить эстетический вид, страдают ожирением, при этом не обладают временем для длительного соблюдения диеты и отказываются от бариатрических операций из-за страха таких вмешательств. Предложенный метод липоабдоминопластики с удалением большого объема жировых отложений в области тела и конечностей комбинацией ультразвуковой обработки с последующей РAL-липосакцией позволяет при соблюдении принципов хирургической безопасности получить хороший эстетический результат всего тела за одну операцию, что позволяет повысить удовлетворенность пациента и улучшить качество его жизни.

## ПРИМЕНЕНИЕ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ НА ОСНОВЕ ТРЕКОВЫХ МЕМБРАН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ КОЖИ

Хоанг Х. Т., Парамонов Б. А., Чмырёв И. В., Козяев В. А.

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

По данным ВОЗ, ежегодно примерно 11 млн человек обращаются за медицинской помощью по поводу ожогов кожи, из них летальным исходом заканчиваются около 180 тыс. случаев. В РФ ожоги занимают 6-е место (2,0%) в общей структуре травматизма (С. П. Миронов и соавт., 2019), что составляет более 300 тыс. пострадавших в год. В последнее время при лечении ожогов стали широко применять различные виды раневых покрытий. Несмотря на их огромное разнообразие, изучение и разработка новых классов раневых покрытий продолжаются. Движущей силой этого процесса является стремление к созданию продукта, соответствующего всем 17 пунктам требований к «идеальному раневому покрытию», опубликованных в международных рекомендациях по лечению ожогов. Среди перспективных направлений исследований в данной области можно выделить разработку раневого покрытия на основе трековых мембран, которое может удовлетворить 14 из 17 вышеупомянутых требований.

**Цель.** Обоснование применения трековых мембран различного типа при лечении ожогов кожи.

**Задачи.** Определить оптимальные варианты трековых мембран для использования в лечении ожогов кожи; изучить параметры водного баланса ожоговой раны в процессе лечения традиционными методами и с применением трековых мембран.

**Материалы и методы.** Проведено исследование эффективности раневого покрытия на основе трековых мембран с порами диаметром 0,6 и 4 мкм (далее — ТМ 0,6 мкм и 4 мкм, соответственно) при лечении ожогов кожи IIIA ст., донорских ран и ран после некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой. Оценка проводилась по субъективным и объективным критериям. Субъективные критерии: сроки полного заживления ран и ожогов (сут.), выражен-

ность болевого синдрома во время смены повязок (по визуально-аналоговой шкале в баллах от 1 до 10), простота и удобство его применения, травматичность перевязки. Измерение трансэпидермальных влагопотерь с поверхности ран через раневое покрытие ( $г/(ч*м^2)$ ) осуществлялось посредством датчика Tewameter® TM 300, модульной системы MPA 2, приложения СК MPA Multi Probe Adapter (Courage+Khazaka electronic GmbH, Германия). Контрольная группа: марлевые повязки с мазями на водорастворимой основе типа левомеколь.

**Результаты и обсуждение.** Исследование находится на начальном этапе, несмотря на малый объем выборки, недостаточной для оценки статистической значимости различий между группами, уже прослеживается тенденция в улучшении заживления ран при использовании раневых покрытий на основе ТМ. Средний срок заживления ожогов IIIA ст. с применением ТМ 0,6 мкм составил  $13,8 \pm 0,7$  сут. ( $n=8$ ), ТМ 4 мкм —  $14,3 \pm 0,8$  сут. ( $n=3$ ), в контрольной группе —  $22,7 \pm 1,2$  сут. ( $n=4$ ) ( $p=0,15$  и  $0,43$ , соответственно). Средний срок заживления послеоперационных ран при применении ТМ 0,6 мкм —  $8,7 \pm 1,2$  сут. ( $n=3$ ), ТМ 4 мкм —  $9,3 \pm 1,1$  сут. ( $n=6$ ), в контрольной группе —  $10 \pm 0,7$  сут. ( $n=4$ ) ( $p=0,47$  и  $0,86$ , соответственно). Срок заживления донорских ран в группе ТМ 0,6 мкм —  $12 \pm 0,4$  сут. ( $n=11$ ), ТМ 4 мкм —  $12,8 \pm 0,5$  сут. ( $n=17$ ), в контрольной группе —  $15 \pm 1$  сут. ( $n=4$ ) ( $p=0,015$  и  $0,17$  соответственно). По субъективным критериям, при использовании ТК отмечено снижение болезненности перевязок (средний балл по ВАШ 3,1. В контрольной группе — 4,1,  $n=11$ ,  $p=0,29$ ). ТМ отличались атравматичностью, простотой и высокой степенью готовности к применению, однако требовали дополнительной фиксации путём наложения марлевого бинта. Раневое покрытие прозрачно и в случае отсутствия признаков развития раневой инфекции под ним, первичная повязка являлась окончательной и находилась на поверхности раны до завершения эпителизации. Показатели трансэпидермальных влагопотерь при ожогах IIIA ст. сразу после наложения ТМ 4 мкм и в контрольной группе составили  $40,5 \pm 6,75$  ( $n=2$ ) и  $48,3 \pm 11,2$   $г/(ч*м^2)$  ( $n=3$ ). На 7-е сут.:  $11,8$  и  $57,7$   $г/(ч*м^2)$  соответственно. При наложении на послеоперационные раны ТМ 0,6 мкм:  $32,1 \pm 1,2$   $г/(ч*м^2)$  ( $n=2$ ), в контрольной группе —  $46,1 \pm 1,3$   $г/(ч*м^2)$  ( $n=6$ ); на 7-е сут. —  $22,9 \pm 6,0$  и  $40,7 \pm 2,9$   $г/(ч*м^2)$  соответственно. После лечения донорских ран ТМ 0,6 мкм:  $37,3 \pm 3,0$   $г/(ч*м^2)$  ( $n=6$ ), ТМ 4 мкм —  $39,9 \pm 1,3$   $г/(ч*м^2)$  ( $n=5$ ), в контрольной группе —  $35,8 \pm 5,1$   $г/(ч*м^2)$  ( $n=3$ ); на 7-е сут.  $23,0 \pm 3,5$ ,  $25,2 \pm 3,1$  и  $28,9 \pm 7,0$   $г/(ч*м^2)$  соответственно. Выводы. Полученные результаты позволяют сделать предварительный вывод о том, что раневые покрытия на основе ТК 0,6 и 4 мкм по многим субъективным критериям превосходят методы лечения ожогов марлевыми повязками с мазями на водорастворимой основе и на данном этапе являются перспективными для продолжения исследования.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОНТУРОВ ТЕЛА В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Храмцова Н. И., Плаксин С. А.

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

Цель и задачи. На основании анализа медико-социальных аспектов, оптимизировать методологию прогнозирования результатов при коррекции контуров тела в пластической хирургии.

Материалы и методы. Проанализировано 337 амбулаторных карт пациентов, обратившихся для коррекции контуров тела. Выполнено анкетирование 253 пациентов для выявления негативного образа тела и скрининга дисморфофобии с помощью авторских версий опросников BIQLI, ASI-R, DCQ, BDDQ-DV и P. Montemurro et al. (2015). Биоимпедансное исследование состава тела произведено у 26 пациентов в динамике после липосакции с помощью напольного двухэлектродного анализатора состава тела. Морфометрия адипоцитов выполнена в 50 образцах жировой ткани, взятых с различных анатомических зон — изучены диаметры жизнеспособных адипоцитов в нативных мазках жировой ткани. Анализ жизнеспособности клеток в липоаспирате произведен в 57 образцах липоаспирата. Результаты. Рекомендуется скрининговое анкетирование пациентов для своевременного выявления нарушений самовосприятия (с помощью опросника BIQLI) и скрининга дисморфофобии (с помощью опросников BDDQ-DV и DCQ), в случае выявления их признаков необходима консультация психолога или психотерапевта. Основными источниками информации о пластических и эстетических процедурах служат интернет и социальные сети, в основном имеющие рекламный характер, поэтому указанные источники могут нести недостоверную информацию. Учитывая недостаточно высокое качество информации, представленной в интернете и отсутствие персонификации, указанный способ информирования не заменяет консультации врача. Ведение социальных сетей клиники рекомендуется проводить с привлечением маркетологов, с учетом типичного социально-психологического портрета пациента: женщина трудоспособного возраста с высшим или средним специальным образованием, с нормальной или повышенной массой тела, с положительным образом тела, высоким уровнем восприятия собственной внешности и самооценки, а также ассоциированного с ними качества жизни, стремящаяся сделать свою внешность еще лучше. Перед проведением хирургических вмешательств рекомендуется определение содержания жировой и мышечной тканей с помощью биоимпедансного анализатора, при выявлении признаков саркопении и пониженного содержания жировой ткани необходимо проведение дообследование пациента. Целевыми показателями при коррекции контуров тела рекомендуется считать тип телосложения и метаболический возраст. Диаметры адипоцитов широко варьируют, различие их у одного человека более чем в 2 раза может свидетельствовать о наличии липодистрофии, а при размере адипоцитов менее 60 мкм прогнозируется возникновение диспропорций фигуры после липосакции в случае набора веса пациентом.

Выводы. Таким образом, применение методик психологического скрининга и анализа состава тела у пациентов перед проведением хирургической коррекции контуров тела позволяет минимизировать у пациентов риск возникновения неудовлетворенности послеоперационными результатами. Анализ состава тела может использоваться как объективный показатель при прогнозировании и оценке результатов хирургической коррекции. Морфометрия адипоцитов позволяет устанавливать диагноз липодистрофии и прогнозировать возникновение диспропорций фигуры после липосакции.

## РЕКОНСТРУКЦИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Чойнзонов Е. Л., Азовская Д. Ю., Федорова И. К.,  
Шишкин Д. А.

*Научно-исследовательский институт онкологии Томского  
Национального исследовательского медицинского центра,  
Томск*

В лечении больных местно-распространенными стадиями рака полости носа и придаточных пазух хирургическому этапу лечения отводится доминирующая роль, что часто приводит к образованию обширных дефектов, без адекватного устранения которых у пациента резко снижается как качество жизни, так и возможность проведения адьювантного лечения. Ввиду чего реконструктивный компонент хирургического лечения у онкологических больных является важным звеном комбинированного лечения и требует разработки новых методических подходов.

Цель. Изучить роль и эффективность реконструктивно-пластического этапа в лечении больных злокачественными опухолями полости носа и придаточных пазух носа. Материал и методы. В исследование включено 52 больных со злокачественными опухолями полости носа и придаточных пазух носа, которым вместе с хирургическим лечением был выполнен реконструктивный этап (одномоментно или отсрочено) за период с 2012 по 2022 г. на базе отделения опухолей головы и шеи НИИ онкологии Томского НИМЦ. Большинство больных имели стадии T3 и T4 местной распространенности опухолевого процесса — 46% и 30% соответственно. Согласно классификации J. Brown (2010) большинство вертикальных дефектов верхней челюсти относилось к III классу — 20 (38%) случаев. Горизонтальные дефекты верхней челюсти (твердого неба и альвеолярного отростка) более 1/2 размера твердого неба (тип c) отмечались у 9 (17%) больных. Отсутствие горизонтального дефекта верхней челюсти (твердого неба) было отмечено в 8 (15%) случаях. Сквозной дефект отмечался в 34 (65%) случаях, а в 9 (17%) случаях сквозной дефект верхней челюсти сочетался с дефектом основания черепа. В большинстве случаев хирургическое лечение с реконструкцией верхней челюсти и стенок носа выполнялось большим с рецидивным опухолевым процессом и в случаях отсроченной реконструкции (после ранее проведенного специального лечения) — 25 (48%) и 17 (32%) случая соответственно. Для устранения дефектов верхней челюсти в качестве реконструктивного материала у всех больных (100%) использовались свободные ревааскуляризированные лоскуты. Ауто-трансплантаты с костным компонентом использовались

у 25 (48%) больных, только мягкотканые лоскуты — у 27 (52%) больных. Среди используемых лоскутов можно выделить: кожно-костный малоберцовый лоскут — 17 (32%); кожно-костный лопаточный лоскут — 8 (15%); лучевой лоскут — 13 (25%); переднебоковой лоскут бедра — 12 (23%); лоскут из большого сальника и торакодорзальный лоскут — по 1 (2%) случаю. В 11 (21%) случаях, вместе с аутоотраплантатом, использовались индивидуальные реконструктивные имплантаты для восстановления стенок глазницы и костей носа. Всем больным проводилось исследование выдыхаемого воздуха с помощью мультисенсорный газоаналитический комплекс с целью определения маркеров злокачественного новообразования.

Результаты. Различного рода осложнения были отмечены у 14 (27%) пациентов. Полный и краевой некроз лоскута зафиксирован по 3 (6%) случая. Тромбоз в области сосудистых анастомозов развился у 4 (8%) больных (в 2 случаях, за счет перестроения сосудистых анастомозов удалось восстановить кровоток в лоскуте без его потери). Частота развития осложнений была сопоставлена с классификацией дефектов по J. Brown (2010). При II классе дефектов верхней челюсти осложнения составили 33%. При III классе дефектов верхней челюсти послеоперационные осложнения составили 37%. При устранении IV класса дефектов верхней челюсти осложнения составили 57%. У больных с наличием сквозного дефекта в сочетании с дефектом основания черепа более низкие показатели достигнутой функциональной и косметической реабилитации (до 57,1%), чем у пациентов с дефектами других категорий сложности, у которых частота достигнутой реабилитации составила 85,7% и 85,2%. Прогрессирование опухолевого процесса отмечено у 10 (19%) больных. Показатели трехлетней общей, безрецидивной и метастатической выживаемости составили 78,3%, 52,9% и 63,6% соответственно. Выводы. Реконструктивно-пластические операции у больных опухолями полости носа и придаточных пазух в основном требуют использования свободных ревааскуляризованных лоскутов и позволяют достигать хороших функциональных и косметических результатов, а также способствуют завершению специального противоопухолевого лечения. «Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-15-00177, <https://rscf.ru/project/23-15-00177/>».

## ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИДРОКСИЭТИЛДИМЕТИЛДИ- ГИДРОПИРИМИДИНА

Шабает Р. М., Старокоп П. М., Колядина И. В.,  
Богданов С. Н., Самойленко В. М., Ходырев С. А.  
*Филиал Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова,  
Российская медицинская академия непрерывного  
профессионального образования на базе ФГБУ «НМИЦ  
онкологии им. Н. Н. Блохина», Москва*

Наиболее частым осложнением в реконструктивно-восстановительной хирургии молочных желез (МЖ) с применением силиконовых имплантов после радикального ле-

чения новообразований молочной железы (МЖ) является длительно сохраняющаяся лимфорея, несущая угрозу развития послеоперационных осложнений. Совершенствование хирургической техники реконструктивно-восстановительных операций (РВО) на МЖ не позволяет исключить травмирование тканей и оставление в сформированных полостях инородных материалов, являющихся одними из основных факторов формирования серомы. Оптимизация фармакотерапии сопровождения в раннем послеоперационном периоде позволяет уменьшить проявления лимфогеи и серомообразования, улучшить показатели качества жизни (КЖ) женщин. Описанные фармакологические эффекты гидроксизилдиметилдигидропиримидина обусловили большой интерес к его применению в хирургии молочных желез.

Цель и задачи. Оценить эффективность применения гидроксизилдиметилдигидропиримидина в раннем послеоперационном периоде у пациенток, перенесших РВО на МЖ.

Материалы и методы. В 2020–2023 гг. проведен анализ результатов лечения 108 пациенток, перенесших лечение по поводу рака молочной железы. В I группу включены n=53 женщины, которым назначался гидроксизилдиметилдигидропиримидин в предоперационном периоде за сутки до оперативного лечения и в послеоперационном периоде с 1 до 8 суток включительно после выполненной РВО на МЖ с использованием импланта в дозировке по 0,5 грамм 4 раза в сутки. Во II группу n=55 женщинам гидроксизилдиметилдигидропиримидин не назначался. Всем пациенткам резекционный этап выполнялся в объеме кожносохранной радикальной мастэктомии с сохранением сосково-ареолярного комплекса. Симметризирующие операции на контрлатеральной МЖ проводились практически всем пациенткам. Аугментационная маммопластика в сочетании с редукционной мастопексией выполнена 29 пациенткам I группы и 18 пациенткам II группы. Коррекция птоза МЖ 2–3 степени новым способом мастопексии glandулярным лоскутом выполнена 35 пациенткам I группы и 16 пациенткам II группы. Из лабораторных показателей крови за 1 сутки до операции, а также в 3, 7 и 10 сутки после операции оценивался уровень лейкоцитов, лимфоцитов, фибриногена, СРБ, ИЛ-6. Выбор этих показателей крови обусловлен информативностью в плане оценки выраженности воспалительной реакции организма в ответ на хирургическую агрессию. Так же были проанализированы показатели КЖ пациенток (с применением опросника MOS SF-36), которые позволили объективизировать степень влияния приема гидроксизилдиметилдигидропиримидина в хирургии МЖ. Оценка показателей КЖ женщин до и после операции, также позволяет оценить степень влияния приема гидроксизилдиметилдигидропиримидина на причинно-следственную связь между развившимся осложнением и удовлетворенностью результатами РВО. Результаты. При оценке показателей СРБ и ИЛ-6 после операции, выявлена менее выраженная воспалительная реакция у пациенток I группы на фоне приема гидроксизилдиметилдигидропиримидина. При анализе уровня фибриногена, отмечен менее значимый рост его показателей в I группе, чем во II группе на 3–5 день после операции. Прием гидроксизилдиметилдигидропиримидина позволил сократить сроки удаления улавливающего дренажа, с 5, 6 дней — II группа, до 2, 4 дней — I группа. У 18

пациенток II группы потребовалось пункционное ведение парапротезного лимфоцеле в течение 14–20 дней после операции. У женщин I группы формирование парапротезного лимфоцеле, требовавшее его пункционного ведения, не выявлено. При оценке показателей КЖ до операции у пациенток обеих групп не выявлено значимой разницы. Прием гидроксипропилдиметилдигидропиримидина позволил сохранить высокие показатели КЖ у пациенток I группы. Напротив, развившиеся осложнения, в частности парапротезная серома в 18 случаях, у пациенток II группы снизили показатели физического компонента здоровья, что объясняется необходимостью проведения мероприятий по их ликвидации. Более высокие показатели психологического компонента здоровья у пациенток II группы после операции обусловлены достигнутыми конечными результатами реконструктивно-восстановительного лечения.

Выводы. Применение гидроксипропилдиметилдигидропиримидина в фармакотерапии сопровождения в раннем послеоперационном периоде, позволяет уменьшить сроки удаления улавливающих дренажей, минимизировать формирование парапротезной серомы, а также развитие других, более серьезных осложнений (экструзия импланта, капсулярная контрактура, инфицирование).

### РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ КОРПОРОПЛАСТИКЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОМ ПЕРИКАРДА ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

Шамсов Б. И., Павлов В. Н., Казихинов Р. А., Казихинов А. А., Хасанов А. И., Казихинов Р. Р.

*Башкирский государственный медицинский университет, кафедра урологии с курсом ИДПО, Уфа*

К хирургическому лечению болезни Пейрони прибегают при копулятивной дисфункции. Укорачивающие (пликационные) методы коррекции имеют ряд недостатков и в первую очередь — потеря длины полового члена. Удлиняющие методики даже, невзирая на большую трудоемкость и риски, являются выбором как хирурга, так и пациента. Основными аспектами, определяющими выбор трансплантата, являются эластичность, растяжимость, прочность, гипоаллергенность. Результаты многочисленных исследований не показали очевидных преимуществ тех, или иных трансплантатов, поэтому поиск «идеального» графта продолжается. Учитывая высокий риск развития эректильных нарушений при корпоропластике с применением трансплантатов, достигающий 60%, требуется поиск новых технологий, позволяющих уменьшить эти риски. В последние годы внедрение клеточных технологий показывает свою эффективность и обнадеживающие результаты в различных отраслях медицины. Одним из перспективных методов является использование мультипатентных мезенхимальных стволовых клеток стромально-васкулярной фракции (СВФ) аутологичной жировой ткани. Механизм действия обусловлен наличием в СВФ перидитов и эндотелиоцитов, способствующих неоангиогенезу, что может снизить риск развития эректильной дисфункции.

Материалы и методы. Нами, в качестве трансплантата для корпоропластики, применяется аллотрансплантат пери-

карда (Alloplant®). Производится данный материал ВЦГи-ПХ ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ и разрешен к клиническому использованию. Предварительно проведена оценка физических свойств трансплантата (прочность, растяжимость) на разрывной машине. Растяжимость была приблизительно равной, как в продольном, так и поперечном направлении. Мы наблюдали удлинение сантиметровой участка без потери прочности до 2 см, предел прочности составил 2,6 кгс/см<sup>2</sup>. С января 2018 по декабрь 2022 г. инцизия и графтинг аллотрансплантатом перикарда выполнен 28 пациентам с болезнью Пейрони, без эректильных нарушений. Семерым пациентам дополнительно кавернозная ткань и белочная оболочка кавернозных тел обкалывалась СВФ, а на трансплантат СВФ наносилась аппликационно. Средний возраст пациентов составил 53±12,3 лет. Пациенты обследованы по Клиническим рекомендациям: анкетирование по шкале МИЭФ-5, PDQ, фармакодоплерография полового члена с фотофиксацией полового члена в 3 положениях, измерение девиации с помощью экранного транспортира (Protractor 3.1.2, ben. burlingham 2017). Средний угол девиации полового члена составил 87,5° (55–120°). Повторное обследование проводилось через 3, 6 и 12 месяцев после операции.

Результаты. Удовлетворительные косметические результаты (наличие остаточной девиации не более 10 градусов) достигнуты в 93%. В группе только корпоропластики (21 пациент) наблюдалось развитие эректильной дисфункции De novo различной степени у 6 пациентов (28,6%). У двух пациентов наблюдалось развитие стойкой эректильной дисфункции с нарушением вено-окклюзионного механизма, без эффекта от консервативных методов, что потребовало имплантации фаллопротеза. В группе корпоропластики перикардом с применением СВФ (7 пациентов), лишь у одного пациента наблюдалось развитие эректильной дисфункции De novo легкой степени с эффектом консервативной терапии.

Выводы. Применение аллотрансплантата перикарда (Alloplant®) при корпоропластике является безопасным, эффективным и доступным методом хирургического лечения пациентов с болезнью Пейрони. Применение СВФ способствуют более ранней и полной пенильной реабилитации пациентов после корпоропластики, уменьшая риск развития эректильной дисфункции De novo.

### РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ АУГМЕНТАЦИОННОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ

Шамсов Б. И., Павлов В. Н., Казихинов Р. А., Казихинов А. А., Хасанов А. И., Казихинов Р. Р.

*Башкирский государственный медицинский университет, кафедра урологии с курсом ИДПО, Уфа*

В последние годы внедрение клеточных технологий показывает свою эффективность и обнадеживающие результаты в различных отраслях медицины. Одним из перспективных методов является использование мультипатентных мезенхимальных стволовых клеток стромально-васкулярной фракции (СВФ) аутологичной жировой ткани. Ме-

ханизм действия обусловлен наличием в СВФ перicyтов и эндотелиоцитов, способствующих неоангиогенезу.

Цель. Провести сравнительный анализ клинической эффективности аугментационных уретропластик с применением оральной слизистой по стандартным методикам и с введением стромально-васкулярной фракции (СВФ), полученной из аутологичной жировой ткани.

Материалы и методы. С января 2017 по декабрь 2022 г. выполнено 115 аугментационных уретропластик с применением слизистой ротовой полости, из них 49 пациентам выполнена с применением стромально-васкулярной фракции (СВФ), полученной из аутологичной жировой ткани. Пациенты обследованы по Клиническим рекомендациям. Показатели возраста, этиологии, локализации, коморбидности и протяженности стриктуры в обеих группах были сопоставимы. Средний возраст пациентов составил  $50 \pm 17$  лет. Средняя протяженность стриктуры составила  $5,5 \pm 2,5$  см. СВФ вводилась под ткани реципиентной зоны (чаще под белочную оболочку кавернозных тел), зону анастомозов и в небольшом количестве под фиксированный оральный графт. Диагностическими критериями рецидивов являлись: показатель урофлоуметрии —  $Q_{max}$  менее 12 мл/сек, рентгенологическое уменьшение просвета уретры  $\leq 16$  Ch, необходимость дилатации или повторного хирургического вмешательства.

Результаты. Частота рецидивов в течение 12 месяцев в группе аугментационных уретропластик с применением СВФ составила 6,1% (3 пациента) и 15,1% (10 пациентов) при стандартных методиках при сопоставимых сроках наблюдения.

Вывод. Применение стромально-васкулярной фракции (СВФ), полученной из аутологичной жировой ткани позволяет улучшить ранние и отдаленные результаты аугментационных методов уретропластики.

## ВЫБОР КОСТНОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ РАСЩЕЛИНЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

**Шаповалов П. И.**

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

Костная пластика расщелины альвеолярного отростка является одним из важных этапов в лечении детей с расщелиной, и выбор костнопластического материала имеет большую актуальность в обществе.

Цель. Проанализировать остеогенный эффект аллотрансплантата (BIO-GENE) и аутотрансплантата из гребня подвздошной кости после костной пластики расщелины альвеолярного отростка.

Материалы и методы. Проводилось дооперационное и послеоперационное обследование 129 пациентов с врожденной односторонней расщелиной альвеолярного отростка в период с января 2016 по май 2021 г. Пациенты были разделены на 3 группы. Группа А представлена пациентами у которых применялся аутотрансплантат из гребня подвздошной кости (43 пациента). Группа В включала пациентов, которым применялся аллотрансплантационный мате-

риал BIO-GENE (43 пациент). Группа С пациенты, которым использовался человеческий морфогенетический протеин 2 (ЧМП-2) в комбинации с аллотансплантатом BIO-GENE (43 пациентов).

Результаты. Исследуемые пациенты подразделялись на вышеуказанные группы в зависимости от различных трансплантационных материалов, используемых у них ранее для операции по поводу расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти. В дооперационном и послеоперационном периоде всем пациентам из трёх групп проводили КЛКТ-исследование верхней челюсти, а полученные результаты импортировались в программное обеспечение MIMICS21.0 в формате DICOM. Объем дооперационного дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти и объём сформированной костной ткани рассчитывался с помощью трехмерной реконструкции для измерения скорости остеогенеза. Было установлено, что различия в скорости остеогенеза не были статистически значимыми в группе пациентов В по сравнению с группой пациентов А и в группе пациентов С по сравнению с группой пациентов В ( $p > 0,05$  для обеих групп). Различия в скорости остеогенеза были статистически значимыми в группе пациентов С по сравнению с группой пациентов А ( $P = 0,003$ ). Проведённое исследование доказывало превосходство остеогенных процессов с использованием аллотрансплантационного материала костной ткани BIO-GENE и его эффективность для применения при костной пластике расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти.

Выводы. Таким образом, сравнительные исследования показали, что аллотрансплантат BIO-GENE стал идеальным искусственным материалом для восстановления альвеолярного отростка. Между тем, добавление ЧМП-2 в BIO-GENE значительно увеличил остеогенную скорость.

## АЗИАТСКАЯ БЛЕФАРОПЛАСТИКА В СОЗДАНИИ СКЛАДКИ ВЕРХНИХ ВЕК: АНАТОМИЧЕСКИЕ ОТЛИЧИЯ ОТ ЕВРОПЕЙСКИХ ВЕК, МЕТОДИКИ

**Шаповалов С. Г.**

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

Существует две большие категории формирования складки в области верхних век у азиатов: методика с разрезом и методика без разреза. Но обе определены зависят от фиксации кожи к апоневрозу поднимающей мышцы для создания складки верхних век. При обычной методике с полным разрезом объём нижнего кожного лоскута уменьшается за счет удаления некоторого количества жировой ткани, которая находится между кожей века и апоневрозом поднимающей мышцы, включая круговую мышцу глаза; фиксация кожи к апоневрозу поднимающей мышцы может быть выполнено более надежно, чем в методике с использованием погружного шва. Но у этого подхода есть недостатки в виде послеоперационного адгезивного рубца или длительного отека. И, напротив, при методике обычного погружного шва фиксацию кожи к апоневрозу поднимающей мышцы гарантировать нельзя, потому что ткани (включая кожу, круговую мышцу глаза, апоневроз, хрящ) попадают в узел шва.

