



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

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ,
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
И КОСМЕТОЛОГИЯ

Центр Международной Торговли
Москва
29 ноября — 1 декабря 2022

Реконструкция формы
Управление временем

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАЩЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



При поддержке
Правительства
Москвы



Общероссийское
объединение специалистов
Российского общества
пластической, реконструктивной
и эстетической хирургии



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

РАЗДЕЛ III. КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

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

Анашкина А.С., Козлов А.В., Федорова П.А.
Новосибирский государственный университет, Медицинский центр «АВИЦЕННА», Новосибирск

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

Идея: определить эффективность методики с применением технологий FSS при абдоминопластике у пациентов с морбидным ожирением (МО) перенесших бариатрические операции с птозом передней брюшной (ПБС) стенки III-IV степени. Цель: изучить эффективность лечения пациентов при коррекции тканей ПБС с птозом ПБС III-IV степени, после похудения на фоне бариатрических операций. **Материалы и методы.** Объектом исследования являются 30 пациентов в возрасте от 35 до 60 лет, мужского и женского пола с диагнозом МО, диспропорциональные изменения мягких тканей ПБС, птоз ПБС III-VI степени, диастаз прямых мышц живота. 15 стандартных методик птоза, 15 стандартных методик при коррекции диастаза. Предполагается выполнение абдоминопластики и коррекции диастаза. Критерии включения: пациенты, которым выполнены абдоминопластика и оперативное вмешательство по поводу коррекции диастаза прямых мышц живота, наличие информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: конверсия, системные заболевания соединительной ткани, онкологическая патология, беременность, отсутствие показаний к оперативному лечению, отказ пациента или невозможность выполнения протокола исследования.

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

Результаты. Улучшение результатов, снижение частоты постоперационных осложнений, таких как постоперационный лимфостаз и хронические серомы, ишемия и некроз кожно-жирового лоскута, профилактика рецидивов птоза и диаста-

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

МИКРОИГОЛЬЧАТЫЙ РФ В ЛЕЧЕНИИ СТАРЕНИЯ: СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ

Артёмов Н.И.
Bella-systech, Москва

Актуальность. В последние годы отмечается стойкое увеличение процедур коррекции возрастных изменений, ле-

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА С ПОМОЩЬЮ ТРАНСПЛАНТАТОВ

Сорокин А.Д., Добряков Б.Б., Рогажинский П.В.,
Шакуров В.Л.

Новосибирский государственный университет, Новосибирск

Актуальность. Посттравматическая деформация носа сопровождается дегенеративно-воспалительным процессом, что приводит к значительным изменениям и в ряде случаев полной дегенерации структур носа. Для восполнения дефицита тканей, при такой деформации используют трансплантат. Правильный выбор трансплантата играет решающую роль в успехе операции [1, 2].

Цель исследования. Улучшение результатов коррекции посттравматической деформации носа путем правильного выбора материала трансплантатов.

Задачи исследования. Провести сравнительную оценку методов коррекции посттравматической деформации носа путем использования различных трансплантатов.

Материалы исследования. Объект исследования – 15 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, мужского и женского пола с диагнозом посттравматическая деформация носа. Была выполнена коррекция посттравматической деформации носа с использованием Реберного хряща – 1 группа исследования (n=5). Септального хряща – 2 группа исследования (n=5). Силиконового трансплантата – 3 группа исследования (n=5). Критерии включения: диагноз посттравматическая деформация носа, наличие информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: диагноз повторная ринопластика.

Методы исследования. Сравнительная оценка методов коррекции посттравматической деформации носа путем статистическо-математической обработки данных.