Методика частичного разреза представляет собой другой альтернативный подход. Ее обычно применяют у более молодых пациентов с относительно тонкой кожей века без избытка кожи. Она включает все преимущества обеих методик, упомянутых выше.

Методику полного разреза используют для пациентов в возрасте с толстой и/или избыточной кожей в области века. Рабочая классификация методик формирования складки верхних век у азиатов: 1. Методика без разреза: а) методика без погружного шва; б) методика с погружным швом. 2. Методика с частичным разрезом: а) методика без погружного шва (фиксация к тарзальной пластинке или апоневрозу поднимающей мышцы); б) методика с погружным швом (фиксация к тарзальной пластинке или апоневрозу поднимающей мышцы). 3. Методика с разрезом.

### МАЛЫЕ ИЗБИРАТЕЛЬНЫЕ РИТИДЭКТОМИИ КАК ОСОЗНАННАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОМОЛОЖЕНИИ И ГАРМОНИЗАЦИИ ЛИЦА

Шевчук И. Г., Швырев С. П.

*Клиника пластической хирургии Grandmed, Санкт-Петербург*

В настоящее время на фоне крупных технологических прорывов в хирургическом омоложении тканей лица остается недооцененным вклад небольших локальных воздействий. При этом определенные затруднения вызывает как определение показаний к таким операциям, так и технические особенности их выполнения.

Цель. Анализ и изучение эффективности применяемых технологий и оценка их значимости для омоложения лица, как в составе комплексного хирургического лечения, так и в индивидуальном исполнении.

Материалы и методы. Проведя анализ многолетних результатов избирательных корригирующих ритидэктомий на лице, таких как прямой лифтинг бровей, верхней губы, коррекция формы и объема мочки ушной раковины, мы пришли к выводу, что только персональный подход в выборе и выполнении этих операций является ключевым фактором для достижения оптимальных результатов. При выборе техники вмешательства мы учитывали особенности анатомии и физиологии пациента, их эстетические цели и ожидания. Так, уменьшение размеров мочки ушной раковины в ходе выполнения фейслифтинга способно существенно улучшить результат общего омоложения лица, а избирательная коррекция асимметрии бровей и верхней губы, безусловно, участвуют в гармонизации лица в целом. Более точное определение показаний и контроль над объемом и формой коррекции позволяли снизить риск осложнений и повысить удовлетворенность пациентов.

Результаты. Наши наблюдения подчеркивают особую важность индивидуального подхода к выбору и выполнению малых корригирующих операций на лице, что позволяет достичь наиболее оптимальных результатов и удовлетворения пациентов, минимизировать осложнения и повысить эффективность проведения подобных вмешательств.

### НАШ АЛГОРИТМ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

Шелег М. Ю., Короткова Е. А.

*Клиника «ЛАМЭ», Ярославль*

Коррекция возрастных изменений средней зоны лица является одной из самых сложных задач в эстетической медицине и в косметологии в частности. Проблема появления контурных нарушений в средней зоне лица многофакторная, а потому не может быть решена единственным способом. И здесь, как нигде, актуален комплексный подход и тандем косметолога — пластического хирурга реализуется максимально эффективно.

Цель. Разделить пациентов на группы по принципу определения причин возникновения изменений, требующих коррекции и выработки тактики по их устранению.

Задача. Продемонстрировать командный эффективный подход (косметолог и пластический хирург) в решении данной проблемы.

Материалы и методы. Нами проанализирован опыт в период с января 2020 по декабрь 2023 г. В выборку вошло 273 пацента, женщины от 33 до 67 лет.

Результаты. В развитии возрастных изменений средней зоны лица (в том числе и в скорости их возникновения) большую, если не основную роль, играют анатомические предпосылки. На основании этого в первую группу мы объединили пациенток, чьи жалобы на нарушение контуров скуловой области приходятся на достаточно ранний возрастной период. Эти изменения обусловлены анатомически короткой скуловой связкой, формирующей втяжение в проекции данной связки. Способ коррекции: волюмизация медиального глубокого жирового компартмента филлерами высокой плотности с целью камуфляжа. Ко второй группе мы отнесли пациентов с деформационно-отечным типом старения, где причиной нарушения контуров средней зоны лица является нарушение оттока (лимфостаза). Способ коррекции: воздействие на дренажную функцию данной области с помощью аппаратных (лимфодренажных) и инъекционных косметологических методик (введение препаратов с дренажным действием), а также компактизация поверхностных жировых слоёв с помощью аппаратной косметологии — высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука и RF-технологии. Также ко второй группе мы отнесли пациентов с усталым морфотипом, где причиной нарушения контуров средней трети лица является регидность скуловых связок, недостаточная проекция скуловой кости, гипотрофия глубокого медиального жирового компартмента. Способ коррекции: волюмизация медиального глубокого жирового компартмента филлерами высокой плотности с целью восполнения объема, натяжения скуловых связок. С течением времени под воздействием гравитационных и физиологических изменений пациенты с анатомическими предпосылками (из 1 и 2 групп) переходят в третью группу, где контурные нарушения средней зоны лица появляются по следующим причинам: провисание скуловой связки; жировая инволюция глубокого жирового пакета; костная резорбция; гипертрофия поверхностного жирового слоя; неэффективность работы лимфатической системы; птозирование мягких тканей с нависанием их над носогубной складкой. Оптимальным способом коррекции

в данном случае, на наш взгляд, является эндоскопически-ассистированный поверхностный (наднадкостничный) лифтинг лба и средней зоны лица с липофилингом. В отдельную группу мы решили выделить пациентов с «фестонами». В их формировании принимает участие провисание круговой мышцы глаза и спаянной с ней кожи на границе нижнее веко-средняя зона лица. Способом коррекции данных изменений является нижняя блефаропластика с широкой диссекцией кожи от мышцы с кантопексией (по показаниям). Пациентам с ятрогенными изменениями средней зоны лица, ассоциированные объёмной коррекцией филлерами на основе ГК, предварительно удаляли препараты введением гиалуронидазы с последующим определением истинной картины.

**Выводы.** Комплексный, патогенетически обусловленный подход к коррекции изменений в средней зоне лица позволяет получать оптимальные эстетические результаты и повышает процент удовлетворённости пациентов. Воздействие на каждую из причин появления изменений мы имеем возможность получать естественные результаты, сохраняя индивидуальность каждого пациента.

## МАСТОПЕКСИЯ, НАША ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ

Шелег М. Ю., Шульгин Э. А.

*Клиника «ЛАМЭ», Ярославль*

Коррекция молочных желез на протяжении многих лет входит в тройку самых популярных эстетических операций, среди них с каждым годом все большую популярность набирают операции без использования силиконовых имплантатов. Осведомленность наших пациентов, в связи развитием интернета и соцсетей в частности, растет день ото дня, что стимулирует нас пересматривать подходы, повышая эстетичность и стабильность наших результатов. Цель. Проанализировать результаты у пациентов с мастопексией с применением разных методик.

**Задача.** Показать динамику изменений наших подходов к коррекцииптоза молочных желез.

**Материалы и методы.** В данной работе отражен наш опыт за последние 10 лет практики. Определены показания к проведению мастопексии — этоптозмолочных желез 2 и 3 степени (по P. Regnault), в частных случаях возможно облегчение (редукция) ткани железы. В начале нашей практической деятельности популярной была мастопексия по методу M. Lejour. Основным ее преимуществом считалось минимальное количество рубцов (исключался горизонтальный рубец в проекции субмаммарной складки). Но с течением времени росло количество корригирующих операций, в результате которых мы все равно приходили к горизонтальному рубцу.

**Результаты.** Стабильность полученного результата тоже была субоптимальной (растягивался нижний полюс железы, в результате чего сосково-ареолярный комплекс оказывался в высоком (неприемлемом) положении). Форма ареолы при разметке по типу «купола мечети» на выходе часто не имела форму круга. Все эти факторы заставили нас пересмотреть подход к данному типу операций. Основные постулаты, которые мы для себя определили в выборе тактики для коррекцииптоза молочных желез: минимизация

рубцов не должна стоять в приоритете, длина вертикального рубца в финале операции не должна превышать 5–6 см, дизайн разметки сосково-ареолярного комплекса должен иметь форму круга, необходимо ремоделирование железистой ткани во время операции. Таким образом, мы пришли к следующей методике мастопексии: при разметке положение соска выводится на уровень +1 см выше субмаммарной складки, в зависимости от выраженностиптоза и объема железы, мы выбираем либокрой Wise, либо прием M. Lejour для определения объема резекции кожного чехла в латеральном и медиальном сегментах, но с обязательным переводом края в инвертированный «Т», где вертикальный компонент рубца не превышает 6 см. Работа с железистым компонентом может идти двумя путями: 1. Выкраиваем нижнего железистого лоскута (по типу Ribeiro), где кровоснабжение сосково-ареолярного комплекса осуществляется по типу верхней ножки, и подшиванием его к большой грудной мышце с целью наполнения верхнего склона железы. 2. Отсечение всего железистого компонента от субмаммарной борозды с подворачиванием его и подшиванием к большой грудной мышце на уровне 3 ребра и шиванием латеральных колонн железы с эффектом ее конизации. Оптимизировать данную методику можно с помощью липофилинга для увеличения объема и липосакции аксиллярных и латеральных областей грудной стенки для коррекции контуров.

**Выводы.** Погоня за уменьшением количества рубцов не оправдывает себя в плоскости вопроса о стабильности результатов и приводит к увеличению числа корригирующих операций; работа с паренхимой железы необходима для снижения первичной нагрузки на рубцы в процессе их созревания, что способствует их оптимальному заживлению и снижает процент неудовлетворенных пациентов.

## МЕНЕДЖМЕНТ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ

Шкрет А. А.

*ООО «Клиника Доктора Доценко», Москва*

Запрос на коррекцию внешнего вида наружных половых органов неуклонно растет с каждым годом. Значительная анатомическая вариабельность малых половых губ исключает стандартизацию хирургической коррекции, что, в свою очередь, приводит к увеличению количества осложнений. Ежегодно публикуются результаты работы ряда авторов по систематизации терминологии, оперативных техник, возникших осложнений, однако отсутствует глубокий практический анализ причин неудачных исходов и, как следствие, путей решения данных проблем.

**Цель.** Определение, выявление и раскрытие закономерностей ошибок хирургических техник, приводящих к осложнениям в эстетической хирургии малых половых губ.

**Материалы и методы, результаты.** В докладе отражены фотографии из личного архива автора наиболее часто встречающихся послеоперационных осложнений и указаны пути их преодоления. Наиболее распространенным осложнением являются кровотечения, образования гематом, которые развиваются спонтанно, при злоупотреблении адреналином в составе инфльтрационной анестезии,

а также при нарушении пациенткой лечебно-охранительного режима. Несостоятельность швов также встречается нередко. Несмотря на принцип максимально щадящего и бережного подхода к тканям вульвы, часть хирургов до сих пор практикуют «зажимные методики», приводящие к некрозу тканей в местах сдавления, используют шовный материал, выбранный случайно и «по наитию». Дефект предоперационной разметки, отсутствие восприятия вульвы в качестве единого целого приводит к нарушению ее архитектоники и рубцовой деформации, что является самым грозным осложнением ввиду сложности, а порой и невозможности коррекции, приводящее к закономерной юридической агрессии пациентов. Пути преодоления указанных проблем начинаются с определения персонифицированной хирургической техники для каждого клинического случая и ее предварительного согласования, подписания добровольного информированного согласия. Выводы. Выбранная техника должна учитывать особенности анатомии конкретной пациентки, местных тканей. Стоит воздержаться от агрессивной хирургической тактики, неоправданных методов, инструментов в пользу малой инвазивности.

### ПЕРЕМЕЩЕННЫЕ ЛОСКУТЫ НА СОСУДАХ ГРУДНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шомова М. В., Виноградов М. И., Демко А. Н.

*Областной клинической онкологической диспансер, Рязань*

Все операции при раке молочной железы можно условно разделить на 2 группы: операции, предусматривающие полное удаление органа с реконструкцией и без нее и органосохранные операции. В последние годы отмечается значительный рост числа органосохранных операций, а отдаленные результаты при их выполнении по данным ряда авторов даже лучше, чем при мастэктомии. Это связано как с успехами системного лечения, позволяющего значительно уменьшить размеры первичной опухоли, так и с расширением показаний к органосохранным операциям, выполнение их при опухолях большего размера, мультифокальных или мультицентричных опухолях, а также при небольшом размере молочной железы. Подобные операции требуют замещения удаляемой ткани молочной железы для получения удовлетворительных косметических результатов. При большом размере молочной железы это обычно не представляет проблемы. Использование онкопластических операций с перемещением ткани молочной железы и симметризирующих операций на второй железе является методом выбора в данной клинической ситуации. Однако выполнение широких резекций при небольшом размере молочной железы требует замещения удаленной ткани.

Оптимальным методом для этого является использование местных лоскутов на сосудах грудной стенки. Торакодорзальный лоскут на широчайшей мышце спины был одним из первых, который использовался в подобной клинической ситуации. Он надежен и позволяет оптимально заместить большой объем удаляемых тканей. Однако при меньшем объеме возможно использование местных лоскутов на перфорантных сосудах (LICAP, MICAP, AICAP, LTAP

и TDAP). К преимуществам использования подобных лоскутов следует отнести относительную быстроту оперативного вмешательства, адекватную длину питающей ножки, стабильное анатомическое расположение перфорантных сосудов, возможность ротации лоскута, отсутствие необходимости интраоперационного изменения положения больной, расположение рубца в эстетически приемлемой зоне. Среди недостатков называют ограниченный объем замещаемой ткани, риски сосудистых осложнений и необходимость проведения лучевой терапии. К числу наиболее часто встречаемых осложнений относят гематомы и серомы, липонекроз и венозный стаз с последующим полным или частичным некрозом лоскута.

Целью нашей работы была оценка возможности применения лоскутов на перфорантных сосудах грудной стенки при резекциях молочной железы, выполненных по поводу злокачественных опухолей.

Материалы и методы. Наш собственный опыт на данном этапе небольшой. С 2023 г. нами выполнено 5 операций с использованием модифицированного LICAP-лоскута и 1 с использованием AICAP-лоскута. Во всех случаях мы получили удовлетворительные косметические результаты. Из осложнений следует выделить частичный липонекроз в 1 случае и венозный стаз с частичным некрозом в 1 случае.

Выводы. Наш небольшой опыт позволяет подтвердить выводы наших коллег (Шатова Ю. С. и соавт., 2022) о том, что данные методики при должном опыте могут быть прекрасной опцией и альтернативой выполнения мастэктомии, особенно у пациенток с небольшими размерами молочной железы.

### ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПОСЛЕ ПЕРИФОКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ КОМПРЕССИОННОЙ ИШЕМИИ МЫШЦ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Шперлинг И. А., Шулепов А. В., Ростовцев С. О., Петрыкина С. А.

*Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины; Военная академия материально-технического обеспечения, Санкт-Петербург*

Цель и задачи. Изучить особенности локальной микроциркуляции в скелетных мышцах, подвергшихся длительному сдавлению, после раннего перифокального введения в область повреждения гиалуроновой кислоты (ГК).

Материалы и методы. Исследование выполнено на 72 крысах-самцах линии Вистар массой 300–340 г и возрастом 3,5–4,5 мес. Все животные содержались в одинаковых стандартных условиях сертифицированного вивария. Эксперименты проводились с соблюдением общеизвестных принципов биоэтики и регламентации Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментов, и были одобрены локальным Этическим комитетом Государственного научно-исследовательского испытательного института военной медицины



(протокол № 13 от 22.06.2020 г.). Непосредственно перед экспериментом все животные были разделены на основную ( $n=31$ ), сравнения ( $n=31$ ) и интактную ( $n=10$ ) группы. Животным основной и группы сравнения под наркозом проводили сдавливание мягких тканей бедра задней правой конечности специальными тисками. Сила компрессии составила 10–12 кг/см<sup>2</sup>, длительность сдавливания — 7 ч. Интактные животные компрессионному воздействию не подвергались. Через 3 ч после прекращения сдавливания животным основной группы перифокально вводили 1,75% раствор ГК в объеме 2,0 мл/кг, животные группы сравнения — локального лечения не получали. Состояние локальной микроциркуляции в скелетных мышцах бедра поврежденной конечности оценивали через 3, 7, 14 и 28 сут после прекращения сдавливания с помощью комплекса «ЛАКК-М» (НПП «ЛАЗМА», Россия) по методике описанной ранее. Статистический анализ результатов исследования осуществляли с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Различия между переменными величинами считали достоверным, если вероятность их тождества оказывалась менее 5% ( $p<0,05$ ).

**Результаты.** У животных после локального введения ГК в раннем (3–7 сут) и промежуточном (14 сут) посткомпрессионном периодах регистрировалось усиление перфузии в скелетных мышцах области сдавливания, о чем свидетельствовало увеличение коэффициента вариации показателя микроциркуляции ( $K_v$ ) на 25–43% ( $p<0,05$ ), показателя эффективности кислородного обмена (ЭКО) — на 93–95% ( $p<0,05$ ), флуоресцентного показателя потребления кислорода (ФПК) — в 2,0–2,1 раза ( $p<0,05$ ) по сравнению со значениями у животных, не получавших локального лечения. В позднем посткомпрессионном периоде, через 28 сут после введения ГК, в скелетных мышцах, подвергшихся сдавлению, сохранялся высокий уровень локального кровотока и метаболизма, показатель  $K_v$  был повышен на 26% ( $p<0,05$ ), ЭКО — на 87% ( $p<0,05$ ), а ФПК — в 2,6 раза ( $p<0,05$ ) относительно показателей у животных группы сравнения.

**Выводы.** Ранняя локальная коррекция гиалуриновой кислотой ишемических повреждений скелетных мышц после их длительного сдавливания купирует микроциркуляторные нарушения, преимущественно в раннем и промежуточном посткомпрессионном периодах.

## ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЗИРОВАННОЙ СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЫ В УСЛОВИЯХ РАННЕГО ВВЕДЕНИЯ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Шулепов А. В., Шперлинг М. И., Одинцова И. А., Шеладев И. В.

*Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины, Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Симферополь*

**Цель и задачи.** Изучить динамику гистоморфологических изменений в скелетных мышцах при их длительном сдавлении после ранней коррекции гиалуриновой кислотой (ГК).

**Материалы и методы.** Исследование выполнено на 72 крысах-самцах линии Вистар возрастом  $4,0\pm 0,5$  мес. и массой  $350\pm 25$  г, с разрешения локального Комитета по этике ФГБУ «Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины» Министерства обороны РФ (протокол № 13 от 22.06.2020 г.). Перед экспериментом все животные были разделены на 3 группы: основную ( $n=31$ ), группу сравнения ( $n=31$ ) и интактную ( $n=10$ ). Под комбинированным наркозом все животные основной и группы сравнения подвергались продолжительному механическому сдавлению мягких тканей бедра (продолжительность сдавливания — 7 ч, сила сдавливания 10–12 кг/см<sup>2</sup>). Интактные животные не подвергались компрессионному воздействию. Спустя 3 ч после прекращения сдавливания животным основной группы в мягкие ткани области повреждения локально вводили 1,75% раствор ГК в объеме 2,0 мл/кг, животные группы сравнения — не получали локального лечения. Исследование проводили через 3, 7, 14 и 28 сут после прекращения сдавливания, что соответствовало периодам течения компрессионной травмы. Для оценки выраженности отека/атрофии поврежденной тазовой конечности в посткомпрессионном периоде измеряли длину окружности бедра в его средней трети, значения выражали индексом отека/атрофии (отношение длины окружности травмированного бедра к длине окружности бедра неповрежденной конечности). Выраженность рабдомиолиза оценивали по динамике содержания миоглобина и калия в сыворотке крови. Гистоморфологическое исследование фрагментов скелетных мышц, окрашенных гематоксилином и эозином, включало определение доли некротизированных мышечных волокон (%), площади, занятой новообразованными мышечными элементами скелетных мышц (%) в мышечно-соединительнотканном регенерате. Статистический анализ результатов исследования осуществляли с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Сравнение производили с помощью критерия Манна-Уитни, различие считали достоверным, если вероятность их тождества оказывалась менее 5% ( $p<0,05$ ).

**Результаты.** У животных после локального введения ГК в раннем (3–7 сут) и промежуточном (14 сут) посткомпрессионном периодах наблюдался менее выраженный отек мягких тканей бедра, отмечалось снижение миоглобина на 20–69% ( $p<0,05$ ) и калия на 34% ( $p<0,05$ ). В позднем компрессионном периоде (28 сут) после введения ГК отмечалась менее выраженная посттравматическая атрофия скелетных мышц в области повреждения. Доля мышечных волокон в состоянии некроза к 28 сут была снижена на 30% ( $p<0,05$ ), а площадь новообразованных мышечных элементов в поврежденных скелетных мышцах увеличивалась почти в 1,5 раза ( $p<0,05$ ) по сравнению с животными группы сравнения.

**Выводы.** Раннее локальное введение гиалуриновой кислоты в область мягких тканей, подвергшихся продолжительному механическому сдавлению, позволяет уменьшить площадь некроза тканей в области повреждения и способствует образованию мышечно-соединительнотканного регенерата, значительную долю в котором составляют новообразованные мышечные элементы.

## ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ РИНОСЕПТОПЛАСТИКА. СТРУКТУРНАЯ ИЛИ СОХРАНЯЮЩАЯ

Юсифзаде Р. В.

*Институт пластической хирургии и косметологии, Москва*

Посттравматическая деформация структур носа обусловлена не только асимметрией носовых костей, но искривлением носовой перегородки и перпендикулярной пластинки. Цель. Первичная диагностика на основе компьютерной томографии, а также планирование оперативного вмешательства.

Материалы и методы. При структурной ринопластике необходимо выполнить септопластику с перефиксацией перегородки в переднем отделе с укреплением хрящевым аутоотрансплантатом. Горбинка удаляется асимметричной остеотомией носовых костей. Следующий этап после формирования спинки носа спредерфлепами это фиксация к носовым костям. Фиксация производится нитью пролен 3-0 методом Крис-Крос. После фиксации вторым этапом перегородка отделяется от перпендикулярной пластинки. Цель — провести сравнительный анализ для выявления оптимальной методики при посттравматических деформациях. При выполнении сохраняющей риносептопластики при посттравматических деформациях используется методика асимметричной LetDown, Котл септопластика с резекцией нижней хрящевой полоски. При искривленной перпендикулярной пластинки возможна не рекция, а дубликтура перпендикулярной пластинки, что служит вспомогательной опорой для нового положения костей носа.

Результаты. Первый клинический пример, пациентка после серьезной травмы носа с девиацией всех структур. Выполнена структурная риносептопластика, с видео- и фотоматериалом из операционной. Второй клинический пример, пациентка после травмы костей носа с вдавлением с одной стороны. Выполнена сохраняющая риносептопластика с восстановлением носовых костей. Третий клинический пример, пациентка после травмы носа с девиацией всех структур. Выполнена сохраняющая риносептопластика с использованием единичного трансколумеллярного графта.

Выводы. Выполняя сохраняющую ринопластику при посттравматических клинических случаях, а не только при ровных перегородках, мы так же можем получить стабильный результат. Сохраняя область клапана, мы снижаем риск седловидной деформации, который высок при структурной ринопластике в случаях отделения перегородки от перпендикулярной пластинки.

## СИНДРОМАЛЬНЫЕ КРАНИОСИНОСТОЗЫ: 20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

Ясонов С. А.

*Российская детская клиническая больница — филиал  
Российского национального исследовательского медицинского  
университета им. Н. И. Пирогова, Москва*

Синдромальные краниосиностозы представляют собой очень редкую группу наследственных заболеваний с частотой рождаемости от 1:75 000 до 1:350 000 новорожденных. Фенотипические проявления синдромальных крани-

осиностозов характеризуются сложной черепно-лицевой деформацией, обусловленной преждевременным смыканием одного или нескольких черепных швов и недоразвитием средней зоны лица разной степени выраженности. В настоящее время основным способом устранения этой деформации является метод дистракционного остеогенеза, позволяющий не только избавить пациента от выраженных дыхательных нарушений и внутричерепной гипертензии уже на первом году жизни, но и значительно улучшить внешний вид ребенка, облегчая его социальную адаптацию. На сегодняшний день имеется два принципиально разных типа дистракционной аппаратуры: наружные и внутритканевые, которые в свою очередь имеют свои показания и противопоказания, зависящие от возраста больного, типа и объема оперативного вмешательства, а также планируемого направления выдвижения костей верхней и средней зон лица.

Материалы и методы. С 2002 по 2023 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии РДКБ наблюдалось 106 летей с синдромальными краниосиностозами, из них 77 оперировано.

Результаты. У всех оперированных пациентов был достигнут стойкий функциональный результат и эстетический результат в течение 1 года после оперативного лечения, однако более чем у 70% пациентов с ростом отмечены рецидивы деформаций лица разной степени выраженности и возобновления обструктивных нарушений дыхания, что уже потребовало повторного оперативного лечения у 4 пациентов. 2 пациента умерли, у 1 пациента развился вегетативный статус, 1 пациент ослеп, у 3 пациентов отмечен поствоспалительный лизис лобной кости, у 4 пациентов отмечена хроническая назальная ликворрея, у 12 пациентов ликворрея отмечена в первые несколько дней, со спонтанным прекращением.

Выводы. При планировании оперативного лечения пациентов с синдромальными краниосиностозами очень важно учитывать возраст больного, тип и объем оперативного вмешательства, и варианты анатомических особенностей гипоплазированной верхней челюсти, что играет важную роль в достижении хорошего результата лечения этой тяжелой группы больных и позволяет избежать осложнений, связанных с неправильным использованием дистракционной аппаратуры.

## ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ МЕТОДОВ ПРЕВЕНТИВНОЙ РАБОТЫ С РУБЦАМИ ПОСЛЕ РЕДУКЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ И МАСТОПЕКСИИ

Яссин Л. Р., Алексанян Т. А., Гузик А. А.

*Клиника ArtPlastic, Москва*

Современная медицина обращена в сторону профилактики в различных заболеваниях. Но при лечении послеоперационных рубцовых изменений не всегда возможно полноценно избавиться от атрофических или гипертрофических явлений. Решением данного частного вопроса может быть подход, основанный на явлениях восполняющих внеклеточных матрикс (ВМ) поврежденной кожи в условиях хирургической раны.

Цель. Оценить эффективность применения разработанных способов по превентивной терапии в ведении пациентов в послеоперационном периоде с использованием препаратов на основе пептидов коллагена, гиалуроновой кислоты, и компонентов, восстанавливающих ВМ.

Материалы и методы. При выполнении научно-исследовательской работы были разработаны способы превентивного воздействия на рубцовые изменения у пациентов после редукционной маммопластики и мастопексии. Были использованные отечественные препараты на основе пептидов коллагена, гиалуроновой кислоты и компонентов ВМ. В момент ушивания раны перед ушиванием дермального слоя, вскрывалась стерильная упаковка 1 монодозы в объеме 0,5 мл, использовали на весь шов в размере 20–30 см, путем аппликационного нанесения раствора в рану. Результаты оценивались в первые сутки, 1 месяц и 3 месяца.

Результаты. Данный способ превентивной работы с рубцами введен в работу около полугода назад. Согласно информированным согласиям данный метод был применен на 50 пациентах с такими операциями, как редукционная маммопластика, мастопексия, ауgmentационная мастопексия.

Вывод. Разработанные способы имеют практическую значимость, используются в учреждениях здравоохранения — клиниках пластической хирургии. Применение препарата на основе пептидов коллагена, гиалуроновой кислоты и др., восполняющихся ВМ.

**Косметология и дерматовенерология**

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ SMAS-ЛИФТИНГА НА РАЗЛИЧНЫХ ЗОНАХ ТЕЛА

Соловая И. А.

*Клиника эстетической медицины «Красивые Люди», Москва*

Идея. Использование методики SMAS-лифтинга на различных зонах тела у различных пациентов, отслеживание результатов процедур и сравнение полученных результатов, выявление зон с лучшими результатами и минимального рекомендуемого количества процедур для выраженного результата на соответствующих зонах, применение полученного опыта для повышения общей удовлетворенности пациентов.

Цели: сравнительный анализ результатов после процедур SMAS-лифтинга на разных зонах; выявление зон с лучшими результатами и минимального рекомендуемого количества процедур для выраженного результата на соответствующих зонах; устранение дряблости кожного покрова; повышение тургора кожи; профилактика увяданий кожи.

Материалы и методы. Выбраны 5 моделей с общим сниженным тонусом кожи в следующих зонах: колени, живот, локти, «валик» у подмышечной впадины. Пациентам проводили от 1 до 2 процедур SMAS-лифтинга с интервалом 3 месяца. Результат оценивали спустя 2 месяца после завершающей процедуры, используя фотофиксацию. Период выборки моделей: июль 2020 — июль 2023.

Результаты: укрепление дермы в зоне воздействия; улучшение тонуса, тургора кожи; уменьшение объема жировой ткани.

## СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ПИЛИНГОВ И МЕЗОТЕРАПИИ

Адамович Т. А.

*Центр инновационных учебных программ, Калининград*

Самая актуальная программа в практике врача-косметолога — это программа на улучшение качества кожи. Сочетание в одной процедуре поверхностного пилинга и мезотерапии дает немедленный, видимый эффект преобразования кожи. Позволяет уменьшить количество процедур до 4–5 на курс и позволяет пациенту увидеть результат от процедур гораздо раньше.

Материалы и методы. Проведение процедуры. Сначала проводим пилинг по протоколу. 1. Очищаем лицо молочком или гелем, содержащим альфа-гидроксильные кислоты (АНА). 2. Обрабатываем лицо тоником, содержащим АНА. 3. Наносим химический пилинг в концентрации не более 40% в строгой последовательности: лоб, боковые и щечные поверхности, шея, декольте, переносица, нос, кистет, подбородок. Время экспозиции зависит от концентрации пилинга, типа кожи, но не более 5–8 минут. 4. Наносим нейтрализатор на 3–5 минут, в последовательности, обратной нанесению пилинга. 5. Тщательно умываем лицо 2–3 раза. Далее обрабатываем лицо 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата и проводим сосудистый этап. Сосудистый этап — важное звено в проведении мезотерапии, так как он нормализует микроциркуляцию крови, ток лимфы, устраняет прекапиллярный спазм, влияет на периферический кровоток. Используются сосудистые препараты (Рутин, Артишок, Меллито) или композиция этих препаратов. Обрабатываем паравертебральную зону с каждой стороны позвоночного столба, внутренняя поверхность плеча, надплечье — 2–3 линии. Расстояние между линиями 5–7 миллиметров. Количество препарата 1–2 миллилитра.

Следующий этап — обработка биологических активных точек (БАТ). БАТ на лице — точки молодости, которые запускают процессы регенерации и восстановление кожных структур. Непарные точки: 1. Под подбородком вкол. 2. Середина нижней губы вкол. 3. Середина расстояния между корнем носа и верхней губой вкол или напаж. 4. Кончик носа вкол или напаж. 5. Область третьего глаза вкол или папула. 6. Точка на границе волосистой части головы вкол. Парные точки. Все вколы. 1. Точка на 1 сантиметр выше середины брови. 2. Точка на 0,5 сантиметра дальше кончика брови. 3. Козелок, выступ на ушной раковине. 4. Крыло носа. 5. Угол рта. 6. Точка под мочкой уха. 7. Две точки по овалу лица. 8. Две точки на грудинно-ключично-сосцевидной мышце. Далее проведение сеанса мезотерапии. Используем препараты с гиалуроновой кислотой. Техники — поверхностный напаж и микропапульная. Количество препарата 2 миллилитра на лицо. На шею и декольте дополнительно 1 и 2 миллилитра соответственно. В конце процедуры обрабатываем лицо 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата. Наносим на лицо Траумель гель и крем с солнцезащитным фактором.

Выводы. Таким образом, после курса процедур, пациенты отмечают улучшение цвета лица, выравнивание рельефа, сокращение пор, уменьшение глубины морщин. Процедура характеризуется коротким периодом реабилитации, отсутствует осложнений, что позволяет достичь омолаживающего эффекта без прекращения социальной активности.

## ПЛАЗМОФИЛЛИНГ — НУЖНА ЛИ ДАННАЯ ПРОЦЕДУРА В АРСЕНАЛЕ ВРАЧА КОСМЕТОЛОГА?

**Баринова Е. А.**

*Волгоградский государственный медицинский университет, клиника «Да Винчи», Волгоград*

Плазмофиллинг — введение в ткани плазмогеля с целью волюмизации, заполнения борозд, складок, дермальных заломов. Показания для плазмофиллинга такие же, как и для контурной пластики филлерами на основе гиалуроновой кислоты или гидроксиапатита кальция. Методика существует довольно длительный период и у молодых врачей, а также у врачей, не имеющих опыта работы с плазмой и ее производными, возникают вопросы: есть ли преимущества у плазмофиллинга, стоит ли внедрять данную методику в свою инъекционную практику.

Цель. Сравнить методику контурной пластики лица с помощью плазмогеля (плазмофиллинг) с контурной пластикой традиционными филлерами на основе гиалуроновой кислоты.

Материалы и методы. Был проанализирован личный опыт проведения процедуры плазмофиллинга у 15 пациентов. Методика получения плазмогеля следующая: 1. Производится забор крови в специализированную сертифицированную пробирку для плазмотерапии (использовались пробирки Plasmolifting и пробирки Plasmactive). Минимальное количество пробирок, для проведения процедуры — 2. В зависимости от необходимого количества плазмогеля для каждого конкретного пациента количество пробирок может варьировать 2–5. 2. Пробирки помещаются в центрифугу (Ева, Армед). Время центрифугирования — 5 минут на скорости 3000 оборотов в минуту. 3. Далее половина полученной плазмы набирается в шприцы на 1,5 мл и помещаются в термостат для нагрева при температуре 80 °С на 5–6 минут. 4. Во время нагрева плазмы в термостате происходит денатурация белков плазмы. Жидкая плазма переходит в плотный белковый конгломерат. 5. Затем плазмгель охлаждается до комнатной температуры и для введения в мягкие ткани лица смешивается с нативной плазмой в соотношении 1:1. Смешивание с нативной плазмой позволяет получить консистенцию геля, который способен экструзировать через канюлю 22 G или иглу 25 G. 6. После получения плазмогеля необходимой консистенции выполняется его введение в мягкие ткани лица.

Результаты. У всех пациентов плазмгель реализовал хороший волюмизирующий эффект. В зависимости от потребностей каждого пациента производилась волюмизация скуловой области, губо-подбородочных и носогубных борозд, веерное введение геля в латеральные отделы лица с целью восстановления четкости овала и компенсации утраченных объемов. Во всех случаях был достигнут хороший косметический результат. Все пациенты отмечали высокую удовлетворенность проведенным лечением. Однако при проведении процедуры плазмофиллинга столкнулись с определенными сложностями. При введении плазмогеля всегда имеет место неравномерная экструзия геля через канюлю или иглу. В ходе процедуры плазмгель как правило становится более густым, что требует прерывать его введение и дополнительно смешивать с нативной плазмой. Процедура требует от врача навыка. Длительность всей процедуры без учета времени, необходимого для апплика-

ционной анестезии — 60–90 минут в зависимости от опыта врача. Через 3 месяца пациенты приглашались на осмотр. У 5 пациентов эффект волюмизации был сохранен на 50%, у 3 пациентов — на 30%, у двух пациентов объем мягких тканей лица соответствовал исходному уровню. При повторном проведении плазмофиллинга канюля испытывала небольшое сопротивление при продвижении в тканях, которого не было при проведении первой процедуры, что может косвенно говорить о формировании участков фиброза.

Выводы. Плазмофиллинг — методика волюмизации мягких тканей лица, реализующая хороший косметический результат, однако имеет ряд существенных недостатков при сравнении ее с традиционной контурной пластикой филлерами на основе гиалуроновой кислоты. Процедура трудоемка, требует более длительного времени проведения. Косметический эффект сохраняется до двух-трех месяцев, по прошествии которых требуется повторное введение плазмогеля. При работе с плазмой и ее производными требуются соблюдение дополнительных мер предосторожности (ношение защитных очков, взятие у пациентов перед процедурой анализов крови на ВИЧ и гепатиты). Процедура контурной пластики с помощью плазмогеля может быть рекомендована тревожным пациентам, которые боятся вводить гиалуроновые филлеры по каким-либо причинам, а также тем пациентам, которые имеют противопоказания или имели в анамнезе аллергические реакции отсроченного типа на введение гиалуроновых гелей.

## ОДНОМОМЕНТНАЯ ПОТЕНЦИРОВАННАЯ КОРРЕКЦИЯ ФИЛЛЕРАМИ И АППАРАТНЫМ SMAS-ЛИФТИНГОМ У ПАЦИЕНТОВ С ГРАВИТАЦИОННЫМ ПТОЗОМ

**Бендлин И. Д.**

*Клиника «Космос», Санкт-Петербург*

Особенностью метода является учет состояния жировых пакетов пациента и воздействие целенаправленно в нужные слои. В РФ преобладают пациенты с недостатком тканей в латеральной области (подскуловая область, темпоральная область) — это недостаток глубоких жировых пакетов. Причем глубокие жировые пакеты у этих пациентов деградируют в независимости от собственного индекса массы тела и часто в достаточно раннем возрасте (от 25 лет). В средней части лица наоборот чаще всего есть избыток подкожно-жировой клетчатки (ПЖК), что представляет собой поверхностные жировые пакеты (медиальная часть щеки, носогубный жировой пакет, область брыль). Визуально эти нависающие жировые пакеты и создают гравитационный птоз и формируют носогубную складку и брыли. А также повышает пастозность тканей с каждым годом. Особенно в раннем возрасте это проявляется при небольшом размере нижней челюсти (дистальный прикус, гипогнатия).

Суть метода в волюмизации филлерами (эспандерный лифтинг, темпоральный лифтинг, височный лифтинг, латерализация) латеральных областей лица на уровне глубоких жировых пакетов. Введение под фасцию (не в ПЖК) дает заметный лифтинг тканей. Такая методика позволяет ввести большое количество филлера без риска отдаленно-

го отека или искажения внешности. Вторая часть метода — это сокращение связок в латеральной части и «компактизация» жировых пакетов средней части лица с помощью аппаратного SMAS-лифтинга. Это дает нам более естественную внешность пациента и уменьшение отечности. Первый этап — аппаратный smas лифтинг с акцентом на жировой пакет щеки. Задача на уровне 4,5 мм воздействовать в латеральной области для сокращения связок, а в средней части щеки и области брылей с мощностью насадок 3 мм и 2 мм компактизация жировых пакетов. Второй этап — с помощью канюли (не иглы) введение достаточного количества филлера на основе гиалуроновой кислоты под фасцию в латеральной области лица для восполнения недостатка глубоких жировых пакетов.

Преимущества метода — малоинвазивность и быстрое восстановление. Процедура не вызывает гематом и существенных отеков. Даже сразу после процедуры пациент может вести обычный образ жизни, соблюдая рекомендации. Безопасность — нет риска сосудистых осложнений. Эффект сразу и нарастает в течение 1,5 месяцев. Эффект сохраняется до 2 лет. Отсутствие искажения внешности — естественный результат. Снижает (а не повышает, как при введении филлеров в среднюю часть лица) склонность к отекам. Скорость проведения — опытный специалист выполняет за 1 час. Подходит для многолетнего ведения пациента. Не противоречит и не мешает выполнению хирургической подтяжки в будущем. Нет ограничений по возрасту пациента.

## ГРАНУЛЕМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КОСМЕТОЛОГА

Габуева Э. Т.

*Клиника El Beauty Clinic, Москва*

В настоящее время количество используемых препаратов в эстетической косметологии растет с каждым годом. В связи с этим и количество отсроченных нежелательных явлений растет в геометрической прогрессии. Одним из самых непредсказуемых осложнений, с которым врач-косметолог может столкнуться в своей практике, является гранулема. Этиология гранулемы до конца не ясна и мультифакторна. До сих пор нет единого утвержденного протокола лечения гранулем. В докладе представлены актуальные наработки, а также мировой и собственный опыт лечения гранулем инородного тела.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ IPL-ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С АНТИОКСИДАНТНОЙ И ПЕПТИДНОЙ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ

Журавлева Н. А.

*Клиника эстетической медицины «Ирина», Кемерово*

Цель. Сравнить на диагностическом оборудовании цифрового анализа кожи результаты эффективности IPL-терапии в сочетании с антиоксидантной и пептидной наружной терапией и без нее.

Материалы и методы. Женщины, в возрасте 35–45 лет, первично обратившиеся к врачу-косметологу. Оценка проводилась на основе отчета цифрового анализа кожи. Учитывались такие параметры отчета, как общая оценка содержания меланина и однородность кожи. Оценивалась только правая щека всех испытуемых. Протокол исследования: в рамках исследовательской работы участвовало 30 женщин. Было составлено две группы испытуемых, по 15 человек в каждой. До начала испытаний все пациенты прошли диагностическое исследование на аппарате анализа кожи. Первой группе пациентов был проведен курс IPL-терапии из 2 процедур, с периодичностью 1 раз в 4 недели. Через 4 недели, после второй процедуры, пациенты заново были продиагностированы на диагностическом оборудовании анализа кожи. Вторая группа пациентов прошла также курс IPL-терапии из 2 процедур. Дополнительно, с первого дня исследования пациенты наносили сыворотку, содержащую комплекс пептидов и антиоксидантов. Каждый день, 1 раз в день, утром, на чистую кожу. Через 4 недели, после второй процедуры, пациенты заново были продиагностированы на диагностическом оборудовании. Все 30 пациентов использовали дополнительно крем с SPF-защитой 50.

Результаты. Первая группа — курс из 2 процедур фототерапии без наружной терапии. Среднее снижение уровня гиперпигментации в группе — 16,25%. Среднее увеличение однородности цвета кожи на +13,27%. Вторая группа — курс из 2 процедур фототерапии с наружной антиоксидантной и пептидной терапией. Среднее снижение уровня гиперпигментации в группе — 22,77%. Среднее увеличение однородности цвета кожи на +37,01%. Выводы. Результаты IPL-терапии демонстрируют высокий уровень клинической эффективности, безопасности, высокую степень удовлетворенности пациентов и эстетический результат. Применение антиоксидантной и пептидной наружной терапии показало более высокую эффективность в сочетании протоколе лечения гиперпигментации с IPL-терапией.

## ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ВРЕМЕННЫХ ДЕРМАЛЬНЫХ НАПОЛНИТЕЛЕЙ (ФИЛЛЕРОВ) С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКА И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ. ВСЕ ЛИ ТАК ПРОСТО?

Журавская С. Ю.

*Медицинский центр «Милта», Лида, Гродненская область, Республика Беларусь*

Цели. Определить возможности методов диагностики наполнителей на основе гиалуроновой кислоты (ГК) и гидроксиапатита кальция (ГА) с использованием доступных методов визуализации — УЗИ линейным датчиком с рабочей частотой до 15 МГц и МРТ.

Материалы и методы. Объектом исследования явился пациент, планирующий абдоминопластику (возраст 42 года). В кожу передней брюшной стенки введено пять различных наполнителей на основе ГК с их УЗ оценкой и МРТ через 2 и 24 недели. Наполнитель на основе ГА оценивался в момент введения методом УЗИ, а также через 17 недель с помощью УЗИ и МРТ. Использован датчик L 12–3 (HD7, Philips

Medical System) и томограф Siemens Magnetom Spectra 3T — 3 Тл. Препараты ГК были введены иглой болюсами 0,13 мл на расстоянии 1,5 см. Характеристика введенных препаратов (П) представлена в виде: порядковый номер; страна-производитель; концентрация ГК и дополнительные компоненты. П№ 1 [1]; Швейцария; 20 мг/мл. П№ 2 [2]; Италия; 25 мг/мл. П№ 3 [3]; Австрия 23 мг/мл, лидокаина 0,3%. П№ 4 [4]; Франция; 18,5 мг/мл, маннитол. П№ 5 [5]; Швейцария; 25 мг/мл. Препарат на основе ГА[6] введен канюлей.

Результаты и обсуждение. При УЗ-оценке через 2 и 24 недели, П№ 1 не определялся. П№ 2 и П№ 5 четко визуализированы через 2 недели, не определялись через 24 недели. П№ 3 четко визуализирован через 2 недели, через 24 недели — с признаками выраженной биодеградации. П№ 4 четко визуализирован через 2 недели, спустя 24 недели болюс по-прежнему имел четкие контуры. При проведении МРТ в эти же сроки. П№ 1 не определялся. П№ 2 через 2 недели определялся в виде образования размерами 5\*12\*9 мм, с гомогенной структурой, через 24 недели 5,5\*12 с признаками фрагментации и рассасывания. П№ 3 через 2 недели размерами 5\*10\*14 мм, через 24 недели — 5,5\*13 мм с достаточно гомогенной структурой и четкими контурами. П№ 4 через 2 недели 5\*12\*18 мм с достаточно гомогенной структурой, через 24 недели — 4,5\*9 мм вытянутой в вертикальном направлении формы, с гомогенной внутренней структурой. П№ 5 через две недели 4\*12\*13 мм с признаками наиболее выраженной фрагментации, через 24 недели 3\*8 мм тонкая тубулярная структура с признаками рассасывания содержимого. Для ГК наблюдается УЗ-картина биодеградации филлера. Возможности детекции не коррелируют с концентрацией ГК. Возможно, не визуализируемый П№ 1, производителем ошибочно отнесен к категории имплантов. П№ 2 и П№ 5, не визуализируемые через 24 недели методом УЗ, на МРТ имели значительные признаки биодеградации. Что обусловлено не только низкой частотой УЗ, но и вероятностью, что с помощью МРТ мы видим образовавшийся коллаген. Что касается П№ 3 и П№ 4, их возможность определения методом УЗ коррелировала с гомогенной структурой, определяемой на МРТ. П№ 4, имеющий наименьшую концентрацию ГК (18,5 мг/мл) показал хорошие характеристики на УЗИ и МРТ. Препарат на основе ГА, введенный канюлей в виде округлого болюса, имел четкую УЗ-характеристику. Визуализирован в сроки через 17 недель после введения. В момент введения болюс имел овальную форму, при исследовании в динамике изменил форму на вытянутую (по ходу канюли). МРТ через 17 недель не выявила ГА. В препарате ГА [6] размер частиц составляет всего 25–45 микрон. В источниках, где указана возможность визуализации ГА на МРТ, вероятно, исследования проводились в ранние сроки после введения (в присутствии геля-носителя).

Выводы. При использовании стандартных линейных датчиков отмечена положительная прогностическая ценность УЗ-метода в детекции наполнителей ГК и ГА вместе с низкой чувствительностью метода для ГК и высокой для ГА. МРТ (3Тл) — метод, имеющий высокую чувствительность для определения филлеров ГК, и не чувствительный для ГА через 17 недель. Имплант визкоэластичный с концентрацией ГК 20 мг/мл, не визуализируемый ни одним методом, не может быть отнесен к наполнителям. Данные, полученные с помо-

щью линейных датчиков при введении болюсов не менее 0,13 мл, могут прогнозировать поведение филлеров на основе ГК в тканях, так как коррелируют с данными МРТ.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ТЕРАПИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ

Зубрицкий В. Ф., Уракова Д. С., Фоминых Е. М.

*Российский биотехнологический университет, Медицинский институт непрерывного образования, кафедра дерматологии и венерологии с курсом косметологии, Клиника «ЛИНЛАЙН», Москва*

Неотъемлемым этапом клеточной репарации является стадия формирования рубцовой ткани. Являясь косметическим недостатком, рубцы, особенно в эстетически важных областях, вызывают негативную оценку хирургического вмешательства, а также могут сопровождаться функциональными и психологическими расстройствами. В настоящее время особое внимание уделяется коррекции послеоперационных зон в области лица, шеи и молочных желез. Тем более что эстетическая коррекция в виде маммопластики занимает седьмое место среди всех пластических операций. Данные вмешательства могут сопровождаться формированием гипертрофических рубцов (в 3% случаев). Как известно, наибольший эстетический дефект вызывают гипертрофические и келоидные рубцы, в результате чего становится очевидной необходимость совершенствования методов их коррекции. Несмотря на разнообразие корректирующей терапии, универсального метода, к сожалению, не предложено. В настоящее время накоплен большой опыт использования локальной деструкции рубцов лазером. С его помощью можно добиться существенного улучшения качества фиброзной ткани, повышение ее эластичности и изменения цвета. При эмпирическом использовании данного подхода стало очевидно, что результаты гетерогенны при использовании разных лазеров. В этой связи одномоментное использование излучателей с разными характеристиками могут быть более удачны. Данная тактика получила название «Мультимодальное лазерное воздействие».

Целью работы являлась сравнение методов лазерной коррекции послеоперационных рубцов, возникших в результате мастопексии.

Материал и методы. В клинике пластической хирургии и косметологии «Линлайн» с гипертрофическими рубцами после ранее выполненной мастопексии проходило лечение 22 пациента. Для коррекции гипертрофических рубцов используются методики с применением неодимового и эрбиевого лазера. Выбор методов обусловлен избирательностью воздействия на основные хромофоры: воду и оксигемоглобин, путем селективного фототермолиза. Желто — зеленый диапазон света воздействует на микрокапилляры гиперемированных рубцов, коагулируя сосуды и выключая часть воспалительного компонента. Эрбиевый лазер, поглощаясь водой, вызывает повреждение клеточных элементов, в результате чего уменьшает количество гипертрофированных тканей. У всех женщин, в возрасте от 33 до 56 лет (средний возраст составил 44 года), на-

блюдалось послеоперационное формирование «Т-образного» рубца с наличием объективных и субъективных изменений. Лечение проводили 1 раз в 4 недели, в течение 3 процедур. Оценку результатов осуществляли при помощи шкалы POSAS.

Результаты. Средние сроки после операции составили до 6 месяцев. По организационным причинам (недоступность часть времени эрбиевого лазера), части пациентам проведена процедура только неодимовым лазером (2 группа пациентов — 10 пациентов), часть пациентов (1 группа — 12 пациентов) получили процедуры обеими лазерами. У 2 группы пациентов рубец был обработан только Nd: Yag/KTP-Qsw — в режиме E-17,7 Дж/см<sup>2</sup>. Ввиду наличия сосудистого и гипертрофического компонентов в тканях у пациентов 1 группы для терапии применяли мультимодальное воздействие двух излучателей: Nd: Yag/KTP-Qsw, d-3 мм, E-17,7 Дж/см<sup>2</sup>, а затем Er: Yag/SMA, d-5 мм, E-21,2 Дж/см<sup>2</sup>.

## НАШ ОПЫТ РЕКОНСТРУКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА

Кадыров М. С.

MAXCLINIC, Бишкек, Республика Кыргызстан

Врожденная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и неба является тяжелым пороком эмбрионального развития. По данным ВОЗ, частота рождаемости детей с врожденными расщелинами губы и неба в среднем составляет 1:750 новорожденных в мире.

Цель. Оптимизация хирургического лечения детей с расщелиной губы и неба.

Материалы и методы. Период ясельный возраст.

1. Хирургическое лечение с 3-месячного возраста. Первичная хейлоринопластика выполнена по модифицированной методике Millard, и был направлен на устранение дефектов и деформаций верхней губы и носа. 2. Послеоперационная реабилитация, противорубцовая терапия. 3. Ортодонтическое лечение, изготовление obturatora, предназначенного для закрытия дефекта неба.

Период дошкольный и школьный возраст.

1. Хирургическая коррекция послеоперационных дефектов после уранопластики и небо-глоточной недостаточности (по показаниям). 2. Логопедическое лечение, которое направлено на развитие подвижности оперированного неба. 3. Хирургическое лечение — костная пластика альвеолярного отростка с 9 лет. 4. Реконструктивная хейлоринопластика при остаточных деформациях носа.

Результаты и обсуждение. Получены хорошие и удовлетворительные непосредственные результаты лечения, при этом доля больных с хорошими эстетическими результатами существенно превышает долю пациентов с удовлетворительными результатами независимо от вида и степени выраженности дефектов.

Выводы. Хирургическое лечение, основанное на устранении патологического смещения всех компонентов верхней губы, неба, носа и последующем восстановлении нормальной топографии и анатомии всех элементов, у детей раннего возраста независимо от вида и степени выраженности

дефектов позволяет добиться стойких хороших и удовлетворительных эстетических и функциональных результатов лечения.

## ПЕРЕНОСИМОСТЬ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Ковалёва Л. В., Сергеева И. Г., Колерова А. В., Макеенко О. А.  
Новосибирский государственный университет, Новосибирск

Востребованность косметологических услуг имеет тенденцию к росту, и, следовательно, пациенты могут самостоятельно обращаться к косметологу, не учитывая свой atopический анамнез.

Цель. Оценить переносимость косметологических процедур у пациентов с atopическим дерматитом.

Материалы и методы. Методом простой последовательной выборки среди пациентов, обратившихся на амбулаторный прием к дерматологу, были отобраны 50 женщин в возрасте от 25 до 55 лет, с диагнозом atopический дерматит (АтД). Пациенты были разделены на 3 группы. I группа — 6 пациентов (средний возраст 35,0±9,6 лет), с обострениями АтД после 18 лет, находящиеся в ремиссии на момент обращения. II группа — 14 пациентов (средний возраст 35,8±7,6) с проявлениями АтД в детском возрасте. III группа — 30 пациентов (средний возраст 38,1±9,1) без АтД в анамнезе. В ходе опроса получены данные о проводимых ранее косметологических процедурах: чистка лица, химический пилинг, биоревитализация, контурная пластика лица, радиоволновой лифтинг. Тяжесть АтД оценивали по шкале SCORAD (Scoring atopic dermatitis), оценку удовлетворенности выполненными процедурами — с использованием шкалы GAIS (Global aesthetic improvement scale). Интерпретация баллов по GAIS: оптимальный эстетический результат (3 балла), заметное улучшение внешнего вида по сравнению с исходным (2 балла), улучшение внешнего вида по сравнению с исходным (1 балл), внешний вид близок к исходному (0 баллов), внешний вид хуже исходного (-1 балл), заметное ухудшение внешнего вида по сравнению с исходным (-2 балла), значительное ухудшение внешнего вида по сравнению с исходным (-3 балла). Результаты. Наиболее часто пациенты выполняли контурную пластику — 18 (36%) человек, реже — химический пилинг — 10 (20%), биоревитализацию и чистку лица — по 9 (18%) пациентов, реже всего выполняли радиоволновой лифтинг — только 4 (8%) женщин из 50. Powered by TCPDF (www.tcpdf.org) Среди 6 пациентов I группы только у 1 (женщина, 26 лет) отмечено обострение АтД после проведения комбинированного (салициловая, винная, лактобионовая, лимонная кислоты) химического пилинга в области лица. До проведения процедуры у пациентки была ремиссия АтД, через неделю после процедуры началось обострение с локализацией на коже верхних конечностей (SCORAD8,6). Во 2 и 3 группах пациенток обострений АтД или новых высыпаний на коже не наблюдали. Из 6 пациентов первой группы химический пилинг получали 3 пациентки, контурную пластику 2 пациентки и чистку лица 1 пациент. Результат от проводимых процедур оценивали на 1-1 пациент, на 2-3 пациента, на 3-2 па-

циента. Оценка врачом составляла, 1 — у 3 пациентов, 3 — у 3 пациентов. Химический пилинг пациенты оценивали на 2 балла, врач — на 2 балла, контурную пластику на 3 и 3 балла соответственно, чистку лица — 3 и 2. Из 14 пациентов второй группы контурную пластику выполняли 5 пациенток, биоревитализацию 4 пациентки, радиоволновой лифтинг 3 пациентки, химический пилинг и чистку лица делали в единичных случаях. Результат оценивали на –1–1 пациента, на 0–4 пациента, на 1–2 пациента, на 2–3 пациента, на 3–4 пациента. Оценка врачом составляла –1 у 1 пациента, 0 — у 1 пациента, 1 — у 3 пациентов, 2 — у 6 пациентов, 3 — у 3 пациентов. Контурную пластику пациенты оценивали на 1 балл, врач — на 2 балла, биоревитализацию на 2 и 2, радиоволновой лифтинг на 3 и 3, химический пилинг на 0 и 2 балла, чистку лица на 3 и 2 балла. Из 30 пациентов третьей группы контурную пластику делали 13 пациенток, чистку лица — 7, химический пилинг — 6, биоревитализацию — 3 и радиоволновой лифтинг — 1. Результат оценивали на 0–1 пациент, на 1–5 пациентов, на 2–5 пациентов, на 3–19 пациентов. Оценка врачом составляла –1 у 1 пациента, 1 балл у 5 пациентов, 2 балла у 9 пациентов, 3 балла у 15 пациентов. Контурную пластику пациенты оценивали на 2 балла, врач — на 3 балла, биоревитализацию на 2 и 2, химический пилинг на 2 и 2 балла, чистку лица на 2 и 2, радиоволновой лифтинг на 1 и 1 балл.

Выводы. У пациенток с АтД в анамнезе обострения АтД встречали только в 1 случае из 20 человек, у пациентки с обострениями АтД после 18 лет. При анализе удовлетворенности пациентов косметологическими процедурами оптимальные результаты пациенты и врач отмечали после контурной пластики. Наиболее низкие оценки по шкале GAIS пациентами были характерны для пациентов с атопическим дерматитом в возрасте до 18 лет, что, возможно, отражает особенности отношения пациентов к здоровью кожи.

## НАШ АЛГОРИТМ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

Короткова Е. А., Шелег М. Ю.

*Клиника экспертной медицины «ЛАМЭ», Ярославль*

Коррекция возрастных изменений средней зоны лица является одной из самых сложных задач в эстетической медицине и в косметологии в частности. Проблема появления контурных нарушений в средней зоне лица многофакторная, а потому не может быть решена единственным способом. И здесь, как нигде, актуален комплексный подход и тандем косметолога — пластического хирурга реализуется максимально эффективно.

Цель. Разделить пациентов на группы по принципу определения причин возникновения изменений, требующих коррекции и выработки тактики по их устранению.

Задача. Продемонстрировать командный эффективный подход (косметолог и пластический хирург) в решении данной проблемы.

Материалы и методы. Нами проанализирован опыт в период с января 2020 по декабрь 2023 г. В выборку вошло 273 пациента, женщины от 33 до 67 лет. В развитии

возрастных изменений средней зоны лица (в том числе и в скорости их возникновения) большую, если не основную роль, играют анатомические предпосылки. На основании этого в первую группу мы объединили пациенток, чьи жалобы на нарушение контуров скуловой области приходится на достаточно ранний возрастной период. Эти изменения обусловлены анатомически короткой скуловой связкой, формирующие втяжение в проекции данной связки. Способ коррекции: волюмизация медиального глубокого жирового компартмента филлерами высокой плотности с целью камуфляжа. Ко второй группе мы отнесли пациентов с деформационно-отечным типом старения, где причиной нарушения контуров средней зоны лица является нарушение оттока (лимфостаз). Способ коррекции: воздействие на дренажную функцию данной области с помощью аппаратных (лимфодренажных) и инъекционных косметологических методик (введение препаратов с дренажным действием), а также компактизация поверхностных жировых слоёв с помощью аппаратной косметологии — высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука и RF-технологии. Также ко второй группе мы отнесли пациентов с усталым морфотипом, где причиной нарушения контуров средней трети лица является ригидность скуловых связок, недостаточная проекция скуловой кости, гипотрофия глубокого медиального жирового компартмента. Способ коррекции: волюмизация медиального глубокого жирового компартмента филлерами высокой плотности с целью восполнения объема, натяжения скуловых связок.

Результаты. С течением времени под воздействием гравитационных и физиологических изменений пациенты с анатомическими предпосылками (из 1 и 2 групп) переходят в третью группу, где контурные нарушения средней зоны лица появляются по следующим причинам: провисание скуловой связки; жировая инволюция глубокого жирового пакета; костная резорбция; гипертрофия поверхностного жирового слоя; неэффективность работы лимфатической системы; птозирование мягких тканей с нависанием их над носогубной складкой. Оптимальным способом коррекции в данном случае, на наш взгляд, является эндоскопически-ассистированный поверхностный (наднадкостничный) лифтинг лба и средней зоны лица с липофилингом. В отдельную группу мы решили выделить пациентов с «фесто-нами». В их формировании принимает участие провисание круговой мышцы глаза и спаянной с ней кожи на границе нижнее веко-средняя зона лица. Способом коррекции данных изменений является нижняя блефаропластика с широкой диссекцией кожи от мышцы с кантопексией (по показаниям). Пациентам с ятрогенными изменениями средней зоны лица, ассоциированные объемной коррекцией филлерами на основе ГК, предварительно удаляли препараты введением гиалуронидазы с последующим определением истинной картины.

Выводы. Комплексный, патогенетически обусловленный подход к коррекции изменений в средней зоне лица позволяет получать оптимальные эстетические результаты и повышает процент удовлетворенности пациентов. Воздействие на каждую из причин появления изменений мы имеем возможность получать естественные результаты, сохраняя индивидуальность каждого пациента.



## РОЗАЦЕА В КОСМЕТОЛОГИИ, АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Крохалева А. В.

*Центр косметологии и пластической хирургии, Екатеринбург*

Розацеа — хроническое рецидивирующее заболевание кожи лица, характеризуется гиперемией, расширением артериол, телеангиэктазиями, отеком, образованием папул, пустул. Процесс смены рецидивов и ремиссий может продолжаться многие годы. Хроническое воспалительное состояние является деструктивным для кожи, приводит к признакам преждевременного старения и требует проведения интенсивных косметологических процедур. Но воспалительный процесс является противопоказанием для проведения инвазивных методик. Перед врачом эстетической медицины стоит задача подобрать алгоритм работы для каждого пациента, учитывая форму заболевания и преобладающие симптомы. На базе Центра косметологии и пластической хирургии используются эффективные методики для дерматологического лечения пациентов с розацеа. Используя комбинации космецевтических и лечебных препаратов, аппаратные методики врачи минимизируют системную пероральную терапию, исключают осложнения при использовании топических средств, повышают социальную активность пациентов и пролонгируют ремиссию. Учитывая патогенез заболевания, лечение основывается на снижении реактивности кожи, выраженности сосудистого компонента и повышении местного иммунитета. Для быстрого разрешения воспалительных папул, пустул и узлов нашими косметологами с успехом применяется метод карбокситерапии. Во время процедуры происходит внутритканевое повышение концентрации CO<sub>2</sub>, на что организм отвечает снижением гипоксемии, усилением кровообращения, оксигенации, микроциркуляции и метаболизма. Карбокситерапия стимулирует фибробласты, которые синтезируют коллаген, эластин, протеогликаны и энзимы, а также являются продуцентами интерферонов, принимающих участие в обеспечении бактерицидного и противовоспалительного эффектов и способствующих разрушению фиброзных спаек. Поэтому у пациентов отмечается как противовоспалительное, так и антивозрастное действие. При ведении розацеа в состоянии ремиссии важно поддерживать физиологическое содержание дермального матрикса, формировать натуральный увлажняющий фактор и стабилизировать стенки капилляров. На этапе реабилитации нашими врачами проводятся процедуры интрадермального введения высокомолекулярной гиалуроновой кислоты, лечение широкополосным импульсным светом IPL, процедуры игльчатого RF. В зависимости от подтипа розацеа и преобладающих симптомов, выработаны определенные алгоритмы работы, что позволяет избежать осложнений на хрупкой коже, чувствительной к проведению интенсивных косметологических процедур. Комбинирование различных методов современной терапии и индивидуальный подход позволяют быстро перевести обострение заболевания в стойкую ремиссию, безопасно провести омолаживающие процедуры и повысить качество жизни пациентов с розацеа.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОНИДЛИНГА В СОЧЕТАНИИ С УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИЕЙ И ТОПИЧЕСКИХ ИНГИБИТОРОВ КАЛЬЦИНЕВРИНА В ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОГО ВИТИЛИГО. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Лекайон М. Г., Ломоносова К. М.

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

Витилиго называют депигментирующее заболевание кожи, которое характеризуется избирательной потерей меланоцитов. Характерным поражением является полностью бесцветное, нешелушащееся, меловидно-белое пятно с четкими краями. Данный дерматоз является наиболее распространенным депигментирующим заболеванием кожи, распространенность которого, составляет 0,5–2%. Лечение витилиго до сих пор остается одной из самых сложных дерматологических проблем. В 2021 г. подкомитет по витилиго Европейского дерматологического форума опубликовал рекомендации по ведению и лечению витилиго включающих в себя 4 основных линии. I — включает кортикостероиды и ингибиторы кальциневрина. II — фототерапию и системные стероиды. III включает в себя хирургические методы трансплантации. IV включает использование монобензилового эфира гидрохинона или 4-метоксифенола в сочетании с рубиновым лазером. Однако несколько групп исследователей предложили микронидлинг в качестве альтернативы традиционному лечению витилиго. Микронидлинг (МН) минимально инвазивный инструмент для лечения множества косметических и дерматологических заболеваний. В основе МН лежит физическая травма, вызванная проникновением иглы в кожу, вызывающая регенерацию дермы. Иглы проникают в роговой слой и создают небольшие микроканалы, с минимальным повреждением эпидермиса. Это приводит к выработке факторов роста, стимулирующих естественный каскад заживления ран по мере того, как тромбоциты и нейтрофилы привлекаются для высвобождения факторов роста, таких как TGF-альфа, — бета и фактор роста тромбоцитов, что приводит к отложению коллагена фибробластами. Исследования показали, что МН является безопасным и эффективным методом лечения витилиго, а его сочетание с топическим такролимусом демонстрирует повышенную эффективность.

Цели и задачи. На сегодняшний день не была разработана согласованная схема применения МН и отсутствует количественный анализ процедур необходимых для получения высокой степени репигментации.

Материалы и методы. Представляем клинический случай пациента А., 36 лет, который обратился на прием к дерматовенерологу в клинику кожных и венерических болезней им. В. А. Рахманова в связи с жалобами на высыпания на коже туловища слева. Больной впервые стал отмечать появление участков депигментации на коже туловища слева, 4 года назад, ни с чем не связывает. Высыпания представлены депигментированными пятнами бледно-розового цвета с четкими границами неправильных очертаний, размерами от 5 до 17 см в диаметре. Был вы-

ставлен диагноз: Несегментарное очаговое витилиго. Была назначена фототерапия УФВ-311 нм начиная с 0,25 Дж/см<sup>2</sup>, 3 раза в неделю, в сочетании с 2 курсами МН по 2 месяца с перерывом 1 месяц. 1 курс состоял из 8 процедур МН. Протокол процедуры МН: в области депигментации используя Dermarpen и одноразовую насадку с микроиглами проводятся плавные линии от пигментированных зон в зону депигментации, с целью механического переноса меланоцитов и усиления кровообращения, до достижения на поверхности обрабатываемого участка кожи «красной росы». Далее наносился крем на основе такролимуса 0,1%. После каждого сеанса МН было проведено 3 сеанса УФВ-терапии (311 нм) в течение недели.

Результаты. Для оценки эффективности процедуры МН на процесс репигментации были использованы следующие качественные ответы: легкое улучшение (репигментация 0–25%), умеренное улучшение (26–50%), хорошее улучшение (51–75%), отличное улучшение (76–100%). После заключительной процедуры микронидлинга отмечается репигментация очага витилиго на 85%. Высыпания изменили цвет с бледно-розового до физиологической окраски кожи, с четкими границами неправильных очертаний. Пациенту было рекомендовано продолжать УФВ-терапию, либо продолжить применение крема с такролимусом 0,1% до полной репигментации очага витилиго.

Выводы. Перспективным является дальнейшая разработка схем методик лечения и механизмов влияния процедуры МН на течение витилиго. Пациентам с сегментарным витилиго, прогрессирующей стадией рекомендовано проведение 8 сеансов МН каждые 2 месяца с перерывом 1 месяц и последующим повторным курсом.

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИМОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ КОРРЕКЦИИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Моржанаева М. А.

*Клиника Skin Art, Москва*

Цель. Изучить молекулярно-генетическую предрасположенность к **недифференцированной дисплазии соединительной ткани** (нДСТ) при проведении косметологических процедур и продемонстрировать алгоритм тактики ведения. Задачи:

1. Выявить основные генетические маркеры при диагностике нДСТ.
2. Разработать алгоритм тактики ведения пациентов с нДСТ.
3. Обосновать назначение векторного лифтинга на основе полимолочной кислоты.

Материалы и методы. Для диагностики нДСТ у пациентов была использована разработанная автором «генетическая панель для диагностики нДСТ» и анкета скрининга нДСТ в косметологической практике. В исследование были включены 46 пациента, получавшие коллагеностимулирующие процедуры, которые были разделены на 2 группы. Первая группа включала 22 пациента с выявленной пред-

расположенностью к нДСТ, вторая группа включала 24 пациента и не имела признаков нДСТ.

Результаты. Было установлено, что наиболее информативными генами в диагностике нДСТ являются: rs1800012\_COL1A1, rs7787362\_ELN, rs1800255\_COL3A1, rs33972313\_SLC23A1, rs1799750\_MMP1, rs35068180\_MMP3. Благодаря сочетанному применению анкеты скрининга нДСТ в косметологической практике и генетических панелей, автору удалось достичь выраженных результатов от коллагеностимулирующих методов у пациентов и профилировать возможные осложнения.

Выводы. Общие подходы к диагностике нДСТ должны быть основаны на комплексном анализе результатов клинических и лабораторных исследований. При проведении векторного лифтинга на основе полимолочной кислоты следует учитывать генетическую детерминанту и своевременно готовить пациента с помощью аминокислотно-заместительной терапии и IV-нутрицевтической поддержки.

## РАБОТА ВРАЧА-КОСМЕТОЛОГА С ПАЦИЕНТАМИ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ЗАВИСИМОСТЕЙ У ВСЕХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ

Нагибина Е. В.

*Клиника эстетики нового поколения и современного подхода MEDELENIKA, Москва*

Социальные нормы и развитие общества в настоящее время демонстрируют присутствие различных типов зависимостей у всех слоёв населения. Перечень существующих зависимостей: никотиновая, алкогольная, наркотическая, фармацевтическая и др., являются не только реалиями социума, но и встречаются у пациентов врача косметолога. Анализ мировой литературы и собственный опыт демонстрируют не только актуальность, но и глубину данного вопроса. Результаты собственной работы с данной категорией пациентов в партнерстве с коллегами из других областей демонстрируют многогранность и неоднозначность подходов к использованию стандартных косметологических протоколов.

## IPL-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Нарыгина Т. А.

*Клиника TerraSomnia, Саратов*

Как известно, раневой процесс — неотъемлемая часть жизни любого человека, вынужденная это травма — операция, или случайная. И в современном мире каждому хочется иметь впоследствии эстетический вид последствия травмы — рубца. В данной работе я изучила воздействие только одного вида аппаратной методики — IPL терапии. В основе технологии IPL (интенсивного импульсного света) лежит принцип селективного фототермолиза. За многие годы IPL-технология продемонстрировала высокую эффективность при удалении сосудистых изменений кожи

и пигментных пятен, подвергшейся фотоповреждению. Помимо этого, интенсивный импульсный свет оказывает непосредственное воздействие на синтез коллагеновых волокон, улучшая, таким образом, структуру кожи.

Цель. Поделится личными клиническими примерами воздействия IPL на разные фазы раневого процесса.

Материалы и методы. В своей работе хочу представить три клинических примера с повреждениями кожных покровов с различным сроком давности процесса. Возьмем самый «давний» из трех — сроком 1 год после операции SMAS-лифтинга.

Пациентка А., 41 год. Жалобы пациента заключались в наличии широкого дефекта кожи заушной зоны по краю волосистой части головы (типичный шов после данной операции) с одной стороны. Выяснили причину данного дефекта только с одной стороны. Устранили его. И начали регулярную терапию с использованием фильтра с длиной волны 515 нм 1 раз в 3 недели. В начале терапии борьба была направлена на воздействие на патологические сосуды в дне дефекта. Далее последующие процедуры проводились с возрастающей энергией на shot-режиме для максимального эффекта стимуляции коллагенообразования с положительной динамикой в виде образования нормотрофического рубца.

Пациентка П., 29 лет. Второй клинический случай представляет собой лечение послеоперационного рубца в правой подвздошной области после эхинококкэктомии печени. Срок рубца около 6 месяцев. Расположен в правой подвздошной области длиной примерно 30 см с тенденцией к гипертрофии. Лечение так же проводилось с использованием фильтра 515 нм 1 раз в 3 недели. Отмечается положительная динамика в виде стабилизации процесса. Цвет рубца имеет светло-розовый окрас, близкий к цвету окружающих тканей. Также отмечается уменьшение плотности и высоты рубца.

Пациентка Ш., 40 лет. Третий клинический случай. Пациентка получила бытовую травму на лице. Отмечались разрывы тканей слизистой ротовой полости, крыла и спинки носа. Последний дефект был ушит хирургически. Так же были обширные гематомы, болезненность. Помимо данных жалоб пациентку беспокоил очень внешний вид. Для терапии данной зоны также применялась IPL терапия. Отмечалась положительная динамика в виде устранения болезненности, отека, гематом.

Выводы. В каждом клиническом случае отмечалась положительная динамика. Воздействие проводилось на необходимое звено патогенеза процесса. Таким образом, по моему мнению, IPL-терапия — необходимый компонент в лечении и профилактике гипертрофических рубцов в раннем и отдаленном периодах.

## ПОЛИМОЛОЧНАЯ КИСЛОТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КОСМЕТОЛОГА: РИСКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Первых С. Л.

*Клиника доказательной медицины «ДокМед», Москва*

Сложнокомпонентные по химическому составу филлеры на данный момент получают все большее развитие и применение в эстетической медицине. Одной из многочис-

ленных групп представителей данных филлеров являются медицинские изделия на основе полимолочной кислоты. Многоступенчатый каскад реакций на введение таких материалов провоцирует выработку одного из главных объектов работы косметолога — коллаген. Однако, наряду с позитивным результатом, применение данных филлеров ведет к развитию нежелательных явлений, риски которых порой недооценены врачами. В докладе демонстрируется обзор мирового опыта и результаты собственного опыта.

## ПЕРМАНЕНТНЫЕ И БИОСТИМУЛИРУЮЩИЕ НИТИ, АЛГОРИТМ ПРИМЕНЕНИЯ С УЧЕТОМ АНАТОМИЧЕСКИХ И ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Петраш Н. В., Груздев Д. А.

*«Смарт-клиник», Москва*

Нитевой лифтинг с целью подтяжки лица, улучшения структуры и качества кожи. Биостимулирующие нити разных модификаций — «I» и «с»-образные (по классификации Д. А. Груздева) дают возможность получить стойкий эффект подтяжки лица длительностью от года. Также обладают эффектом неоколлагенеза. Перманентные нити применяют в более старшей возрастной группе и позволяют создавать четкий овал лица с длительностью эффекта около 5 лет. Нитевой лифтинг — сочетание перманентных и биостимулирующих нитей при разных морфотипах старения поддерживают ткани и архитектонику лица. Владение этими техниками и встраивание в комплексную anti-age-терапию значительно расширяют возможности врача-косметолога.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ МЕТОДОМ ЧИСЛЕННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Пономарев И. В.

*Физический институт им. П. Н. Лебедева РАН, Москва*

Методом численного моделирования нагрева кожи показано, что двухволновое излучение лазера на парах меди на длинах волн 511 и 578 нм обеспечивает максимальную эффективность и безопасность лазерного удаления новообразования в периорбитальной области. Рекомендации по выбору условий воздействия внедрены в клиническую практику отечественных и зарубежных лечебных учреждений. Использование лазерного излучения для удаления новообразований в периорбитальной области осложнено риском повреждения органа зрения, что определяет актуальность поиска безопасного варианта лазерного воздействия. Выбор параметров лазерного воздействия на новообразование осуществлялся на основании результатов численного моделирования нагрева лазерным излучением ткани для достижения температуры, достаточной для денатурации (более 65 °С). Показаны расчетные распределения максимальной температуры ткани при воздействии

излучения лазера на парах меди (ЛПМ) и диодного лазера с длительностью импульса 200 мс. Излучение лазеров ближнего инфракрасного диапазона (рубин, александрит, Nd: YAG) проникает на глубину, превышающую толщину кожи в периорбитальной области, поэтому их применение связано с риском повреждения органа зрения. Использование лазера на парах меди (ЛПМ) является более предпочтительным вариантом воздействия, так как из-за высокого поглощения излучения ЛПМ меланином и оксигемоглобином, температура денатурации ткани достигается при меньших энергетических экспозициях и не происходит повреждения глубоко расположенных слоев ткани. Это обеспечивает безопасность процедуры при воздействии в периорбитальной области. Расчетное распределение температуры нагрева ткани излучением лазера на парах меди на длине волны 578 нм и диодного лазера (980 нм) при различных энергетических экспозициях (Дж/см<sup>2</sup>). Представлены расчетные значения энергетической экспозиции, обеспечивающие нагрев ткани до температур 65–100 °С с использованием ЛПМ и других типов лазеров. Расчетные зоны прогрева тканей до температуры свыше 65–100 °С при различных энергетических экспозициях для ЛПМ на длинах волн 511 нм и 578 нм, диодного 980 нм и Nd: YAG лазеров 1060 нм. Время экспозиции 200 мс. Использование двухволнового излучения ЛПМ с различным соотношением мощностей на длинах волн 511 и 578 нм позволяет выбрать оптимальные параметры воздействия лазера в зависимости от толщины невуса и интенсивности его окраски, что особенно важно при проведении процедуры на глазном веке. Эффективность и безопасность применения двухволнового излучения ЛПМ для лечения новообразований в периорбитальной области подтверждена опытом лечения более 200 пациентов (Рис.3) и открывает новые возможности для его использования в дерматологии и офтальмологии. Высокая социальная значимость использования новой лазерной технологии лечения определяется возможностью безопасного устранения косметического дефекта без риска нарушения зрения, что существенно повышает качество жизни пациентов.

### **ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОЦЕССЫ ЗАЖИВЛЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РВАНО-УШИБЛЕННОЙ РАНЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ**

**Раджабова М. М.**  
ООО «МК-Клиника», Мытищи

Цель. Оценка эффективности фотодинамической терапии в раннем послеоперационном периоде у пациентки с рвано-ушибленной раной нижней губы. Влияние фотодинамической терапии на процессы заживления и качество рубца в позднем и отсроченном послеоперационных периодах. Материалы и методы. На сегодняшний день фотодинамическая терапия (ФДТ) является одной из перспективных и высокоэффективных технологий в эстетической медицине. В ООО «МК-Клиника» фотодинамическая терапия

применяется с 2014 г. Для фотодинамической терапии в нашей клинике используются отечественные лазерный и светодиодные аппараты, генерирующие световое излучение 662 нм и отечественный фотосенсибилизатор в виде диметилглюкаминовой соли хлорина-е 6, что представляет собой идеальное сочетание светового излучения и фотосенсибилизатора для применения в косметологии и дерматологии. На базе клиники был разработан протокол фотодинамической терапии как монометода, так и в виде комбинированного последовательного и сочетанного применения ФДТ с рядом аппаратных технологий и инъекционных методик для коррекции и лечения различных заболеваний и состояний кожи с получением высоких результатов. Также в нашей клинике данный метод успешно применяется при лечении нежелательных явлений и осложнений после различных косметологических процедур (контурная пластика; фракционная абляция; ботулинотерапия и др.).

Применение ФДТ показало высокую эффективность в подготовке пациентов к пластическим операциям, а также в раннем, позднем и отдаленном послеоперационных периодах. Это связано с антибактериальным, противовоспалительным, противоотечным, иммуномодулирующим и повышающем регенераторный потенциал действием ФДТ, что лежало в основании принятия решения в последующем клиническом случае. В ноябре 2022 г. обратилась пациентка с просьбой провести реабилитацию сразу после ушивания рвано-ушибленной раны нижней губы, которую получила за сутки до этого. Была принято решение провести курс процедур фотодинамической терапии. Процедуры проводились ежедневно до и в день снятия швов, далее также было проведено 2 процедуры ФДТ с интервалом в 3 дня.

Результаты. Результат курса фотодинамической терапии был удовлетворительный, он отслеживался на протяжении 10 месяцев. Отмечался противовоспалительный, антибактериальный, обезболивающий эффекты ФДТ. Послеоперационный период, учитывая характер ранения, проходил без осложнений и нежелательных явлений. Окончательный результат оценивался через девять месяцев после происшествия. Рубец имеет нормотрофический характер, практически не заметен и не доставляет беспокойства пациентке.

Выводы. Фотодинамическая терапия — уникальная технология, которая показывает высокую эффективность при различных состояниях и заболеваниях кожи. Все это обусловлено механизмом действия фотодинамической терапии и объясняется разнообразием мишеней, которыми являются живые клетки, участвующие в патогенезе развития различных состояний и заболеваний кожи, а также осложнений и нежелательных явлений после пластических операций и ряда косметологических процедур. Немалую лепту в высокую эффективность фотодинамической терапии вносит дополнительное мощное фототерапевтическое действие светового излучения, применяемого при проведении ФДТ. Она имеет широкий спектр показаний, является безопасной для наших пациентов и имеет высокую эффективность без назначения большинству пациентов системных и топических лекарственных препаратов различных групп, позволяя тем самым избежать рисков развития системных побочных эффектов. Фотодинамическая терапия также может применяться в пластической

хирургии с целью подготовки к пластическим операциям и последующей после них реабилитации. ФДТ в силу своего механизма действия способствует укорочению периода заживления и формирования в последующем рубцов хорошего качества и с хорошим эстетическим эффектом.

## ПОТЕНЦИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ КОЛЛАГЕНОТЕРАПИИ И ИГОЛЬЧАТОГО РАДИОВОЛНОВОГО ЛИФТИНГА

Сквородникова И. В.

*Клиника эстетической медицины «СКВклиник», Барнаул*

В клинической практике мы часто применяем сочетанное использование инъекционных препаратов и аппаратных методов. Комбинация, заставляя, позволяет достичь более выраженных результатов.

Целью нашей работы стали изучение и оценка влияния инъекционного препарата на основе коллагена на результаты процедуры игольчатого RF-лифтинга.

Задачи:

1. Сравнение картины изменений кожи у пациентов после применения игольчатого RF-лифтинга и его сочетания с инъекционным препаратом на основе коллагена.
2. Определение влияния выполненных процедур на состояние параметров кожи: выраженность морщин, текстура, толщина дермы, плотность гиподермы путем проведения морфофункциональных измерений кожи.

Материалы и методы. С целью определения эффективности сочетанного применения коллагенотерапии и игольчатого RF-лифтинга было проведено пилотное исследование. Пациенты были отобраны в однородные группы: 30–45 лет, 45–60 лет и старше 60 лет, женщины, усталый или деформационно-отечный тип старения, тусклый цвет лица. Предварительно проведено фото документирование. Определение параметров толщины дермы и плотности гиподермы путем проведения морфофункциональных измерений кожи на аппарате УЗИ кожи, используем высокочастотный датчик 22–50 МГц и диагностические обследования на аппарате Антера 3D. С одной стороны лица и шеи (левой) провели инъекции препарата содержащие микрочастицы бычьего коллагена I типа, вторая половина лица (правая) осталась интактной, без инъекций. Через 10 дней пациентам проведена одна процедура игольчатого RF-лифтинга кожи лица и шеи с изолированными позолоченными иглами. Через 3 недели после процедуры выполнили контрольное диагностическое обследование.

Оценка результатов. Клиническое состояние кожи после игольчатого RF-лифтинга и после сочетанного применения инъекционного препарата на основе коллагена и игольчатого RF-лифтинга оценивали на основании аппаратного диагностического исследования Антера 3D и ультразвуковой диагностики кожи высокочастотными датчиками 22–50 МГц. Проводили исследования и сравнительную оценку функциональных показателей кожи: выраженность морщин, текстура кожи, толщина дермы, плотность гиподермы. По результатам проведенной диагностики на Антера 3D, in vivo УЗ-сканирования выявлены количественные изменения показателей толщины и акустической плотности дермы, глубины морщин, что позволяет говорить об эф-

фективности косметологических процедур. Проведенный анализ показал улучшение общей клинико-эстетической картины лица и шеи во всех группах пациентов, однако сочетание двух методик позволяет добиться более выраженного эффекта у пациентов до 55 лет.

Выводы. Использование сочетанного протокола коллагенотерапии и игольчатого RF-лифтинга является оправданным. Протокол подходит для любого типа старения и различных возрастных групп.

## ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В НОРМАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА РАНОЗАЖИВЛЕНИЯ

Смолянова А. О.

*ООО «Зелья Красоты», Москва*

Фотодинамическая терапия длительное время применяется в дерматологической и косметологической практике. Однако чаще используется для лечения кожных заболеваний: угревой болезни, себорейного дерматита, псориаза, актинического кератоза.

В своей работе я привожу результаты сравнения эффективности нескольких фотосенсибилизаторов на основе природного Хлорина Е 6 и сочетания его с Аминолевулиновой кислотой (ALA), в процессе постоперационного заживления ран, нормализации созревания грануляционной ткани в практике работы с вросшим ногтем, улучшения заживления швов после пластической и реконструктивной терапии, а также терапию гнойных осложнений после введения препаратов контурной пластики.

## СОЧЕТАНИЕ МЕТОДИК: ИНЪЕКЦИОННЫХ, АППАРАТНЫХ И ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭРИТЕМАТОЗНО- ТЕЛЕАНГИЭКТАТИЧЕСКОГО И ПАПУЛО- ПУСТУЛЕЗНОГО ПОДТИПОВ РОЗАЦЕА

Фимочкина Г. Р., Соколова А. В.

*Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии, ООО «Джиэф Медицинские Технологии», Екатеринбург*

Розацеа — хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся поражением сально-фолликулярного аппарата, преимущественно кожи лица, с проявлениями в виде эритемы, папуло-пустулезных высыпаний и различных поствоспалительных дефектов. Разнообразие клинических симптомов объясняет эффективность комбинированных методик в терапии заболевания.

Цель исследования. Сравнить эффективность и безопасность применения ботулинотерапии и лазерной терапии в сочетании с топической для лечения розацеа с сосудистым и воспалительным компонентом при эритематозно-телеангиэктатическом и папуло-пустулезном подтипах. Материал и методы. Среди пациентов преобладали женщины (97,67%). Оценка возрастной категории проводилась в соответствии с возрастной классификацией

Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2016 г.): молодому возрасту соответствовал возрастной период от 18 до 44 лет, среднему возрасту — от 45 до 59 лет. Показатели возраста во всех группах соответствуют молодому возрасту. Средняя длительность заболевания более шести лет. В зависимости от терапии пациенты с сочетанием эритематозно-телеангиэктатического (ЭТПР) и папуло-пустулезного подтипов (ПППР) розацеа были распределены на три группы: 1-я группа (15 пациентов) получала процедуры ботулинотерапии и топическую терапию азелаиновой кислотой и ивермектином, 2-я группа (15 пациентов) — процедуры импульсного лазера на красителях (ИЛК) 595 нм и идентичную топическую терапию, 3-я группа — процедуры ИЛК 595 нм, ботулинотерапию, азелаиновую кислоту 15% гель утром, ивермектин 1% крем вечером. В первый и последний визит клиническая оценка проводилась с помощью фотодокументирования, а успех терапии оценивался по дерматологическому индексу шкалы симптомов ДИШС (the Dermatological index of the symptom scale). Степень тяжести клинических проявлений у наблюдаемых больных оценивалась в баллах по шкале ДИШС (до лечения — базовый уровень — и через 12 недель терапии) от 0 до 15 баллов.

Результаты. По данным суммарного индекса ДИШС, наибольшая эффективность в купировании сосудистого компонента и воспаления наблюдалась в 3-й группе (89,1%), несколько ниже в группе № 2 и № 1—70,8% и 61,4% соответственно ( $p < 0,05$ ). В соответствии с динамикой индекса ДИШС (баллы) в отношении воспалительного компонента отмечались лучшие результаты в 1-й группе исследования 90,9%, в 3-ей группе 80%, во 2-й группе — 69,2%. В отношении эритемы и сосудистого компонента группа № 3 показала наилучшие результаты 84,2 и 94,1% соответственно.

Обсуждение. При сочетании подтипов ЭТПР и ПППР легкой и средней степени тяжести большую эффективность в плане терапии телеангиэктазий показала комбинированная терапия ИЛК 595 нм, ботулинотерапии на фоне лечения ивермектином и азелаиновой кислотой. Значительное улучшение при терапии инкобобулоксимом типа А в комбинации с топическими средствами показано в отношении папул, пустул. Комбинированное применение ивермектина, азелаиновой кислоты, ИЛК 595 нм и ботулинотерапии хорошо переносится пациентами, не вызывает сухости и шелушения.

Выводы. Комбинированные методы лечения эффективны при терапии розацеа в отношении как сосудистого, так и воспалительного компонентов, улучшают качество кожи пациентов с розацеа, поэтому представляют собой перспективный подход в лечении пациентов с ЭТПР и ПППР.

## ПОСЛЕРОДОВОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОБЛАСТИ ЖИВОТА БЕЗ ОПЕРАЦИЙ

Хасиева Э. Н.

*Клиника косметологии и IV-терапии «Элли Мед», Москва*

Часто косметологи при приеме пациентов назначают терапию лишь на лицо, шею, в лучшем случае на декольте и руки. Однако, по статистике, практически нет пациен-

тов, которые полностью довольны качеством своего тела. Особенно качеством кожи в области живота, потому что основной пул наших пациентов это женщины в возрасте от 30 до 45 лет, которые находятся в периоде детородного возраста. Во время беременности кожа живота значительно растягивается и часто не имеет тенденции к возвращению в исходное состояние, задача — компактизировать и сократить кожный лоскут, повысить тонус и тургор кожи. Эффективнее всего с этим справляется сочетание коллагеностимулирующих процедур (игольчатый RF-лифтинг) и инъекционные методы (биорепаляция, введение полимолочной кислоты, коллагенотерапия).

В докладе будет представлена информация о потенцировании эффектов сочетанных методик, выборе протоколов и клинических результатах с фотоматериалами.

## ТРЕНДОВЫЕ МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ ГУБ: ОШИБКИ, ПОСЛЕДСТВИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Хасиева Э. Н.

*Клиника косметологии и iv-терапии «Элли Мед», Москва*

На сегодняшний день появилось много новомодных техник коррекции губ, которые иногда приводят к очень плачевным последствиям. Визуально это может быть красиво, но неизбежно ведет к миграции препарата на слизистую и к комкам внутри губ. В данном случае гиалуроновая кислота не может биодеградировать, так как не распределена равномерно или введена в некорректный слой, далее она фиброзируется. В связи с этим данные нежелательные последствия необходимо устранять как можно скорее. Очень часто пациенты ждут когда «само рассосется», но ожидание лишь усугубляет клиническую картину. Как предотвратить нежелательные явления и какие правила при увеличении губ необходимо соблюдать, чтобы этого не происходило. Если к вам уже обратился пациент с такой проблемой, то, как ее грамотно исправить (правила работы ферментами и техника, которая позволяет увеличить эффективность гиалуронидазы). Демонстрация фото- и видеоматериалов клинических примеров.

## ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И ГИПЕРТРОФИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ВРАЧА-КОСМЕТОЛОГА, СТОМАТОЛОГА, ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА

Шаленкова И. В., Карпова Е. И.

*ООО «Тонус», Нижний Новгород*

В настоящее время на приеме у врача косметолога все чаще встречаются пациенты с патологией ВНЧС (височно-нижнечелюстного сустава), бруксизмом. Височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС) можно назвать одним из самых «работающих» суставов человеческого скелета. Однако в случаях, когда правильное соотношение суставных поверхностей нарушается, возникает дисфункция височно-

нижнечелюстного сустава, которая проявляется разной степени выраженности дискомфортом, а также может приводить к эстетическим нарушениям лица. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава — это нарушение координированной работы жевательных мышц, ВНЧС, и взаимного расположения элементов ВНЧС (головки и диска относительно суставного бугорка). Диагноз «дисфункция височно-нижнечелюстного сустава» означает, что сустав выполняет свою работу не в полном объеме или некорректно. Значительную роль в развитии патологии играет стресс или длительное нервное перенапряжение, аномалии прикуса, врожденные особенности строения сустава и костей лицевого черепа, бруксизм. Бруксизм — стереотипные движения нижней челюсти (повторяющаяся произвольная мышечная деятельность), сопровождающиеся трением или сжатием зубов, которая может возникнуть во время сна или бодрствования. Бруксизм — гиперкинез, не поддающийся волевому контролю. Учитывая, что дисфункция височно-нижнечелюстного сустава затрагивает не только зубочелюстной аппарат, но и смежные области, пациенты часто обращаются к врачам косметологам с эстетической проблемой. Их беспокоит изменение овала лица, снижение высоты нижней трети лица, возможные асимметрии.

Цель. Разработать алгоритм обследования пациентов с дисфункцией ВНЧС и гипертрофией жевательных мышц на приеме у врача косметолога. Оценить эффективность комплексного лечения данных пациентов с участием врачей смежных специальностей (стоматолога, ЧЛХ, невролога, остеопата).

Материалы и методы. Сбор анамнеза, визуальный осмотр, пальпация, компьютерная томография ВНЧС, электромиография, консультации смежных специалистов (стоматолог, челюстно-лицевой хирург, невролог, остеопат).

Результаты. Разработан алгоритм обследования и лечения пациентов с дисфункцией ВНЧС, бруксизмом на приеме у врача-косметолога. Проведена оценка эффективности комплексного лечения (ботулинотерапия, лечение у стоматолога ортопеда, невролога, остеопата) на основании электромиографии, жалоб пациентов, визуального осмотра и проведения функциональных проб через 3–6 мес. Сформулированы основные принципы ботулинотерапии жевательных мышц.

Выводы. На основании комплексного обследования и лечения пациентов с дисфункцией ВНЧС сформулированы следующие выводы: - степень гиперкинеза при бруксизме не всегда коррелирует с объемом мышц, поскольку объем жевательных мышц исходно определяется морфологией черепа, — суммарная активность при электромиографии жевательных мышц не всегда коррелирует с выраженностью бруксизма, — в основе дисфункции ВНЧС лежит мышечная патология, соответственно, неотъемлемым этапом лечения является миорелаксация (каппы, ботулинотерапия), — при наличии жалоб на боль, «хруст», и «щелканье» в области ВНЧС необходимы инъекции ботулотоксина в латеральные крыловидные мышцы, — дополнительно для устранения болевых ощущений применяются анальгетики и противовоспалительные препараты, миорелаксанты, физиотерапевтические процедуры, миогимнастика, лечение у остеопата, — в случаях, когда дисфункция височно-нижнечелюстного сустава не устраняется консервативными методами, необходима консультация челюстно-лицевого хирурга с целью принятия решения о необходимости хи-

рургического лечения. Залогом успешного лечения пациентов с дисфункцией ВНЧС является комплексное обследование пациента с консультацией смежных специалистов (стоматолога, челюстно-лицевого хирурга, невролога), выявлением причин, повлекших за собой нарушение работы сустава и определения тактики и этапности лечения у каждого из специалистов. Только совместное этиопатогенетическое лечение приведет к положительным долгосрочным результатам и снижению риска побочных явлений.

**Конкурс молодых ученых**

## ЛИПОФИЛИНГ В КОМПЛЕКСЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдугафоров С. А., Воронников В. В., Пахомова Р. А., Гугнина А. С., Сойнов А. В., Ким С. И., Копытич И. В., Мчелидзе Т. Г.

*Российский биотехнологический университет, Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина», Москва*

Рак молочной железы занимает ведущие позиции в структуре онкологических заболеваний по всему миру. В России за 2021 г. зарегистрировано 69 714 новых случаев, что составляет 22,1% в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин. Наиболее часто встречаемым осложнением при комплексном лечении рака молочной железы является «постмастэктомический синдром», который включает в себя нарушение лимфооттока в виде лимфатического отека конечности, лимфатический отек мягких тканей пекторальной области, нарушение венозного оттока в виде стеноза или окклюзии подмышечной и/или подключичной вен, грубые рубцы, вызывающие приводящую контрактуру плеча, брахиоплексит и другие. Реабилитационная терапия делится на терапевтическую, психологическую и хирургическую. Идея. Среди хирургических методов реабилитации отсутствуют меры, направленные на снижение симптомов лимфатической отечности пекторальной области.

Цель. Проанализировать эффективность липофиллинга при постмастэктомическом синдроме.

Материалы и методы. С октября 2022 по июнь 2023 г. на базе онкохирургического отделения «РЖД-Медицина», Москва выполнен липофиллинг пекторальной области у 22 пациентов в комплексном лечении постмастэктомического синдрома. Стадия заболевания cT 1–3N0–3M0, состояние после комплексного лечения от 1 года до 5 лет. У всех пациентов была выполнена ранее аксиллярная лимфодиссекция, у 18 из них была проведена лучевая терапия. У всех пациентов были симптомы нарушения лимфодренажа мягких тканей и постлучевые осложнения в пекторальной области после лечения рака молочной железы: рецидивирующая краснота и рожистое воспаление, которое возникает как минимум 3 раза в год, а также плотность кожи и рубцов. Липосакция в 16 случаях выполнялась из живота и боков, в 3 случаях из бедер. Забор жира занимала в среднем 32 минуты, введение 17 минут, общая продолжительность вмешательства 62 минуты. В среднем липоаспира́т составлял 342 мл, после обработки (отстаивание) введено в реципиентную зону в среднем 79 мл жи-

ровой ткани. Забор жира проводилось канюлей Mercedes диаметром 3–4 мм вручную в шприцы по 20 мл. Введение проводилось канюлей 1–2 мл шприцами по 2 мл.

Результаты. Время наблюдения составило от 4 месяцев до 1 года. У большинства пациентов (81,8%) после одной процедуры липофилинга отсутствуют симптомы воспаления и отека. У 4 пациентов в среднем через 3 месяца отмечается краснота, из них у 1-й пациентки болезненный синдром из-за сформированной гематомы. Всем 4 пациентам выполнена повторная процедура липофилинга. У всех пациентов, ранее получавших лучевую терапию в дополнение к хирургическому онкологическому лечению, мы наблюдали значительное размягчение тканей и рубцов. Большинство пациентов сообщали об уменьшении затвердевания и ригидности груди (90,9%), а также о повышении подвижности имплантата и/или всей окружающей ткани молочной железы (86,4%). Рецидивов рака молочной железы у пациентов нашего исследования за время наблюдения не наблюдалось.

Обсуждение. Липофилинг — безопасная и эффективная процедура с низкой частотой незначительных осложнений у пациентов с постмастэктомическим синдромом и постлучевыми изменениями. При этом большое значение имеет регенеративный аспект липофилинга. Липофилинг можно проводить относительно короткими и безопасными процедурами. Здесь мы описываем среднее время процедуры 62 мин. Однако время наблюдения небольшое, поэтому для получения больше результатов мы продолжим наблюдение. Следует отметить, что помимо уменьшения симптомов постмастэктомического синдрома и постлучевых изменений, пациенты сообщили об улучшении эстетических результатов.

### ЛИПОФИЛИНГ В СОЧЕТАНИИ С ЛИМФОВЕНОЗНЫМ АНАСТОМОЗОМ В КОМПЛЕКСЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдугафоров С. А., Воротников В. В., Пахомова Р. А.,  
Сойнов А. В., Гугнина А. С., Копытич И. В., Ким С. И.,  
Мчелидзе Т. Г.

РОСБИОТЕХ, ЧУЗ Центральная Клиническая Больница РЖД-  
Медицина, Москва

Рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущие позиции в структуре онкологических заболеваний по всему миру. В России за 2021 год зарегистрировано 69714 новых случаев, что составляет 22,1% в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин. Наиболее часто встречаемым осложнением после комплексного лечения РМЖ является «постмастэктомический синдром», который включает в себя нарушение лимфооттока в виде лимфатического отека конечности, лимфатический отек мягких тканей пекторальной области, нарушение венозного оттока в виде стеноза или окклюзии подмышечной и/или подключичной вен и другие. Идея: При отсроченной реконструкции молочной железы экспандером частота осложнений увеличивается при выраженном постмастэктомическом синдроме из-за нарушения местной иммунной системы, оттока лимфы. Некоторые авторы считают пост-

мастэктомический синдром как относительное противопоказание к отсроченной реконструкции.

Цель. Проанализировать эффективность липофилинга в сочетании с лимфовенозным анастомозом (ЛВА) при реконструкции молочной железы.

Материалы и методы. С августа 2022 по июнь 2023 г. на базе «РЖД-Медицина», Москва выполнен липофилинг пекторальной области с наложением ЛВА у 29 пациентов как первый этап реконструкции молочной железы (группа № 1). Затем через 3 месяца выполнена отсроченная реконструкция молочной железы тканевым расширителем (экспандер). Стадия заболевания cT 1–3N0–3M0, состояние после комплексного лечения через 2,5±0,5 года. У всех пациентов была выполнена ранее мастэктомия с аксиллярной лимфодиссекцией, лучевая терапия в разных медицинских учреждениях РФ. У всех пациентов были выявлены симптомы нарушения лимфодренажа от верхней конечности при помощи индоцианинового красителя по лимфографии. Контрольная группа (группа № 2) включала 27 пациентов, у которых по результатам лимфографии не было признаков лимфостаза, им проводилась реконструкция экспандером без первичного этапа липофилинга и ЛВА. Не было статистически значимой разницы между группами по возрасту, курению, стадии заболевания, проведенному ранее лечению. Сравнение результатов проводилось в частоте встречаемости осложнений. Липосакция в 24 случаях выполнялась из живота и боков, в 3 случаях из бедер, у 2 пациентов и с живота, боков, бедер. В среднем, после обработки (отстаивание) введено в реципиентную зону 84 мл жировой ткани. Забор жира проводился канюлей Mercedes диаметром 3–4 мм вручную в шприцы по 20 мл. Введение проводилось канюлей 1–2 мл шприцами по 2 мл. ЛВА проводилось на верхней конечности с помощью красителя индоцианин и микрохирургической техники.

Результаты. Время наблюдения составило от 3 месяцев до 1 года (медиана наблюдения). За время наблюдения из выявили следующие осложнения: экстррузия эндопротеза по одному случаю в обеих группах (3,4% и 3,7% соответственно), серома у 3 пациентов в первой группе и у 2 во второй (10,3% и 7,4%), ранняя послеоперационная гематома наблюдалась по одному случаю в обеих группах (3,4% и 3,7%). У двух пациентов во второй группе отмечается замена нефункционирующего экспандера: в обоих случаях при замене выявлено нецелостность тканевого расширителя. Инфекционных осложнений не наблюдалось. За время наблюдения рецидива заболевания не наблюдалось.

Выводы. Согласно результатам нашего исследования не наблюдалась статистически значимой разницы между частотой осложнений в двух группах. Во второй группе замена экспандера на экспандер проводилось из-за нецелостности экспандера: в обоих случаях обнаружена отверстие с латеральной стороны экспандера, возможно при пункции иглой. Согласно литературным данным экстррузия экспандера при отсроченной реконструкции молочной железы встречается до 15%. Наличие нарушения лимфатической системы оценивается как относительное противопоказание к отсроченной реконструкции из-за относительно высокого риска экстррузии эндопротеза (до 40%), несостоятельности швов (до 25%). Мы считаем, что метод липофилинга в сочетании с ЛВА может быть более безопасным и эффективным ме-



тодом для отсроченной реконструкции молочной железы. Методика требует на одно хирургическое вмешательство больше, чем без нее. Методика требует дополнительных исследований (сравнение с другими группами, более длительное наблюдение, увеличение количества пациентов в группах сравнения), однако предварительные данные говорят о том, что количество осложнений было снижено в группе с липофлингом и ЛВА, и сравнимо с группой, у которых был нормальный лимфоотток.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НИЖНЕЙ И МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ

**Бакушев А. П.**

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей — филиал РМАНПО, Новокузнецк*

По данным литературы частота повреждений костей средней зоны лица составляет до 40% и занимает второе место от общего числа переломов костей лицевого скелета (Епифанов С. А. с соавт., 2018). Ведущим фактором формирования энтофтальма и бинокулярной диплопии является травматические повреждения стенок глазниц, в большей степени нижней и медиальной (Сипкин А. М. с соавт., 2016; Кулаков А. А., 2019). Повреждения глазницы составляют от 36 до 64%, среди которых повреждения именно стенок глазниц составляет до 85% (Груша Я. О. с соавт., 2019; Blumer M. с соавт., 2020). Хирургическая коррекция и реконструкция данных повреждений и их последствий имеет важное социальное значение (Дубровин М. С. с соавт., 2012; Николаенко В. П., 2012). Повреждения стенок глазницы с пролабированием мягкотканых структур глазницы в область сформировавшегося дефекта стенки глазницы без хирургического лечения однозначно приводит к образованию стойкой диплопии и энтофтальму. Кроме того, количество осложнений после проведенного оперативного вмешательства в виде посттравматического энтофтальма в позднем реабилитационном остается значительным и составляет до 20% (Гущина М. Б. с соавт., 2019).

Цель. Прогнозирование исходов хирургического лечения пациентов с изолированными повреждениями медиальной и нижней стенок глазницы.

Материал и методы. Всего за период с 2020 по 2023 г. прооперировано 34 пациента с изолированными повреждениями нижней и медиальной стенок глазницы. Из них 31 мужчина и 3 женщины. При поступлении в стационар пациентам наряду с физикальными и лабораторными методами обследования применяли лучевые методы в виде мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) средней зоны лица, магнитно-резонансной томографии (МРТ) глазниц. По данным МСКТ исследования выявляли не только локализацию повреждения и размеры дефекта, но и смещение в область дефекта мягкотканых структур глазницы (нижняя прямая мышца, околослезничная клетчатка), величину пролабирования содержимого глазницы в полость верхнечелюстной пазухи, степень гипо- и энтофтальма при переломах. По данным МРТ исследования определяли разницу объема ретробульбарной клетчат-

ки здоровой и поврежденной глазницы при деформации ее стенок (вследствие рубцевания и пролабирования клетчатки). По данным результата составляли математический алгоритм, 3D-моделирование недостающего объема и высчитывался размер эндопротеза с целью коррекции энтофтальма. При свежих или застарелых переломах (n=21) с целью закрытия дефекта стенки глазницы мы использовали деминерализованную кортикальную пластинку. Использовали данный материал в виду хорошей биосовместимости и возможности окончательной адаптации, замещения дефекта стенки глазницы и отсутствия дополнительной хирургической травмы как, например, при заборе костного аутоаутографта. При деформациях (n=14) применяли силиконовые эндопротезы с металлическим каркасом или в сочетании с деминерализованной кортикальной пластинкой. В случае применения только силиконового блока его фиксация осуществлялась через сформированные отверстия в нижнем крае глазницы нерезорбируемым шовным материалом. Результаты. При реконструкции нижней и медиальной стенок глазницы деминерализованной кортикальной пластинкой ранних осложнений мы не наблюдали. Поздние осложнения через 3–6 месяцев в виде энтофтальма до 2 мм в 1 (4,8%) случае. У пациентов, которым применяли силиконовые эндопротезы наблюдали у 1 (7,1%) пациента ретракцию нижнего века. В последующем проведена коррекция данных состояний.

Выводы. Таким образом, использование деминерализованной кортикальной пластинки имеет преимущества в виду минимизации хирургической травмы, отсутствия дополнительных доступов для забора аутографтов. МРТ и МСКТ визуализация деформации и мягкотканых структур глазницы с последующим математическим алгоритмом расчета позволяет точно восполнить утраченный объем глазницы.

## АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА СТОПАХ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**Бимбаева А. Д., Иванов Д. В., Бялик В. Е., Макаров М. А., Бимбаев В. Б.**

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

Поражение суставов переднего отдела стопы, по данным различных авторов, встречается у 60–80% всех больных ревматическими заболеваниями (РЗ). Нарушение функций тесно связано с выраженностью поражений и зачастую может носить различный 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 и тыльной стороне стопы. Нарушение биомеханических соотношений опорно-двигательного аппарата граничит с достаточно неприятным косметическим дефектом и даже после проведенных оперативных вмешательств нередко приводит к рецидивам.

**Цель.** Оценить эффективность реконструктивно-пластических операций на переднем отделе стопы у больных с РЗ и провести анализ послеоперационных осложнений.

**Материалы и методы.** Наблюдалось 100 пациентов с РЗ, все пациенты — женщины в возрасте от 28 до 72 лет, со средней и низкой степенью активности заболевания и различной степенью выраженности деформаций переднего отдела стоп. Выполнено 70 операций с применением операции Клейтона–Хоффмана, 44 операций с применением суставсберегающих методик для 1 плюснефалангового сустава (шеvronная и Z-образная (SCARF) остеотомии в сочетании с Weil-osteотомией 2–5 плюсневых костей), 18 шевронных или Z-образных остеотомии в сочетании с резекцией 2–5 головок плюсневых костей.

**Результаты.** 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. В послеоперационном периоде в 19% случаев были выявлены осложнения. В 14% случаев — это пациенты с ревматоидным артритом, 3,5% — пациенты с остеоартритом, 1,5% у пациентов с другими РЗ. После проведенного анализа были выявлены следующие группы осложнений: Нарушение чувствительности в прооперированном суставе с последующим частичным восстановлением, нестабильность или перелом металлоконструкций, рецидив деформации малого пальца, трофические нарушения в послеоперационном периоде (некроз), боль в области послеоперационного шва, несращение артрореза 1 пальца

**Выводы.** Реконструктивно-пластические операции при деформациях переднего отдела стоп у больных с РЗ являются достаточно эффективными методами лечения, в главную очередь, для уменьшения болевого синдрома, восстановления биомеханического соотношения в стопе и, как следствие, улучшения качества жизни пациентов. На возникновение осложнений во всех группах сравнения влияет комплекс пред-, интра- и послеоперационных параметров, которые требуют дальнейших исследований для прогнозирования нежелательных послеоперационных исходов при проведении хирургического лечения и определения выбора техники операции для улучшения результатов проводимого лечения и снижения частоты возникновения послеоперационных осложнений.

## ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ САЛЬНИКОВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА В ОНКОПЛАСТИЧЕСКОЙ И РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Зандарян А. А., Чумаченко И. С., Сичинава Д. Д.

*Клиника «Евромед», Краснодар*

Благодаря успехам в диагностике и системной терапии рака молочной железы (РМЖ), все большее число пациентов подвергаются органосохраняющему (ОСО) хирургическому лечению. Однако при наличии противопоказаний к ОСО, радикальная мастэктомия продолжает оставаться основным видом хирургического лечения у данной категории пациентов, что влечет за собой тяжелую психоэмоциональную травму и социальную дезадаптацию для женщин. В этой связи вопрос хирургической реабилитации данной категории пациентов является чрезвычайно актуальным, благодаря чему продолжается активная разработка и внедрение в практику различных вариантов реконструктивных операций, что позволяет добиться хороших эстетических результатов и как следствие быстрой социальной и медицинской реабилитации пациентов.

Идея. Концепция «сохранения высокого качества жизни», является ключевым фактором в оптимизации уже существующих и разработке принципиально новых методов лечения злокачественных новообразований.

**Цель исследования.** Расширение показаний для использования сальникового аутоотрансплантата в реконструктивно-пластической хирургии при РМЖ.

**Задачи:**

1. Определить и научно обосновать показания к выполнению кожесохранной мастэктомии у больных РМЖ с одномоментной реконструкцией сальниковым аутоотрансплантатом.
2. Провести сравнительную оценку одномоментных реконструктивных операции с использованием сальникового аутоотрансплантата, с использованием торакодорсального лоскута (ТДЛ) и реконструкцией молочной железы силиконовым имплантатом.
3. Изучить особенности течения раннего и отдаленного послеоперационного периода у больных РМЖ после различных видов реконструктивных операций.
4. Разработать и внедрить алгоритм персонифицированной хирургической тактики при выборе вида реконструктивной операции у больных РМЖ.

**Материалы и методы.** Выполнено ретроспективное продольное нерандомизированное исследование данных историй болезни, результатов лечения, особенностей интра-, раннего и отдаленного послеоперационного периода со сроком наблюдения в отдаленном периоде до 28 месяцев. В исследование всего включено 137 пациенток. Медиана возраста: 44 года. Пациентки распределены на три группы. Группа 1: (n=68) больные РМЖ, которым реконструкция была выполнена с использованием ТДЛ. Группа 2: (n=36) больные РМЖ, которым реконструкция выполнена силиконовым эндопротезом. Группа 3: (n=33) больные РМЖ, которым выполнена реконструкция сальниковым аутоотрансплантатом. Оцениваемые параметры: болевой синдром по шкале ВАШ (на 1-е сутки после опе-

рации, 3 сутки, а также в конце динамического наблюдения в отдаленном послеоперационном периоде; койко-дни в ПИТ, хирургическом отделении, общий койко-день, время комбинированного лечения (дни), время операции; послеоперационные осложнения; состояние рубца пациентом по шкале Patient Scar Assessment Scale (PSAS) в отдаленном периоде к концу динамического наблюдения; косметические результаты по шкале LENT-SOMA; качество жизни по опроснику — Breast-Q, EORTC QLQ-C30 и опроснику «Оценка косметических результатов после органосохраняющих операций, онкопластических резекций, реконструктивно-пластических операций у больных РМЖ» российского общества онкомамологов (POOM); рецидив РМЖ; летальность.

**Результаты.** У пациенток основной группы безрецидивная выживаемость составила 95%. Локальные рецидивы коррелируют со степенью дифференцировки опухоли, не коррелируют с методом реконструктивной операции и составили 2,9% случаев (n=3). Реконструкция груди сальниковым аутоотрансплантатом привела к стойкому снижению числа послеоперационных осложнений, составляет 3%, что достоверно меньше ( $p=0,007$ ) в сравнении с данными групп ТДЛ и имплантатами, 7,1% и 20%, соответственно. У пациенток группы с реконструкцией сальниковым аутоотрансплантатом отличный и хороший косметический результат при самооценке больным и независимым врачом онкологом достигнут в 97% случаях, у женщин из группы реконструкцией имплантатами и ТДЛ данные показатели составили 89% и 86%, соответственно. Также установлено, что в группе больных с реконструкцией сальниковым аутоотрансплантатом сокращается койко/день пребывания в клинике и сокращается процент послеоперационных осложнений.

**Выводы.** Таким образом, мы считаем, что данный хирургический метод является ценным дополнением к спектру аутологичных реконструкций груди с низким уровнем осложнений, низкой травматизацией донорской зоны, и хорошими или отличным эстетическим результатом.

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ БИОРЕЗОРБИРУЕМЫХ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫХ КОЛЛАГЕНОВЫХ МЕМБРАН ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Казумян С. В., Гостев М. С., Дьячкова Е. Ю.  
*Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Москва*

**Цель и задачи.** Целью данного научного исследования является повышение эффективности лечения пациентов с обширными операционными раневыми дефектами слизистой оболочки рта путем научного обоснования применения разработанной персонализированной коллагеновой мембраны из бычьего ахиллова сухожилия в эксперименте. **Материалы и методы.** На базе Центрального Вивария Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет) было проведено экспериментальное исследование на лабораторных животных (кролики) с целью изучения

биологических свойств разработанных мембран для устранения дефекта мягких тканей в полости рта. В исследование было включено 12 кроликов породы «Советская шиншилла» весом 3–3,5 кг, половозрелые самцы, разделенные на 4 группы в зависимости от используемого материала для заживления раневого дефекта. В 1-й группе применяли персонализированный коллаген без лактоферрина, во 2-й — с лактоферрином, в 3-ей — коллагеновый матрикс и в 4-й, являющейся контрольной — без мембраны. В каждую группу входило 6 кроликов, у которых были определены 2 рабочие стороны: 1 сторона — контрольная, заживление проходило путем вторичного натяжения (твердое небо и дефект слизистой при операции ограниченной вестибулопластики по Кларку), и 2 сторона — основная, заживление проходило в условиях имплантации мембран из персонализированного коллагена в области раневого дефекта и подшивания мембран «край в край» при проведении обеих операций. Послеоперационный контроль осуществляли на 3, 5, 7 и 14 сутки. Оценивали степень выраженности отека и гиперемии в условных баллах от первоначальной ситуации, регенерацию в процентах от общей площади дефекта с помощью измерения градуированным пародонтальным зондом, линейки и штангенциркуля. Полученные данные обрабатывали с помощью программ STATISTICA для IOS и Microsoft Office Excel 2019. Статистический анализ экспериментальных данных для гистологического исследования проводился с использованием программного обеспечения GraphPad Prism 8.00 для Windows (GraphPad Software, США).

**Результаты.** В послеоперационном периоде на 3-е сутки в полости рта кроликов отмечали умеренный отек в области проведения вестибулопластики, однако отек в области твердого неба во 2-й группе был незначительным и составил  $1 \pm 0$  баллов в отличие от контрольной группы —  $2 \pm 0$  баллов ( $p < 0,05$ ), где также отмечается выраженная гиперемия слизистой в области твердого неба —  $2 \pm 0,6$  баллов ( $p < 0,05$ ). На 5-е сутки в полости рта экспериментальных животных гиперемия слизистой оболочки преддверия во 2-й группе составило  $0,8 \pm 0,4$  баллов ( $p < 0,05$ ), а в 1-й группе —  $1,8 \pm 0,8$  баллов ( $p > 0,05$ ). На 7-и сутки гиперемия слизистой оболочки твердого неба в 1-й группе составило —  $0,5 \pm 0,6$  баллов ( $p < 0,05$ ), а в 3-й —  $0,5 \pm 0,5$  ( $p > 0,05$ ). На 14-е сутки регенерация послеоперационной раны наблюдалась в полном объеме в группе с использованием мембраны с лактоферрином в зоне проведения вестибулопластики ( $p < 0,05$ ). Результаты гистологического исследования показали в области фрагмента неба значительно утолщенный многослойный плоский неороговевающий эпителий. Участков некроза эпителия не обнаружено. Во вестибулярной части челюсти в 1-й группе были обнаружены некротизация на некоторых участках эпителия, а во 2-й — эпителий с акантозом и пролиферацией базального слоя, в 3-ей — выявлялись обширные зоны некроза эпителия с проникновением некротического детрита и сопутствующего воспаления в дерму, в 4-й — местами в эпителии пролиферация базального слоя.

**Выводы.** Таким образом, проведенное экспериментальное исследование показало конкурентоспособность разработанных коллагеновых мембран на основе ахиллова сухожилия по сравнению с существующими аналогичными коллагеновыми матрицами, выбор которых, не так

велик, а при устранении обширных дефектов слизистой оболочки рта с переменным успехом применяют коллагеновый матрикс. Клинически не было получено существенных статистически значимых различий между нашими мембранами, контрольной матрицей и заживлением вторичным натяжением.

## ХЕРУВИЗМ: ХИРУРГИЯ ИЛИ ТЕРАПИЯ?

**Котов В. Н., Кугушев А. Ю., Лопатин А. В.**

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

Херувизм — редкое наследственное аутосомно-доминантное неопухоловое заболевание, поражающее преимущественно верхнюю и нижнюю челюсти (Mangion J. et al., 1999). Данная патология была впервые описана Jones W. в 1993 г. (Jones W. A. et al., 1950). Название заболевания было выбрано не случайно, изменения, происходящие в челюстях, придают лицам этих людей характерный «пухлощекий» вид, что очень похоже на херувимов — героев произведений живописи эпохи Возрождения (Stern S. M. et al., 2013). В литературе описано всего около 600 случаев развития херувизма, поэтому достоверно определить показатель заболеваемости не представляется возможным. (Chrcanovic B. R. et al., 2021). Единый протокол терапии для данного заболевания не разработан, как правило, предпочтение отдается хирургическому методу лечения — удалению литических очагов в челюстях.

Херувизм приводит к деформации лица, что в свою очередь вызывает психологические проблемы у детей, поэтому крайне важно иметь в арсенале эффективный метод терапии данного состояния, т.к. это позволит избежать отрицательного влияния на качество жизни и нарушения процессов социализации.

Цель. Оценка эффективности RANKL-ингибиторов в восстановлении естественных пропорций лица у пациентов с херувизмом.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни 10 пациентов с диагнозом «херувизм» в возрасте от 5 до 14 лет, которые проходили лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии РДКБ РНИМУ имени Н. И. Пирогова в период с 2017 по 2023 г. Всем пациентам выполняли МСКТ челюстей с оценкой плотности костной ткани до и после терапии. Для верификации диагноза проводилась биопсия до начала лечения. Показанием к началу терапии было наличие медленно прогрессирующей деформации челюстей, которая в одном случае привела к экзоорбиту. Все пациенты получили курс RANKL-ингибитора (деносумаб) в течение 6 месяцев. Доза препарата подбиралась индивидуально для каждого пациента исходя из его антропометрических данных. По окончании терапии для гармонизации пропорций лица проводилась контурная пластика нижней челюсти.

Результаты. Клинический эффект был отмечен через три месяца от момента начала терапии деносумабом и проявлялся небольшим заострением углов челюстей. По результатам МСКТ челюстей через 6 месяцев после начала терапии отмечено увеличение плотности костной ткани с 65 до 720 HU. При контрольном исследовании биопсий-

ного материала, взятого после 6-месячного курса лечения, во всех случаях был получен полный патоморфоз. Подобная динамика позволила безопасно и эффективно выполнить контурную пластику нижней челюсти и добиться адекватного эстетического результата.

Выводы. Херувизм — редкое аутовоспалительное заболевание, которое приводит к изменению естественной формы лица, что в свою очередь доставляет психологические проблемы пациенту. Хирургическое лечение, как метод монотерапии, по данным обзора литературы, не показало должной эффективности, отмечен высокий уровень развития рецидивов (достигает 75%). Наибольший интерес демонстрирует консервативная терапия деносумабом с последующей контурной пластикой. Следует отметить, что важной задачей лечения пациентов с херувизмом является эстетическая реабилитация — восстановление естественных пропорций лица и нормального прикуса, что способствует адекватной социализации детей в обществе и гармоничному развитию личности.

## ВЫБОР МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

**Кочнева Е. А., Истранов А. Л.**

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

На сегодняшний день операции по восстановлению полового члена являются актуальными в области урогенитальной реконструктивной хирургии. Данное хирургическое вмешательство является операцией выбора при травматических ампутациях, в лечении последствий онкологических заболеваний, а так же при ряде эндокринных заболеваний и врожденных аномалий, в том числе нарушении половой самоидентификации.

Идея. Основными задачами урогенитальной реконструкции является восстановление функционально активных половых органов с наименьшим количеством оперативных вмешательств и минимальным эстетическим дефектом донорской области.

Цель данного исследования определить наиболее подходящие для данного типа реконструктивного вмешательства лоскуты. Выявить преимущества и недостатки каждого из них.

Материалы и методы. Поведение анализа накопленного клинического материала по теме реконструкции урогенитальной области. Авторы считают, что окончательный выбор аутоотрансплантата для реконструкции урогенитальной области должен быть сделан с учетом нескольких факторов. Техническая возможность забора аутоотрансплантата. Соответствие объема ткани аутоотрансплантата объему необходимой для реконструкции ткани. Степень риска возникновения осложнений. Максимально возможное восстановление функций и анатомии органа. Пожелания пациента. В настоящее время описано несколько видов хирургических вмешательств с использованием ревааскуляризованных лоскутов для фаллопластики при реконструктивных операциях урогенитальной области. Наиболее часто применяются следующие

варианты реваскуляризованных аутоотрансплантатов: лучевой аутоотрансплантат, торакодорсальный аутоотрансплантат, антеролатеральный лоскут бедра. Фаллоуретропластика лучевым аутоотрансплантатом имеет ряд преимуществ, таких как одномоментная операция без дополнительного этапа с уретропластикой, физиологичная для урогенитальной области толщина кожного слоя лоскута и небольшой волосяной покров донорской области, возможность восстановления кожной чувствительности. К недостаткам относятся необходимость проведения этапа фаллопротезирования, опасность развития недостаточности кровоснабжения руки, вследствие потери одной из двух магистральных артерий, выполнение операции с микрохирургическим этапом, увеличивающим время оперативного вмешательства и риск развития осложнений. Кроме того, объема ткани в области лучевого лоскута у некоторых пациентов может быть недостаточно для одномоментной фаллоуретропластики. Эстетический дефект чаще всего закрывается с применением свободного расщепленного кожного аутоотрансплантата. При выполнении фаллоуретропластики с применением антеролатерального лоскута бедра в состав аутоотрансплантата возможно включить латеральный и медиальный чувствительные кожные нервы бедра. В качестве сосудистой ножки выделяется ветвь, огибающей бедро артерии, которая переносится вместе с лоскутом в реципиентную область без применения микрохирургической техники. Объем и кровоснабжение данного аутоотрансплантата позволяют провести одномоментную фаллоуретропластику. Соответственно, основными преимуществами данного аутоотрансплантата являются: его хорошее кровоснабжение, возможность проведения одноэтапной реконструкции и восстановления эрогенной чувствительности неофаллоса. Для закрытия обширного эстетического дефекта донорской области, требуется пересадка свободного расщепленного кожного аутоотрансплантата. При выполнении фаллоуретропластики с применением торакодорсального аутоотрансплантата, преимуществом данного аутоотрансплантата является возможность забора комбинаций различных тканей на торакодорсальной артерии, в том числе с включением мышечного компонента, который в свою очередь играет важную роль в восстановлении половой функции пациента. Как правило, дефект донорской области можно закрыть без применения расщепленного кожного аутоотрансплантата. Основными недостатками применения торакодорсального аутоотрансплантата являются необходимость проведения 2 этапа операции — заместительной уретропластики, а также отсутствие возможности восстановления кожной чувствительности неофаллоса.

**Выводы.** В реконструктивной хирургии урогенитальной области представлено несколько основных способов реконструкции полового члена при помощи васкуляризованных аутоотрансплантатов. На наш взгляд, каждый из предложенных вариантов имеет свои преимущества и недостатки в связи с чем выбор лоскута в каждом отдельном клиническом случае может быть обоснован с точки зрения достижения оптимального результата.

## ПРИМЕНЕНИЕ ОНЛАЙН-АНКЕТИРОВАНИЯ ДЛЯ СБОРА СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ О ПИГМЕНТАЦИИ В РОССИИ

Лемытская В. Е., Бычкова Н. Ю.

*Российский университет дружбы народов, Медицинский институт, кафедра дерматовенерологии и аллергологии с курсом косметологии, Москва*

Российская популяция характеризуется разнообразием этнических групп и разными географическими зонами. Генетические особенности и гиперинсоляция являются причинами нарушения пигментации. В настоящее время отсутствуют статистические данные о распространенности и особенностях клинической картины и эпидемиологии дисхромии кожи.

Цель. Получение статистической информации об особенностях нарушений пигментного обмена у жителей России. Это позволит собрать более полное представление о распространенности этой проблемы и ее характеристике в нашей стране. Благодаря полученной информации можно сделать выводы об оказании медицинской помощи пациентам с пигментацией и влиянии гипермеланоза на качество жизни. Эти данные могут стать основой для повышения качества оказания медицинской помощи и улучшению взаимосвязи «врач-пациент».

Материалы и методы. Нами была разработана анкета с вопросами открытого и закрытого типов. Проведен анонимный электронный опрос пациентов с пигментацией на базе электронного ресурса Google Forms.

Результаты. В данном исследовании проанализировано 83 ответа. Из общего числа заполненных анкет большинство пациентов (94%) являются жителями городского населения. Из них 51% проживают в Москве. Средний возраст пациентов составил 37,9 лет. Основная часть ответивших (97%) являются женщинами. Отметим, что большинство опрошенных пациентов (55%) не знают точно какая форма пигментации, присутствует у них. Остальные отметили наличие поствоспалительной гиперпигментации — 20%, мелазмы — 17%, поствоспалительной гипопигментации — 6%, лентиго — 5%. Большинство (65%) отрицает наличие каких-либо сопутствующих заболеваний. У 20% ответивших акне, розацеа у 13%, экзема у 5%, псориаз — 2%. В 74% случаев наблюдается пигментация у близких родственников. По данным анкетирования, 28% опрошенных страдают пигментацией более 6 лет; 24% отметили появление очагов дисхромии за последние 3–6 лет; 22% от 1 года до 3 лет; 16% пациентов сообщили о появлении пигментации в течение последнего года. И только 9% респондентов не помнят время появления пигментации. Каждый третий пациент связывал появление гипермеланоза с избыточной инсоляцией — 31%; с наличием железодефицитной анемии — 19%; беременностью и лактацией — 18%; приемом различных фотосенсибилизаторов (системные ретиноиды, антибиотики, глюкокортикостероиды и др.) — 15%; комбинированных оральных контрацептивов — 12%. При этом 32% опрошенных не могут указать причину появления пигментации. Большинство пациентов (73%) отмечают, что регулярно применяют средства защиты от солнца, из них 16% используют различные методы защиты ежедневно, что свидетельствует об их привержен-

ности профилактики пигментации. Часть анкетированных (16%) сообщили, что применяют средства защиты только во время отпуска. При этом 11% опрошенных не используют защитные средства от ультрафиолетового излучения. В данном исследовании было обнаружено, что большинство пациентов для лечения меланодермии (62%) использовали только солнцезащитные средства. Почти половина опрошенных (46%) применяли химические пилинги с целью отбеливания кожи, 35% пациентов использовали осветляющие крема, содержащие растительные экстракты. Фототерапия была проведена у 34% опрошенных пациентов. При этом фототерапия, по мнению участников опроса, была самой эффективной из методов лечения. Большинство опрошенных (61%) обращались за лечением пигментации к косметологу. Часть пациентов (24%) посещали дерматовенеролога; 5% пробовали лечиться самостоятельно; 1% наблюдались у эндокринолога. При этом 29% не обращались за помощью вовсе. Из всех респондентов — 70% относятся к наличию пигментации нейтрально, 27% отмечают негативное влияние на качество жизни. Только 3% анкетированных указали, что пигментация положительно сказывается на их эмоциональном состоянии и самооценке. Из них один человек имеет эфелиды и считает, что сезонное усиление проявления дисхромии придает ему более здоровый и привлекательный внешний вид. Еще один респондент отметил, что наличие мелазмы выделяет его среди окружающих.

**Выводы.** Данное анкетирование является первым этапом в статистическом исследовании пигментации в России. В ходе дальнейшего сбора информации, полученный материал позволит нам оценить распространенность гипермеланоза, определить потребности пациентов и улучшить качество оказания медицинской помощи.

## ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ АНГИОГРАФИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЕРФОРАНТНЫМ ЛОСКУТОМ ГЛУБОКОЙ НИЖНЕЙ НАДЧРЕВНОЙ АРТЕРИИ

Мельников Д. В., Гомбоевский В. А., Иванов С. И., Абдеева Э. И., Васильев Ю. А.

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Институт пластической хирургии и косметологии, клиника «Ланцетъ», Москва*

Предоперационная визуализация сосудистой анатомии донорской области является важнейшим этапом планирования микрохирургической реконструкции, в частности, реконструкции молочной железы (МЖ) перфорантным лоскутом глубокой нижней надчревной артерии (deep inferior epigastric perforator, DIEP). Вместе с тем, среди представленных на сегодняшний день методов инструментального планирования реконструкции МЖ DIEP-лоскутом отсутствует подход, сочетающий в себе высокую точность и безопасность. Так, признанная «золотым стандартом» компьютерно-томографическая ангиография (КТА) с внутривенным контрастированием, наряду с высокой точностью определения перфорантов, ассоциируется с негативным влиянием на организм пациентов высокой дозы

лучевой нагрузки, токсичным воздействием йодсодержащего контрастного вещества и имеет ряд противопоказаний, ограничивающих применение метода.

**Идея.** Мы предлагаем использовать бесконтрастную магнитно-резонансную ангиографию (МРА) по усовершенствованному протоколу для достижения следующих чрезвычайно важных целей: исключить лучевую нагрузку, минимизировать риск потенциально вредного воздействия контрастных веществ и снизить стоимость исследования. Для достижения высокой точности мы предлагаем проводить исследование по протоколу, включающему определенное позиционирование пациента, специальную последовательность импульсного сканирования и способ проецирования перфорантов (патенты на изобретение № RU2023121330, № RU2023118155, № RU2023118299).

**Цель.** Улучшение результатов и снижение интра- и послеоперационных осложнений при реконструкции молочной железы DIEP-лоскутом путем разработки метода картирования перфорантов, сочетающего в себе высокую точность и безопасность.

**Материалы и методы.** Ретро- и проспективное нерандомизированное неслепое когортное многоцентровое исследование проводилось на базе отделения реконструктивной и пластической хирургии АО «ИПХиК» (Клиника «Ланцетъ») и кафедры пластической хирургии Сеченовского Университета. Все операции были выполнены одной операционной бригадой, МРТ и КТ исследования были выполнены в одном учреждении. В исследование были включены 135 женщин, перенесших одностороннюю мастэктомию по поводу рака молочной железы, средний возраст испытуемых составлял 46 лет (диапазон: 27–67), индекс массы тела (ИМТ) в среднем был равен 29,1 кг/м<sup>2</sup> (диапазон: 22,0–38,1). Статистически значимых различий между группами не было. Пациентки были разделены на две группы: экспериментальную (МРА «-») и контрольную (КТ «+»). Экспериментальная группа включала 100 пациенток, предоперационное планирование реконструкции которым проводилось с использованием бесконтрастной МРА ввиду отказа пациенток от проведения КТА с контрастированием по различным причинам: страх внутривенного введения контрастного вещества, страх радиационного облучения, аллергия на йод в анамнезе, нарушение функции почек. В контрольную группу было включено 35 пациенток с отсутствием противопоказаний к введению йодсодержащего контрастного вещества. Пациенткам контрольной группы предоперационное планирование проводилось с использованием стандартной методики — контрастной КТА. От всех пациенток было получено добровольное информированное согласие. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом Сеченовского Университета (выписка из протокола № 09–23 от 05.05.2023).

**Результаты.** Общее время операции составило в среднем 346 минут в группе МРА «-» (диапазон: 230–485) и 361 минуту в группе КТА «+» (диапазон: 315–500), среднее время выделения сосудистой ножки составило 31 минуту в МРА «-» группе и 38,5 минут в группе КТА «+». Показатель специфичности достигал 100% в обеих группах. Статистически значимых различий во времени ишемии лоскута не было, среднее время ишемии лоскута составило 115,1 минуту.

Обсуждение и выводы. Внедрение предоперационного картирования перфорантных сосудов при реконструкции молочной железы DIEP-лоскутом позволяет сократить время операции, оптимизировать дизайн лоскута и снижает частоту осложнений. Однако в настоящее время не существует метода, сочетающего достаточную точность и высокий профиль безопасности. Результаты настоящего исследования показали, что бесконтрастная МРА по усовершенствованному протоколу позволяет отказаться от лучевой нагрузки и введения потенциально токсичного контрастного вещества, сократить стоимость исследования, при этом не снижая его эффективность.

## ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Пастернак А. В., Аничкина К. А., Шивилев Е. В.

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

В последние десятилетия особое внимание уделяется эстетическим результатам и ранней реабилитации пациентов после хирургического вмешательства при раке молочной железы (РМЖ), в связи с чем возрастает количество одномоментных реконструкций. По данным исследования M. Nahabedian и соавторов (2023), в которое вошли 20 560 пациентов, приблизительно 56% после мастэктомии в США проходят реконструктивно-пластические операции на молочной железе. Согласно Клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения РФ, при наличии показаний к выполнению ЛТ рекомендуется выполнять отсроченную реконструкцию молочной железы после завершения ЛТ. В рекомендациях NCCN при проведении ЛТ предлагают вариант замены имплантата или аутологичную реконструкцию после ЛТ. Становится актуальным вопрос о том, на каком этапе проводить реконструкцию МЖ при запланированной ЛТ. По данным исследования T. Wow et al. (2022), проведение послеоперационной ЛТ после реконструктивно-пластических операций приводило к более высокой частоте осложнений (31,03%), чем без лучевой терапии (12,21%);  $p < 0,001$ . В 2023 г. была опубликована работа С. Т. Lee и других, в которой количество осложнений после ЛТ составило 24,6%, в том числе в 16,4% понадобилось удаление имплантата.

Цель. Оценить частоту послеоперационных осложнений и ре-операций при реконструктивно-пластических вмешательствах на молочной железе после лучевой терапии. Материалы и методы. Ретроспективно были проанализированы данные 216 пациентов онкохирургического отделения молочной железы за 2020–2022 гг., которым проводилась адъювантная лучевая терапия после реконструкции МЖ. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от вида реконструктивно-пластической операции и времени проведения дистанционной ЛТ: 92 пациентам (42,6%) выполнялась одномоментная реконструкция имплантатами с последующей ЛТ, 124 (57,4%) — отсроченная после завершения ЛТ. В группу исследования включались пациенты с верифицированным РМЖ T 1–3N1–2M0. Средний возраст пациенток составил 56 ( $\pm 17,4$ ) лет. Группы были

сопоставимы по возрасту, стадии и дозе лучевой терапии на грудную стенку. В критерии оценки входили частота послеоперационных осложнений и необходимость повторных операций.

Результаты. Общее количество осложнений после одномоментной реконструкции силиконовыми имплантатами и последующей ЛТ составило 31,5% ( $n=29$ ) по сравнению с отсроченной реконструкцией — 14,5% ( $n=18$ ). Наиболее часто встречаемыми осложнениями были капсулярная контрактура 18,4% ( $n=17$ ) против 7,3% ( $n=9$ ), инфицирование и некроз — 9,8% ( $n=9$ ) против 3,2% ( $n=4$ ). Необходимость проведения ре-операций и удаления имплантата при одномоментных оперативных вмешательствах понадобилось в 10,9% случаев ( $n=10$ ).

Выводы. Количество осложнений при одномоментных реконструкциях молочной железы после адъювантной лучевой терапии в 2 раза выше, чем при отсроченных. Приоритетной задачей при лечении рака молочной железы остаётся онкологическая безопасность, однако качество жизни пациента и эстетический результат имеют важное значение в выборе объема оперативного вмешательства. Тактика лечения должна определяться индивидуально на онкологическом консилиуме с информированием пациентов о возможных послеоперационных осложнениях.

## ОТКРЫТЫЙ ЛИПОФИЛИНГ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Раши Т. Р., Казанцев И. Б., Серяков В. И.

*Томская областная клиническая больница, отделение реконструктивной и пластической хирургии, Томск*

Тяжелая политравма конечностей, включая минно-взрывные ранения (МЗР), является сложным направлением в восстановительной хирургии. Данный вид повреждения конечностей протекает с поражением не только сосудисто-нервных структур, но и окружающих мягких тканей, приводя к различной степени их контузии и сотрясения. В связи с этим наложение первичного шва сосудисто-нервных пучков в большинстве случаев не осуществима. За этот период времени происходят изменения раневого канала, которые в последующем приводят к нарушению трофики окружающих тканей. Все вышеизложенное становится проблемой реконструктивной хирургии в отсроченном периоде. А, как следствие, не решен вопрос об интраоперационной профилактике повторных фиброзов, в сочетании с повышением выживаемости нейротрансплантатов. Липофилинг — это безопасная процедура, используемая хирургами по целому ряду показаний. Жировая ткань содержит стволовые клетки жирового происхождения (СКЖТ), которые могут дифференцироваться и направлять регенерацию аксонов. Благодаря наличию в составе липоаспирата мезенхимальных стволовых клеток (МСК), отмечаются значительные антифибротические свойства. Согласно высказанному липофилинг, может быть надежным «инструментом» в профилактике повторного рубцевания при нейропластике, а содержащиеся в нем СКЖТ может оказывать позитивное влияние на процессы реиннервации. Однако применение липофилинга происходит

через точечные проколы тонкими канюлями. Данный факт препятствует применению липофилинга при нейропластиках, где операционная рана представляет собой широкое рассечение мягких тканей для выполнения реконструктивного вмешательства.

Цель. Разработать и применить метод открытого липофилинга (ОЛФ) при отсроченной аутонейропластике после МЗР конечностей.

Материалы и методы. В отделении РИПХ ТОКБ с марта 2017 г. по настоящее время с МЗР было пролечено 32 пациента. Структура отбора пациентов: 20 человек — это пациенты которые получили травмы в мирный период времени (петарды, самодельные взрывные устройства, огнестрельные ранения, криминальные травмы), 12 человек — участники специальной военной операции (МЗР конечностей). Характер повреждений у пациентов в большинстве своем отмечался схожий. По локализации большая часть ранений приходилась на дистальные сегменты конечностей. Контрольной группе пациентов (16 пациентов), проводилась классический невролиз с аутологичными невральными вставками. Опытной группе пациентов кроме основного лечения, проводился ОЛФ. Полученный липоаспират открытым способом раскладывался периневрально, после чего незамедлительно проводилось ушивание раны. После операции производили перевязки, консервативное лечение антибактериальными, нейротропными и улучшающими микроциркуляцию препаратами, а также особое место уделялось реабилитации (физиотерапия и лечебная физкультура).

Результаты. Для оценки результатов лечения использовалась информация о субъективных ощущениях пациентов, данные ультразвуковой диагностики (УЗД) исследований и электронейромиография (ЭНМГ). У 7 (43,7%) пациентов из контрольной группы (16 пациентов) в послеоперационном периоде отмечалось снижение проводимости нервного импульса. Отмечался вновь развивающийся рубцовый процесс, стягивание, деформация и/или полное склерозирование нервного волокна. У 9 пациентов (54,3%) отмечался удовлетворительный результат, характеризующийся постепенным восстановлением временно утраченной функции. Клинические показатели, представленные в виде улучшения функции конечности, совместно с динамическим УЗД и результатами ЭНМГ, дало нам возможность отметить положительный результат у 13 (81%) пациентов опытной группы (16 пациентов).

Выводы. Преимуществом метода ОЛФ является простота забора и подготовки липоаспирата, четкая визуализация при раскладке жира (количество, топография) периневрально. Также стоит отметить широко известные эффекты жировой ткани, а именно значительное антифибротические свойства и модуляцию воспаления. Метод ОЛФ показал свою эффективность как важный вспомогательный метод при аутонейропластике при реконструкции сосудисто-нервных пучков после МЗР конечностей. Применение жира для профилактики вторичных фиброзов тканей обосновано как научно, так и практически многими известными авторами, что подтверждают и наши наблюдения. Метод ОЛФ непосредственно в периневральную зону с реконструируемым нервным стволом является новым, доступным в исполнении методом, повышающим качество и результативность восстановительных операций.

## СПОСОБ УМЕНЬШЕНИЯ ГИПЕРТРОФИРОВАННОЙ МОЧКИ УХА

Сагитдинов Р. Р., Галимов О. В., Васильев С. А., Ханов В. О., Карпов И. А., Наумов В. В.

*Клиническая больница «РЖД-Медицина», Башкирский государственный медицинский университет, Центр пластической и эстетической хирургии «ПЛАСТЭС», Челябинск, Уфа*

Повышение эффективности хирургического уменьшения гипертрофированной мочки уха путем расположения видимой части послеоперационного рубца перед ухом ниже козелка, в предушной складке. Общеизвестен метод клиновидной резекции мочки уха с расположением послеоперационного рубца в центральной части мочки. Недостатком подобных способов уменьшения мочки уха является центральное расположение рубца на мочке, что приводит к риску возникновения келоидного рубца, эстетически не сочетается у пациентов перенесших ритидэктомиию (когда уже имеется послеоперационный рубец в предушной области, дополнительный рубец на мочке уха при уменьшении ее с использованием классических методик оказывается расположенным на близком расстоянии от рубца после ритидэктомии). Способ заключается в том, что проводят предоперационную разметку, обозначают участок резецируемой мочки уха, где один край будущей раны отмечают предушно ниже козелка, в переходной складке, а другой — на мочке уха, производят резекцию мочки уха в пределах предоперационной разметки, накладывают швы на рану по передней поверхности ушной раковины, на задней поверхности мочки резецируют треугольный кожный лоскут, с основанием обращенным к краю раны, с последующим ушиванием полученной раны на задней поверхности мочки внутрикожным швом (положительное решение о выдаче патента на изобретение по заявке № 2022130797/14(067270)). Таким образом, при выполнении операции по предложенному способу удается расположить видимую часть послеоперационного рубца предушно, ниже козелка, в переходной складке, что делает его малозаметным.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСМОРФОФОБИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Смагина А. М., Марц Н. И.

*Тюменский государственный медицинский университет, ООО «Медицинский Центр Олимп», Тюмень*

Дисморфофобия (ДМФ) является психическим расстройством, характеризующимся повышенной озабоченностью мнимым дефектом части собственного тела или внешности в целом, которое вызывает повышенный дискомфорт, фактор неудовлетворенности и мотивации к решению прибегнуть к хирургической коррекции дефекта можно выделить эндогенного и экзогенного происхождения. Причем пациенты с именно внутрэнной мотивацией наиболее часто остаются удовлетворенными операционным вмешательством более длительный период.



Идея. существуют данные, что среди пациентов врачей — пластических хирургов большинство имеют ДМФ или акцентуаций характера (29%), и у них более часто, чем в популяции отмечается неудовлетворенность результатом операции, возможно обострение расстройства с еще большей неприязнью к себе. Для снижения процента неудовлетворительных результатов в связи с ДМФ еще на этапе первичной консультации целесообразно использование специализированных экспериментально-психологических тестов.

Цель. Провести анализ данных частоты встречаемости ДМФ среди пациентов эстетической пластической хирургии сравнительно с контрольной группой для формирования представления у хирурга о восприятии своего тела пациентом и вероятности неудовлетворенности результатом в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди двух групп в форме тестирования опросником K. Philips BDDQ. Исследуемая группа была сформирована из 52 пациенток ООО «Медицинский Центр Олимп»: женщины среднего возраста 35,2±6,3 лет. Все пациентки дали добровольное информированное согласие, не имели явных врожденных и приобретенных физических дефектов, без противопоказаний для проведения оперативного вмешательства на основании анализа соматического состояния (данные медицинской документации, лабораторных и инструментальных методов исследования). Среди запросов на оперативное вмешательство 23,3% было на эндоскопический лифтинг лица, 20% круговой блефаропластики, 16,67% на аугментацию молочных желез, 16,67% устранение птоза груди, 10% верхней блефаропластики, 6,67% липофилинг тела, 3,36% абдоминопластики, 3,3% брахиопластики. Все пациентки, желающие выполнить подтяжку груди имели незначительный птоз 1–2 степени после беременности и кормления грудью. Пациентки до абдоминопластики и брахиопластики также имели незначительный избыток кожно-жирового лоскута. Высокий процент запросов на хирургическое вмешательство в области лица обусловлен тем, что лицо — это первое, что видит как сам пациент в зеркале ежедневно, так и окружающие люди при социальном контакте. Соответственно даже незначительный дефект или возрастные изменения в данной области могут оказывать значительный психологический дискомфорт. Контрольную группу составили 52 студентки Тюменского ГМУ, средний возраст 22,3±1,5 лет.

Результаты. В данном исследовании 81% пациенток ООО «Медицинский центр Олимп» имели нарушение критики собственного тела, тогда как среди студенток этот показатель оказался 51,2. А 16,6% женщин среди пациенток набрали максимальное количество баллов, что может говорить о гарантированном наличии ДМФ. Обсуждения: скрининг дал положительный результат у 81,5% пациенток и 51,2% студенток, что соответствует результатам исследования American academy of facial plastic and reconstructive surgery. Положительным результатом считалось наличие хотя бы одного ответа с баллами 3 и выше. Среди пациенток 18,5% сформировали свои ответы только из 3 и 4-балльных вариантов, что говорит о явном расстройстве, аналогичный результат среди студенток — 11,3%. На вопрос «обеспокоены ли Вы своей внешностью» все пациентки ответили положительно относительно 87% студенток. Тот или иной недостаток вызывает огорчение и выраженные переживания у 48,3% пациенток и 23,6% студенток. Влияние на социальную и личную

жизнь и другое повседневное функционирование дефект оказывает от 43,1% до 57,7% пациенток, а среди студенток данный показатель составил 25,2–48,7%. Среди пациенток пластического хирурга проводили много времени за беспокойством о своей внешности 28,5% и 20,2% студенток вуза. Причем проводят много времени, чтобы скрыть свой недостаток 21,5% пациенток и лишь 15,6% студенток.

Выводы. Можно судить о том, что внедрение на первичной консультации данных тестов помогает заподозрить патологию и уберечь пациента от ненужных оперативных вмешательств.

## НОВЫЙ СПОСОБ МАСТОПЕКСИИ ГЛАНДУЛЯРНЫМ ЛОСКУТОМ

Шабает Р. М., Староконь П. М., Колядина И. В., Ходырев С. А., Богданов С. Н., Самойленко В. М.

Филиал Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова,  
Москва

Постродовые изменения молочных желез (МЖ) неблагоприятно влияют на их форму. В целях восстановления прежней формы МЖ пластическими хирургами практикуется редуцирующая мастопексия. Небольшая часть женщин остаются довольными редуцирующей мастопексией. Остальная часть женщин желают получить при аналогичной операции «красивый наполненный верхний склон МЖ», который требует в данном случае применение эндопротезов. Однако не все женщины готовы использовать импланты. Сталкиваясь с такими предпочтениями — мы пришли к выводу, что необходимо создать гиперкоррекцию верхнего склона без применения эндопротезов. Идея: устранение птоза МЖ II–III степени с сохранением наполнения верхнего контура за счет формирования полусферического glandулярного лоскута МЖ без использования силиконового импланта.

Цель. Создание нового способа хирургической коррекции птоза МЖ II–III степени glandулярным лоскутом, заключающего в долгосрочном устранении птоза МЖ с сохранением наполнения верхнего контура без использования силиконовых эндопротезов.

Материалы и методы. Нами впервые применен новый способ мастопексии glandулярным лоскутом [Патент на изобретение № RU2780368 от 28.03.2022 г. Способ хирургической коррекции птоза молочной железы / Р. М. Шабает, С. А. Ходырев, С. Н. Богданов, В. М. Самойленко, А. Л. Левчук, П. М. Староконь], который выполняется следующим образом: проводится предоперационная разметка, выделяется маркером верхняя граница железистой ткани МЖ, проводится ось МЖ. Новое место сосково-ареолярного комплекса (САК) определяется установкой указательного пальца в субмаммарной складке и отметкой проекции его кончика на передней поверхности МЖ по ходу оси МЖ. При смещении МЖ латерально вверх и медиально вверх выделяются вертикальные границы редукиции кожных лоскутов МЖ, составляющие длину 11–12 см. Определяются границы деэпидермизации нижне-центральной питающей ножки МЖ. Отмечаются границы мобилизации glandулярного лоскута, границы ретромаммарной мобилизации верхнего дермогlandулярного лоскута. После, проводится протокол хирургической операции: в пределах размеченных ра-

нее границ острым способом выполняется дезэпидермизация нижне-центральной питающей ножки с сохранением САК. Выполняется подкожная диссекция кожного кармана с выкраиванием полусферического glandулярного лоскута по периметру до фасции большой грудной мышцы, glandулярный лоскут мобилизуется по верхней полуокружности на уровне 2–3 межреберья от фасции большой грудной мышцы ретромаммарно до границы горизонтальной фиброзной септы с сохранением медиальной и латеральной связок. Производится мобилизация верхнего дермогlandулярного лоскута МЖ в проекции верхних контуров краниально, кранио-медиально и кранио-латерально на 2–4 см до уровня второго ребра. Накладывается 1 ряд узловых швов между фасцией большой грудной мышцы и горизонтальной фиброзной септой, из них первый шов располагается на уровне пересечения оси МЖ и III межреберья, второй и третий швы располагаются на расстоянии 2 см от первого латерально и медиально по III межреберью. 2 ряд швов накладывается между верхним краем glandулярного лоскута и фасцией большой грудной мышцы. Третьим рядом нерассасывающих швов фиксируется нижне-центральная ножка к фасции грудных мышц на уровне IV межреберья, при этом производится пликация нижне-центральной ножки без нарушения кровоснабжения glandулярного лоскута. После выполнения послойное ушивание вертикального и горизонтального фрагментов операционной раны, циркулярным маркером размечается позиция САК, САК фиксируется узловыми рассасывающими швами, завершающим накладывается внутрикожный шов по типу «Т-инверс» в комбинации с циркулярным хирургическим швом.

Результаты. По предложенному способу прооперировано 51 пациенток. При этом в 16 случаях данный способ был применен в ходе симметризирующей операции на контрлатеральной МЖ. Исходно у всех пациенток определялся птоз МЖ II–III степени. Отдаленные результаты оценены через 12 месяцев, при этом рецидива птоза МЖ не выявлено, все пациентки были довольны результатом проведенного лечения. Выводы. Применение нового способа мастопексии glandулярным лоскутом позволяет добиться долгосрочного эстетического результата в результате ремоделирования МЖ путем многоуровневой фиксации glandулярного лоскута с сохранением адекватного наполнения верхнего контура МЖ без использования силиконового эндопротеза, нейроваскуляризации САК и лактирующей функции МЖ. Результат хирургической операции заключался в долгосрочном сохранении объема и формы МЖ.

### ОТДАЛЕННЫЕ ЭСТЕТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПОДКОЖНОЙ МАСТЭКТОМИИ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ

Юрканова Д. Д., Аничкина К. А., Кветенадзе Г. Е., Шивилев Е. В.

Московский клинический научно-практический центр им. А. С. Логинова, Москва

В настоящее время отмечается тенденция к проведению малоинвазивных хирургических вмешательств на молочной железе (МЖ). В связи с этим становится актуальным вопрос

о поиске оптимального с позиций онкологической безопасности и с эстетической точки зрения объема операции у больных раком молочной железы (РМЖ). По данным компании Intuitive Surgical число проводимых в России вмешательств на системе da Vinci с 2007 по 2022 г. составило около 28 тыс. операций. В 2022 г. Toesca et al. представили результаты собственного исследования: сравнивались робот-ассистированная подкожная (РАРПМ) и традиционная радикальная подкожная мастэктомия (РПМ), которые были выполнены 80 больным РМЖ. Показатели опросника BREAST-Q по психосоциальному, физическому и сексуальному благополучию были значительно выше после РАРПМ. Общий балл по опроснику Body Image Scale составил  $20,7 \pm 13,8$  против  $9,9 \pm 5,1$  в роботической и традиционной группах соответственно ( $p < 0,0001$ ). Идея. Улучшить эстетические результаты хирургического этапа лечения рака молочной железы для поддержания психоэмоционального благополучия и повышения качества жизни пациенток после онкологического заболевания.

Цель. Оценить отдаленные эстетические результаты после выполнения робот-ассистированной радикальной подкожной мастэктомии и стандартной радикальной подкожной мастэктомии с одномоментным эндопротезированием при раке молочной железы.

Материалы и методы. Проанализированы эстетические результаты хирургического лечения в объеме РАРПМ с эндопротезированием, проведенного 15 больным РМЖ в возрасте от 25 до 60 лет ( $39,7 \pm 7,6$ ), с помощью опросника «Оценка эстетических результатов, психологических критериев после органосохраняющих операций, онкопластических резекций, реконструктивно-пластических операций у больных раком молочной железы», разработанного М. В. Ермощенковой и А. Д. Зикиряходжаевым (2020). Эстетические результаты после РАРПМ с эндопротезированием сравнивались с контрольной группой из 50 пациенток, которым была выполнена РПМ с эндопротезированием. Состояние пациенток обеих групп отслеживалось на протяжении 5 лет после операции. Результаты. Хороший и отличный косметический результат был получен у всех пациенток, которым была выполнена РАРПМ ( $n=15$ ), что не потребовало проведения им коррекции реконструированной МЖ. После выполнения РПМ ( $n=50$ ) хороший и отличный косметический результаты были получены у 44 пациенток (88%). Оценка «удовлетворительно» была получена у 6 женщин (12%), что требовало проведения этой группе пациенток корригирующих операций. Удовлетворительные эстетические результаты были обусловлены краевым некрозом в области послеоперационной раны, а также нежеланием больных к проведению дополнительных корригирующих и симметризирующих операций на противоположной МЖ (редукционная маммопластика или эндопротезирование). Неудовлетворительный косметический результат не был выявлен ни в одной из групп.

Выводы. При сравнении полученных данных с исследованиями зарубежных коллег эстетические результаты были полностью сопоставимы. Доля лучших результатов после выполненного хирургического вмешательства в группе РАРПМ выше на 8% по сравнению с группой РПМ. Однако, в связи с небольшим числом наблюдений сложно однозначно высказаться о достоверности полученных различий в эстетических результатах. На сегодняшний день применение роботической хирургии при РМЖ на широкой практике ограничено из-за высокой дороговизны и отсутствия клинических рекомендаций по выполнению подобных операций.

# СОДЕРЖАНИЕ

Анатомическое обоснование мобилизации тканей в глубоком клетчаточном пространстве при омолаживающих операциях на лице <i>Андрющенко О.А.</i> .....	2
Острые воспалительные заболевания реконструированной молочной железы неясной этиологии у больных ранее оперированных по поводу рака <i>Showen W., Горбунов а. С., Ветшев Ф. П., Лернер Ю. В., Аренина Н. Ю., Mingchen S., Колесникова А. О.</i> .....	2
Использование diep-лоскута для коррекции тотального glandулонекроза после редуccionной маммопластики <i>Абазалиева А. Д., Старцева О. И.</i> .....	3
Сочетанные методы коррекции избытков кожи бедренно-паховой области и функциональных нарушений аногенитальной области после бариатрической потери веса <i>Алигаджиев М. А., Мурзаева Р. А.</i> .....	4
Нужна ли пластическому хирургу лучевая диагностика в эстетической хирургии лица и шеи? Достоинства и недостатки <i>Алимова С. М., Шаробаро В. И.</i> .....	4
Хоанопластика у детей с врожденной атрезией хоан — реабилитация без стентов <i>Асманов А. И., Пивнева Н. Д., Полев Г. А., Дегтярева Д. В., Магомедова А. М.</i> .....	5
Роль ожирения в формировании лимфостаза и развитии лимфедемы <i>Байтингер В. Ф., Самойлова Ю. Г., Олейник О. А., Курочкина О. С., Магай Ю. В.</i> .....	5
Клинический случай закрытия дефектов пальцев кисти полнослойным аутодермотрансплантатом верхнего века <i>Байтингер А. В., Байтингер В. Ф.</i> .....	6
Пластика нерва при его дефекте фасцикулярным лоскутом <i>Байтингер А. В., Байтингер В. Ф.</i> .....	6
Применение комбинированного препарата на основе фибриногена и тромбина в структурной риносептопластике <i>Баранчук Д. А., Корженевич Е. И., Подгайский В. Н., Колядич Ж. В., Рустамов Х. М.</i> .....	7
Анализ осложнений после применения реконструктивно-пластических операций на стопах у больных с ревматическими заболеваниями <i>Бимбаева А. Д., Иванов Д. В., Бялик В. Е., Макаров М. А., Бимбаев В. Б.</i> .....	8
Хирургические методы лечения сосудистых мальформаций <i>Большаков М. Н., Баисова Л. М., Хандзраян А. С.</i> .....	8
Наша модификация редуccionной маммопластики с использованием бета-кроя (далее <b>В-крой</b> ) <i>Брагилев С. В., Брагилев В. А.</i> .....	9
Атравматическая мастопексия <i>Бузов Д. А.</i> .....	9
Липофилинг груди. Факторы, определяющие эффективность метода <i>Бурлова М. Г.</i> .....	10
Эндоскопический лифтинг лица. Омоложение и бьютификация <i>Бурлова М. Г.</i> .....	11
Когда абдоминопластика переходит в бодилифт <i>Бурлова М. Г.</i> .....	12
Липофилинг ягодиц. Метод комплексного преобразования тела <i>Бурлова М. Г.</i> .....	12
Фотодокументирование при выполнении пластических операций на теле <i>Бурлова М. Г., Кочнева И. С., Осаула А. Н.</i> .....	13
Скользкий лифтинг бровей (GBL): за и против <i>Васильев И. С., Васильев С. А., Васильев Ю. С., Васильев В. С., Карпов И. А., Газзаева В. Р.</i> .....	14

Варианты пластического закрытия мягкотканых дефектов дистальных отделов нижних конечностей <i>Васильев С. А., Васильев В. С., Васильев Ю. С., Васильев И. С., Карпов И. А.</i> .....	14
Исследование точек приложения эритропоэтина, как потенциального средства лечения пародонтита <i>Волчек И. А., Мичурина А. П., Теряев А. С.</i> .....	15
Исследование иммуномодулирующего эффекта экстракта дудника даурского при пародонтите <i>Волчек И. А., Теряев А. С., Мичурина А. П.</i> .....	15
Превентивная микрохирургия в лечении рака молочной железы <i>Воротников В. В., Пахомова Р. А., Абдугаффаров С. А., Соинов А. В., Гугнина А. С., Ким С. И., Копытич И. В., Мчедлидзе Т. Г.</i> .....	16
Наш опыт одномоментной реконструкции молочной железы при лечении рака молочной железы <i>Воротников В. В., Пахомова Р. А., Абдугаффаров С. А., Соинов А. В., Гугнина А. С., Ким С. И., Копытич И. В., Мчедлидзе Т. Г.</i> .....	16
Сравнение техник нижней расширенной и комбинированной блефаропластики <i>Восканян Г. С., Певзнер Д. А.</i> .....	17
Ошибки и осложнения при лечении детей с сосудистыми поражениями в области головы и шеи и пути их решения. Опыт Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии <i>Гавеля Е. Ю., Рогинский В. В., Котлукова Н. П., Надточий А. Г.</i> .....	18
Оценка влияния моделирования септопластики у крыс как фактора хирургического стресса в экспрессии белка р53 и его функциональной роли в пирамидных нейронах гиппокампа <i>Ганьшин И. Б., Попадюк В. И., Маркушин А. А., Дьяченко Ю. Е., Кастыро И. В., Костяева М. Г., Аль Кхатиб Н., Пинигина И. В., Джун Х. Д.</i> .....	18
Классификация эпикантусов и выбор метода эпикантопластики ориентальных век <i>Глоба В. С., Миразагаламова Д. Н., Андреищев А. Р., Садыков Т. А., Анисимова Т. А., Ауезова Э. Т., Муслимов Д. К.</i> .....	19
Профилактика послеоперационной тошноты и рвоты после пластических операций <i>Горбачев А. А.</i> .....	19
Дезэпидермизированный кожно-жировой лоскут в стабилизации имплантата при одномоментной реконструкции у больных раком молочной железы <i>Горбунов А. С., Ветшев Ф. П., Showen W., Mingchen S., Chengqian H., Аренина Н. Ю., Колесникова А. О., Аносова Е. Ю.</i> .....	20
Коррекция контурных деформаций голеней с помощью липофилинга <i>Грецова Е. Е., Бурлова М. Г., Кочнева И. С.</i> .....	21
Реабилитация пациентов после пластических операций на лице <i>Грецова Е. Е., Бурлова М. Г., Кочнева И. С., Евлахова Н. А.</i> .....	22
Булхорн — как получить идеальный результат <i>Грецова Е. Е., Кочнева И. С., Бурлова М. Г.</i> .....	22
Липосакция — идеальный контур тела <i>Грецова Е. Е., Бурлова М. Г., Кочнева И. С.</i> .....	23
Реабилитация пациентов после пластических операций на лице <i>Грецова Е. Е., Бурлова М. Г., Кочнева И. С., Евлахова Н. А.</i> .....	24
Планирование контурной пластики голеней <i>Грицюк А. М., Мариничева И. Г.</i> .....	25
Хирургическая реабилитация пациентов с синдромом гиперрастяжимых век <i>Грищенко С. В., Ушано Г. Т.</i> .....	25
Дифференцированный подход к коррекцииптоза бровей, псевдоблефарохалазиса и инволюционных деформаций верхней трети лица <i>Грищенко С. В., Ушано Г. Т.</i> .....	26



Отдаленные результаты модифицированной наружной дакриоцисториностомии <i>Искакбаева А. А., Джуматаев Э. А.</i> .....	37
Опыт выполнения реконструкции влагалища с использованием фрагмента сигмовидной кишки <i>Истранов А. Л., Тейфуков С. Н., Плотникова М. В., Любченко А. В., Исакова Ю. И.</i> .....	38
Наш опыт реконструкции врожденных пороков развития у детей с расщелиной губы и неба <i>Кадыров М. С.</i> .....	38
Дизайн промежности. Применение плазмотерапии в эстетической гинекологии <i>Калиматова Д. М., Доброхотова Ю. Э.</i> .....	39
Применение радиочастотной энергии при лечении вульвовагинальной слабости <i>Калиматова Д. М., Доброхотова Ю. Э.</i> .....	39
Морфологические и биохимические маркеры стресса у крыс в биологической модели септопластики <i>Кастыро И. В., Аль Кхатиб Н., Андрушин В. М., Дьяченко Ю. Е., Миронов Н. А., Маркушин А. А., Костяева М. Г., Попадюк В. И., Ганьшин И. Б.</i> .....	40
Пластика азиатских век <i>Качкинбаев И. К.</i> .....	41
Этиология брылей, коррекция нижней трети лица <i>Качкинбаев И. К., Исаева К. И., Качкинбаев К. И., Алыбаев М. Э.</i> .....	41
Аутоадиipoцитарный лифтинг (Cleft lift) межъягодичной борозды у пациентов с пилонидальной кистой копчика <i>Клименко К. В., Пахомова Р. А.</i> .....	41
Особенности проведения нижней блефаропластики при склеральном виде и птозировании нижнего века (планирование, этапы операции, результаты) <i>Ковынецев А. Н.</i> .....	42
Оптимальные подходы в объемном моделировании больших половых губ при интимной контурной пластике <i>Кожевникова М. А.</i> .....	43
Малоинвазивные хирургические подходы в комплексном омоложении лица при различных морфотипах возрастных изменений лица <i>Кожевникова М. А.</i> .....	43
Формирование пупка при абдоминопластике у пациентов после массивной потери веса <i>Кожемяцкий В. М.</i> .....	44
Способ одномоментного комплексного лечения пациентов с опухолью костей лицевого скелета <i>Кокаев К. Т., Теремов А. В., Забунян Г. А., Мартиросян А. А.</i> .....	44
Улучшение эстетического результата хирургического лечения ринофимы <i>Колбанова И. Г., Туровский А. Б., Крюков А. И., Шведов Н. В., Мосин В. В., Степанова М. М.</i> .....	45
Заготовка аутокрови и проведение аутоинфузий, дoнорской крови и ее компонентов после сочетанных пластических операций <i>Колмаков А. И., Левицкая М. Г., Кочнева И. С., Степанов А. Ю., Горбачев А. А.</i> .....	45
Анестезиологическое пособие при сочетанных пластических операциях <i>Колмаков А. И., Левицкая М. Г., Кочнева И. С., Степанов А. Ю., Горбачев А. А.</i> .....	46
Свободный ревааскуляризованный суральный аутоотнасплантат в лечении местно-распространенных злокачественных новообразований ротоглотки. Функциональные и эстетические результаты <i>Колчанов Г. М., Алексеева Д. А., Мартиросян В. В.</i> .....	46
Использование неодимового лазера в сочетании с использованием объемообразующих препаратов на основе гиалуроновой кислоты для коррекции возраст-ассоциированных изменений интимной области у женщин <i>Кондрашова И. В.</i> .....	47

Старение силиконовых имплантатов как одна из причин реэндопротезирования молочных желез <i>Коновец О. А., Шаробаро В. И., Мантурова Н. Е., Алексеева Е. И.</i> .....	47
О результатах выполнения повторных аугментационных маммопластик <i>Кораблева Н. П., Романенков Н. С., Некрасов А. А., Галиев И. А., Кремлёв Д. И.</i> .....	48
Липосакция высокой точности: проблемы выбора глубины прорисовки <i>Коробов А. В.</i> .....	48
Анализ осложнений при выполнении абдоминопластики <i>Коростелев М. Ю., Шихалева Н. Г., Давыдов В. Г., Седнев С. И., Сливкова А. А.</i> .....	49
Метод редукционной маммопластики на двух дермаглангулярных ножках <i>Коротков В. А., Нурыев А. А.</i> .....	50
«Эпидемия» обширных дефектов — от <b>Damage Control</b> до реконструктивно-пластической хирургии <i>Коскин В. С., Бадалов В. И., Медведев Г. В., Петров А. Н., Рудь А. А., Семенов Е. А.</i> .....	50
Влияние моделирования септопластики и хирургического повреждения верхней челюсти на изменения норадренергической системы гиппокампальной формации <i>Костяева М. Г., Дьяченко Ю. Е., Маркушин А. А., Кастыро И. В., Попадюк В. И., Шилин С. С., Ганьшин И. Б., Аль Кхатиб Н., Багдасарян В. В.</i> .....	51
Реконструкция молочной железы собственными кожно-фасциальными лоскутами — просто и доступно <i>Кочетков Р. И.</i> .....	52
Осложнения хейлопластики <i>Кочнева И. С.</i> .....	52
Эндоскопический лифтинг средней зоны лица: возможности метода <i>Кочнева И. С., Бурлова М. Г.</i> .....	52
Варианты хейлопластики в различных клинических ситуациях <i>Кочнева И. С., Грецкова Е. Е., Бурлова М. Г.</i> .....	53
Обзор применения липофилинга после органосохраняющих операций на молочной железе <i>Крайтор А. С., Алексанян Т. А., Дзотцоев А. К.</i> .....	53
Клинико-анатомическое обоснование применения малоинвазивного метода коррекции талии с сохранением ребер <i>Краюшкин И. А.</i> .....	54
Наш опыт в профилактике осложнений фейслифтинга <i>Краюшкин И. А.</i> .....	54
Эстетический результат комбинированного хирургического лечения ринофимы <i>Крюков А. И., Туровский А. Б., Колбанова И. Г., Шведов Н. В., Мосин В. В., Степанова М. М.</i> .....	55
Выбор метода реконструкции фронтоорбитальной области при удалении фиброзной дисплазии <i>Кугушев А. Ю., Лопатин А. В., Грачев Н. С., Решиков Д. А., Васильев К. Г., Олейников С. А.</i> .....	56
Формирование узкой талии с сохранением ребер семь лет спустя <i>Кудзаев К. У., Гапаров К. З.</i> .....	56
Эстетическая коррекция нижних конечностей (биомеханическое обоснование) <i>Кудзаев К. У.</i> .....	56
Возможности современной реконструкции нижних конечностей: отдаленные результаты хирургической реабилитации пострадавших с тяжелой комбинированной травмой <i>Кудзаев К. У., Султанбеков Д. Г.</i> .....	57
Наш подход к комплексу омолаживающих операций на лице <i>Кудзаев К. У.</i> .....	57
Применение компьютерных 3D-технологий в комплексном лечении пациентов с переломами, посттравматическими деформациями и дефектами челюстей <i>Кузнецов А. М., Иванов С. Ю., Короткова Н. Л., Сафьянова Е. В.</i> .....	58

Передняя сепарационная абдоминопластика послеоперационных вентральных грыж: пути решения проблемы <i>Кулиев С. А., Протасов А. В., Кулакова А. Л., Евсюкова И. В.</i> .....	58
Современные подходы в эстетической хирургии при коррекции возрастных изменений лица в периорбитальной области <i>Кунижева М. А., Химатова С. З., Нурпазыл У. Н., Милюкова Д. Ю., Шайхалиев А. И.</i> .....	59
Оптимизация трансаксиллярной аугментации молочных желез. <i>Курбангалеев А. И., Хутиев Г. Г.</i> .....	59
Частота и эффективность хирургического лечения послеожоговых рубцовых контрактур крупных суставов конечностей местно-пластическими способами <i>Курбанов У. А., Фозилов Н. С., Муртазаев Х. Ш.</i> .....	60
Операция Мармара–Гольдштейна в хирургическом лечении варикоцеле <i>Курбанов У. А., Фозилов Н. С., Комилова Б. И., Соатов Э. Э.</i> .....	61
Оценка эстетических результатов картирования сторожевого лимфоузла с использованием индоцианинового зеленого цвета при раке молочной железы <i>Курди Ф. Н., Решетов И. В.</i> .....	61
Алгоритм хирургического лечения крупных костных дефектов длинных трубчатых костей методом васкуляризированной костной пластики <i>Ладутько Д. Ю., Пекарь А. В., Лаутыко Ю. Н., Подгайский В. Н.</i> .....	62
Методы лечения детей с лимфатическими мальформациями челюстно-лицевой области <i>Ломака М. А., Рогинский В. В., Овчинников И. А.</i> .....	62
Биорезорбируемые импланты в ринопластике: наш опыт <i>Макаров А. В., Кораблева Н. П.</i> .....	63
Особенности предоперационной подготовки в пластической хирургии у пациентов с хронической герпес-вирусной инфекцией <i>Максимова А. В., Прохода Е. Е., Татаурщикова Н. С.</i> .....	64
Децентрализация микрохирургической службы в стране. Опыт внедрения в региональные учреждения и проблемы <i>Мантарджиев Д. В., Сергеев И. С., Батырев А. В., Сычев В. И., Овсян Г. С., Варданян С. А., Дикарев А. С.</i> .....	64
Трехплоскостная аугментационная маммопластика <i>Мариничева И. Г., Грицюк А. М.</i> .....	65
Нижний ягодичный лифтинг <i>Мариничева И. Г., Грицюк А. М.</i> .....	65
Комплексный подход к лечению пациентов с травматическим косоглазием <i>Матросова Ю. В., Катаев М. Г., Фабрикантов О. Л.</i> .....	66
Анализ изменения положения суставосодержащих фрагментов нижней челюсти в результате ортогнатической операции <i>Машкина А. А., Чкадуа Т. З., Ермолин В. И., Исайчикова О. В., Романовский М. А.</i> .....	66
Влияние ультразвуковой кавитации на раневой процесс и тактику лечения пациентов при боевой травме <i>Меркулов Д. С., Фисталь Э. Я., Фисталь Н. Н.</i> .....	67
Одноэтапная реконструкция фрагмента ушной раковины при посттравматических дефектах <i>Михайлов А. Г., Михайлова К. А.</i> .....	68
Современные аспекты хирургического лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями средней зоны лица <i>Михайлюков В. М., Дробышев А. Ю., Левченко О. В., Тибилев Д. В., Мисирханова М. И.</i> .....	68
Экологичный подход в эстетической медицине. Лучшие практики в области общественного здоровья <i>Мороз О. Н., Белышева Т. С.</i> .....	69



Эффективность хирургического лечения макромастии, ассоциированной с доброкачественной дисплазией молочной железы и избытком массы тела <i>Мурзаева Р. А., Радзинский В. Е., Мантурова Н. Е., Алиева З. М.</i> .....	69
Хирургическая коррекция возрастных изменений верхних век у пациентов азиатской этнической группы <i>Нгуен Д. Б., Мантурова Н. Е.</i> .....	70
Опыт выбора имплантов. Текстура vs полиуретан <i>Нудельман Н. С.</i> .....	71
Хирургия ногтевых фаланг <i>Обухов И. А.</i> .....	71
Реконструкция ногтевых фаланг пальцев кисти <i>Обухов И. А.</i> .....	72
Наш метод хирургического лечения синмастии <i>Обыденнов Д. С., Камалетдинов И. Ф., Исмагилов А. Х.</i> .....	73
Тотальная реконструкция молочной железы с применением микрохирургической техники <i>Овчинникова И. В., Гимранов А. М., Бусыгин М. А., Тазиева Г. Р.</i> .....	73
Изменение механических свойств грудных имплантатов в зависимости от времени нахождения в организме <i>Плаксин С. А., Пономарев Д. Н., Шадрин В. В., Осоргина И. В.</i> .....	74
Радиочастотно-ассоциированные методы в пластической хирургии <i>Плегунова С. И.</i> .....	75
Радиочастотно-ассоциированная липосакция Bodytite как метод выбора при коррекцииптоза мягких тканей плеч <i>Плегунова С. И.</i> .....	76
Аллопластическая кожесохраняющая мастэктомия в сочетании с мастопексией <i>Пржедецкий Ю. В., Позднякова В. В., Пржедецкая В. Ю.</i> .....	76
Персональный опыт хирургического лечения гинекомастии <i>Пржедецкая В. Ю., Пржедецкий Ю. В.</i> .....	77
Морфологические особенности липографтов, трансплантированных в мышцу и жировую ткань <i>Пржедецкий Ю. В., Пржедецкая В. Ю.</i> .....	77
Органосохраняющая подтяжка молочных желез <i>Протасов К. А.</i> .....	78
Дополнительные хирургические маневры при пластике соска и ареолы <i>Протасов К. А.</i> .....	78
Модифицированный височный лифтинг <i>Пшениснев К. К., Пшениснев К. П.</i> .....	79
Особенности пластики концевого отдела носа у мужчин и женщин <i>Пшениснев К. К., Пшениснев К. П.</i> .....	79
Особенности ринопластики при посттравматической деформации носа <i>Пшениснев К. К., Пшениснова Е. С.</i> .....	79
Латеральный доступ при подкожной мастэктомии и мальпозиция сосково-ареолярного комплекса при двухэтапной одномоментной реконструкции молочной железы <i>Пшениснев К. К., Даскалова И. Г., Худоян А. К., Пшениснев К. П.</i> .....	80
Разработка хирургического инструмента для минимизации травматизации кожи в процессе зашивания <i>Пшениснев К. К., Смирнов Е. В.</i> .....	80
Роль субмаммарной складки в эстетической хирургии молочной железы <i>Редин Р. Р.</i> .....	81

Тактика реконструктивно-восстановительной хирургии расщелины челюстно-лицевой области, сочетанной с пороками развития других органов и систем <i>Рогожина Ю. С., Блохина С. И., Бимбас Е. С.</i> .....	81
Гистоморфологическая характеристика скелетных мышц при взрывном повреждении мягких тканей после ранней коррекции гиалуроновой кислотой (экспериментальное исследование) <i>Ростовцев С. О., Баженов М. В., Коуров А. С., Семакин Р. В., Шулепов А. В.</i> .....	82
Лифтинг тканей спины по линии бюстгалтера ( <b>Bra-Line Back Lift</b> ) <i>Саканов Д. Н., Швырев С. П.</i> .....	83
Селективные методы реиннервации парализованного лица <i>Салихов К. С.</i> .....	83
Повторная абдоминопластика, методы коррекции <i>Сарамков Н. Е.</i> .....	83
Современные возможности малоинвазивного лечения сосудистых мальформаций с медленными потоковыми характеристиками <i>Сафин Д. А., Тарусин Д. И., Матар А. А., Середницкая Н. А., Агибалов Д. В.</i> .....	84
Возможности применения лазера на парах меди в лечении сосудистых мальформаций <i>Селянинов К. В., Пономарев И. В., Ключарева С. В.</i> .....	84
Оперативная коррекция гипертрофии вульвы в практике пластического хирурга <i>Семенова О. В., Шихалева Н. Г.</i> .....	85
Хирургия мигрени. Медико-социальная проблема <i>Сергеев И. С., Дикарев А. С., Мантарджиев Д. В., Сычев В. И., Батырев А. В.</i> .....	86
Выбор методики редукционной маммопластики. как получать хороший результат всегда <i>Силкина К. А.</i> .....	86
Наш опыт применения резекции слюнных желез для улучшения эстетического результата у пациентов при лифтинг лица и шеи <i>Силкина К. А.</i> .....	87
Одномоментная реконструкция молочной железы у пациенток с птозом молочных желез <i>Скворцов В. А., Топузов Э. Э., Гор Л. А., Гринев И. А., Бабешкин Р. Н., Аршба Э. А., Афанасьева Е. А.</i> .....	87
Прогнозирование осложнений в реконструктивно-пластической хирургии с помощью искусственного интеллекта <i>Скворцов В. А., Топузов Э. Э., Гор Л. А., Гринев И. А., Бабешкин Р. Н., Аршба Э. А., Афанасьева Е. А.</i> .....	88
Когда мастэктомия неизбежна или свободная пересадка сосково-ареолярного комплекса в сочетании с одномоментной реконструкцией <i>Скурихин С. С., Чагунава О. Л.</i> .....	88
Вариант лечения боевых травм плеча с повреждением лучевого нерва <i>Староконь П. М., Павлов А. И., Столярж А. Б., Куленков А. И., Пильников А. А., Джабраилов А. Ш., Абдулаев Х. Р., Москаленко В. В., Аветисян Г. А., Ишханян С. Л., Массалимов А. И.</i> .....	89
Анализ применения DIEAP-лоскута в отсроченной аутологичной реконструкции молочной железы <i>Старцева О. И., Абазалиева А. Д., Рабаданова З. М., Фролова А. С.</i> .....	90
Лабиопластика у азиатских женщин <i>Субанбекова А. М.</i> .....	90
Малоинвазивная отопластика — ретроспективное исследование на основе 79 операций <i>Сутурин М. В., Трубицын Р. В.</i> .....	91
Транспозиция тканей без иссечения избытков кожи при проведении операции малоинвазивного лифтинга лица, лба и бровей под эндоскопическим и ультразвуковым контролем <i>Сутурин М. В.</i> .....	91

Расширенная гениопластика как метод хирургического лечения синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ во сне у пациентов с микрогнатией нижней челюсти при физиологической окклюзии <i>Суфиомаров Н. Ш., Чкадуа Т. З., Либин П. В.</i> .....	92
Совершенное преимущество автоматизированного объемного сканирования (ABUS) молочных желез в точной диагностике смещения и переворота имплантата, после эндопротезирования <i>Тамаева Ф. А., Омарова Д. Г.</i> .....	93
Фотодокументирование лица и шеи в пластической хирургии <i>Усов С. А., Бурлова М. Г., Кочнева И. С.</i> .....	93
Алгоритм выбора оптимального трансплантата, поддерживающего кончик носа <i>Фетисов И. С., Грачев Н. С.</i> .....	94
Возможные пути профилактики рецидива птеригиума <i>Филатова И. А., Кондратьева Ю. П., Солдаткина О. В.</i> .....	95
Наш опыт реконструктивных операций на веках при врожденных расщелинах лица <i>Филатова И. А., Шеметов С. А.</i> .....	95
Комбинированное применение ультразвуковой и вибрационной липосакции при выполнении липоабдоминопластики у пациентов с ожирением <i>Хайдаров Т. Т.</i> .....	96
Применение раневых покрытий на основе трековых мембран для лечения ожогов кожи <i>Хоанг Х. Т., Парамонов Б. А., Чмырёв И. В., Козяев В. А.</i> .....	97
Прогнозирование результатов эстетической коррекции контуров тела в пластической хирургии <i>Храмцова Н. И., Плаксин С. А.</i> .....	98
Реконструкция верхней челюсти у онкологических больных <i>Чойнзонов Е. Л., Азовская Д. Ю., Федорова И. К., Шишкин Д. А.</i> .....	98
Профилактика ранних послеоперационных осложнений в хирургии молочных желез с применением гидроксипропилдиметилдигидропиримидина <i>Шаббаев Р. М., Староконь П. М., Колядина И. В., Богданов С. Н., Самойленко В. М., Ходырев С. А.</i> .....	99
Регенеративные технологии при корпоропластике аллотрансплантатом перикарда при болезни Пейрони <i>Шамсов Б. И., Павлов В. Н., Казихинуров Р. А., Казихинуров А. А., Хасанов А. И., Казихинуров Р. Р.</i> .....	100
Регенеративные технологии в профилактике рецидивов аугментационной уретропластики <i>Шамсов Б. И., Павлов В. Н., Казихинуров Р. А., Казихинуров А. А., Хасанов А. И., Казихинуров Р. Р.</i> .....	100
Выбор костнопластического материала для костной пластики расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти <i>Шаповалов П. И.</i> .....	101
Азиатская блефаропластика в создании складки верхних век: анатомические отличия от европейских век, методики <i>Шаповалов С. Г.</i> .....	101
Малые избирательные ритидэктомии как осознанная необходимость в хирургическом омоложении и гармонизации лица <i>Шевчук И. Г., Швырев С. П.</i> .....	102
Наш алгоритм коррекции возрастных изменений в средней трети лица <i>Шелег М. Ю., Короткова Е. А.</i> .....	102
Мастопексия, наша эволюция подходов <i>Шелег М. Ю., Шульгин Э. А.</i> .....	103
Менеджмент осложнений в эстетической хирургии малых половых губ <i>Шкрет А. А.</i> .....	103
Перемещенные лоскуты на сосудах грудной стенки при частичной реконструкции молочной железы <i>Шомова М. В., Виноградов М. И., Демко А. Н.</i> .....	104

Особенности локальной микроциркуляции после перифокального введения гиалуроновой кислоты при компрессионной ишемии мышц (экспериментальное исследование) <i>Шперлинг И. А., Шулепов А. В., Ростовцев С. О., Петрыкина С. А.</i> .....	104
Гистоморфологические особенности ишемизированной скелетной мышцы в условиях раннего введения гиалуроновой кислоты (экспериментальное исследование) <i>Шулепов А. В., Шперлинг М. И., Одинцова И. А., Шеладев И. В.</i> .....	105
Посттравматическая риносептопластика. Структурная или сохраняющая <i>Юсифзаде Р. В.</i> .....	106
Синдромальные краниосиностозы: 20-летний опыт лечения <i>Ясонов С. А.</i> .....	106
Опыт внедрения в хирургическую практику методов превентивной работы с рубцами после редукционной маммопластики и мастопексии <i>Яссин Л. Р., Алексанян Т. А., Гузик А. А.</i> .....	106
Эффективность методики <b>SMAS-лифтинга на различных зонах тела</b> <i>Соловая И. А.</i> .....	107
Сочетанное применение химических пилингов и мезотерапии <i>Адамович Т. А.</i> .....	107
Плазмофиллинг — нужна ли данная процедура в арсенале врача косметолога? <i>Баринаева Е. А.</i> .....	108
Одномоментная потенцированная коррекция филлерами и аппаратным <b>SMAS-лифтингом у пациентов с гравитационным птозом</b> <i>Бендлин И. Д.</i> .....	108
Гранулема в практике врача-косметолога <i>Габуева Э. Т.</i> .....	109
Сравнительная диагностика эффективности <b>IPL-терапии в сочетании с антиоксидантной и пептидной наружной терапией в лечении гиперпигментации</b> <i>Журавлева Н. А.</i> .....	109
Визуализация временных дермальных наполнителей (филлеров) с помощью ультразвука и магнитно-резонансной томографии. Все ли так просто? <i>Журавская С. Ю.</i> .....	109
Опыт применения мультимодального лазерного излучения в терапии гипертрофических рубцов <i>Зубрицкий В. Ф., Уракова Д. С., Фоминых Е. М.</i> .....	110
Наш опыт реконструкции врожденных пороков развития у детей с расщелиной губы и неба <i>Кадыров М. С.</i> .....	111
Переносимость косметологических процедур у пациентов с atopическим дерматитом <i>Ковалёва Л. В., Сергеева И. Г., Колерова А. В., Макеенко О. А.</i> .....	111
Наш алгоритм коррекции возрастных изменений в средней трети лица <i>Короткова Е. А., Шелег М. Ю.</i> .....	112
Розацеа в косметологии, алгоритмы лечения и реабилитации <i>Крохалева А. В.</i> .....	113
Опыт применения микронидлинга в сочетании с узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапией и топических ингибиторов кальциневрина в лечении очагового витилиго. Клинический случай <i>Лекайон М. Г., Ломоносова К. М.</i> .....	113
Генетические аспекты применения полимолочной кислоты при коррекции <b>недифференцированной дисплазии соединительной ткани</b> в косметологической практике <i>Моржанаева М. А.</i> .....	114
Работа врача-косметолога с пациентами с различными типами зависимостей у всех слоев населения <i>Нагибина Е. В.</i> .....	114

<b>IRL-терапия в лечении и профилактике гипертрофических рубцов в послеоперационном периоде</b> <i>Нарыгина Т. А.</i> .....	114
Полимолочная кислота в практике врача-косметолога: риски и осложнения <i>Первых С. Л.</i> .....	115
Перманентные и биостимулирующие нити, алгоритм применения с учетом анатомических и возрастных изменений <i>Петраш Н. В., Груздев Д. А.</i> .....	115
Оптимизация параметров лазерного воздействия методом численного моделирования для удаления новообразований в периорбитальной области <i>Пономарев И. В.</i> .....	115
Влияние фотодинамической терапии на процессы заживления в раннем послеоперационном периоде. Клинический случай. Фотодинамическая терапия при рвано-ушибленной ране нижней губы <i>Раджабова М. М.</i> .....	116
Потенцирующий эффект коллагенотерапии и игольчатого радиоволнового лифтинга <i>Сковородникова И. В.</i> .....	117
Возможности фотодинамической терапии в нормализации процесса ранозаживления <i>Смолянова А. О.</i> .....	117
Сочетание методик: инъекционных, аппаратных и топической терапии в лечении эритематозно- телеангиэктатического и папуло-пустулезного подтипов розацеа <i>Фимочкина Г. Р., Соколова А. В.</i> .....	117
Послеродовое восстановление области живота без операций <i>Хасиева Э. Н.</i> .....	118
Трендовые методики коррекции губ: ошибки, последствия и пути их решения <i>Хасиева Э. Н.</i> .....	118
Лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и гипертрофии жевательных мышц. Междисциплинарный подход врача-косметолога, стоматолога, челюстно-лицевого хирурга <i>Шаленкова И. В., Карпова Е. И.</i> .....	118
Липофилинг в комплексе хирургической реабилитации пациентов с раком молочной железы <i>Абдугаффоров С. А., Воротников В. В., Пахомова Р. А., Гугнина А. С., Сойнов А. В., Ким С. И., Копытич И. В., Мчелидзе Т. Г.</i> .....	119
Липофилинг в сочетании с лимфовенозным анастомозом в комплексе хирургической реабилитации пациентов с раком молочной железы <i>Абдугаффоров С. А., Воротников В. В., Пахомова Р. А., Сойнов А. В., Гугнина А. С., Копытич И. В., Ким С. И., Мчелидзе Т. Г.</i> .....	120
Хирургическое лечение пациентов с изолированными повреждениями нижней и медиальной стенки глазницы <i>Бакушев А. П.</i> .....	121
Анализ осложнений после применения реконструктивно-пластических операций на стопах у больных с ревматическими заболеваниями <i>Бимбаева А. Д., Иванов Д. В., Бялик В. Е., Макаров М. А., Бимбаев В. Б.</i> .....	121
Возможности использования сальникового аутоотрансплантата в онкопластической и реконструктивной хирургии у больных раком молочной железы <i>Зандарян А. А., Чумаченко И. С., Сичинава Д. Д.</i> .....	122
Экспериментальное обоснование применения биорезорбируемых персонализированных коллагеновых мембран для закрытия дефектов слизистой оболочки рта <i>Казумян С. В., Гостев М. С., Дьячкова Е. Ю.</i> .....	123
Херувизм: хирургия или терапия? <i>Котов В. Н., Кугушев А. Ю., Лопатин А. В.</i> .....	124

Выбор микрохирургического аутотрансплантата для реконструкции полового члена <i>Кочнева Е. А., Истранов А. Л.</i> .....	124
Применение онлайн-анкетирования для сбора статистических данных о пигментации в России <i>Лемытская В. Е., Бычкова Н. Ю.</i> .....	125
Возможности магнитно-резонансной ангиографии при планировании реконструкции молочной железы перфорантным лоскутом глубокой нижней надчревной артерии <i>Мельников Д. В., Гомболевский В. А., Иванов С. И., Абдеева Э. И., Васильев Ю. А.</i> .....	126
Лучевая терапия после реконструктивно-пластических операций на молочной железе <i>Пастернак А. В., Аничкина К. А., Шивилов Е. В.</i> .....	127
Открытый липофилинг в лечении периферических нервов при минно-взрывных ранениях конечностей <i>Раши Т. Р., Казанцев И. Б., Серяков В. И.</i> .....	127
Способ уменьшения гипертрофированной мочки уха <i>Сагитдинов Р. Р., Галимов О. В., Васильев С. А., Ханов В. О., Карпов И. А., Наумов В. В.</i> .....	128
Распространенность дисморфофобического расстройства среди пациентов в эстетической пластической хирургии <i>Смагина А. М., Марц Н. И.</i> .....	128
Новый способ мастопексии glandулярным лоскутом <i>Шабает Р. М., Староконь П. М., Колядина И. В., Ходырев С. А., Богданов С. Н., Самойленко В. М.</i> .....	129
Отдаленные эстетические результаты после робот-ассистированной радикальной подкожной мастэктомии с одномоментным эндопротезированием <i>Юрканова Д. Д., Аничкина К. А., Кветенадзе Г. Е., Шивилов Е. В.</i> .....	130

# ДЛЯ ЗАМЕТОК

A series of 25 horizontal lines for writing notes, arranged in a grid pattern. The lines are evenly spaced and extend across most of the page width. The background features a decorative pattern of thin, curved lines that create a grid-like effect, particularly visible in the bottom and right portions of the page.

# СБОРНИК ТЕЗИСОВ

## XII Национальный конгресс с международным участием имени Н.О. Миланова ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ, ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И КОСМЕТОЛОГИЯ

11—13 декабря 2023 года

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:  
Ассоциация «МДМА»

Сдан в набор 01.11.2023. Подписано в печать 14.11.2023. 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