Полученные результаты. 1) Удовлетворенность послеоперационным результатом выше у 2 группы исследования $4,800 \pm 0,447$ по сравнению с 1,3 группой соответственно ($4,600 \pm 0,548$; $3,8 \pm 0,447$) Примечание: различия статистически достоверны при сравнении до и после операции групп № 1, 2, 3 по удовлетворенности послеоперационным результатом ($p < 0,05$). 2) Оценки антропометрических данных в послеоперационном периоде 1 группа исследования. До операции $3,200 \pm 0,447$. После операции $4,400 \pm 0,548$; ($p =$ различия статистически не значимы - далее n/з) 2 группа исследования. До операции $3,200 \pm 0,447$. После операции $4,800 \pm 0,447$; ($p =$ n/з) 3 группа исследования. До операции $2,600 \pm 0,548$. После операции $4,200 \pm 0,447$; ($p =$ n/з) 3) Оценка послеоперационных осложнений в 1, 2 группе исследования послеоперационных осложнений не было выявлено. В 3 группе исследования послеоперационные осложнения – отторжение импланта n=1, смещение импланта n=1.

Выводы. Ауто трансплантат предпочтительней для коррекции посттравматической деформации носа, потому что частота послеоперационных осложнений при использовании ауто трансплантата ниже, чем при использовании аллотрансплантата. Удовлетворенность пациентов коррекцией посттравматической деформации носа ауто трансплантатом – септальным и реберным хрящом ($4,800 \pm 0,447$ и $4,600 \pm 0,548$ соответственно; $p < 0,05$) выше по сравнению с аллотранс-

плантатом ($3,800 \pm 0,447$; $p < 0,05$). Антропометрические данные после коррекции посттравматической деформации носа близки к эстетичным во всех группах исследования.

ПРИМЕНЕНИЕ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ ОБРАБОТКИ ТКАНЕЙ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФОРМЫ И КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ ПТОЗА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ СОВМЕСТНО С КОРРЕКЦИЕЙ МЕМБРАНОЗНОЙ ПЛАСТИНЫ

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

Новосибирский государственный университет, Медицинский
центр «АВИЦЕННА», Новосибирск

Введение. Птоз груди является неизбежным следствием силы тяжести и времени. Каждая грудь имеет тенденцию к птозу различной формы и степени. Современные методы мастопексии основаны на разрезах на груди для исправления птоза; тем не менее, они оставляют обширные шрамы. Для многих пациенток очень сложно выбрать: грудь с видимыми шрамами или с птозом.

Идея. Создание технологии коррекции птоза молочных желез, позволяющей добиться оптимальных эстетических результатов без разреза кожи на железе.

Цель исследования. Определить технологические аспекты формирования кармана, проведения плоскостных иссечений и разработать алгоритм применения аргоноплазменной обработки тканей для восстановления формы и комплексной профилактики послеоперационных осложнений при коррекции птоза молочных желез.

Материалы и методы. Объектом исследования являются 30 пациенток в возрасте от 24 до 46 лет. Было проведено разделение пациентов на 2 группы по 15 человек. У 1 группы применяются стандартные методы обработки мягких тканей (с разрезом на коже молочной железы), а у 2 – аргоноплазменная методика совместно с коррекцией мембранозной пластины. Критерии включения: птоз паренхимы молочных желез (Par) 1-3 степени и сосково-ареолярного комплекса (NAC) 1-2 степени; отсутствие хронических заболеваний; наличие информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: птоз молочных желез Par 4 NAC 3,4 степени; системные заболевания соединительной ткани; отказ пациента от исследования. Оценка параметров птоза проводилась с помощью шкалы Джованни Ботти и Марио Пелле Чераволо. Существует двухплоскостная техника создания кармана для импланта (Dual plane), мы в своей работе создаем третью плоскость (Triple plan), которая расположена над мембранозной пластиной. При этом, если Par 1 степени и NAC 1-2 степени, то отслойку подкожно-жировой клетчатки над мембранозной пластиной проводим до половины расстояния от соска до субмаммарной складки (LVC) (I тип Triple plan). При Par 2 степени производится иссечение мембранозной пластины треугольной формы до нижней границы ареолы (II тип Triple plan). Если имеется Par 3 степени, дополнительно выполняем резекцию нижнего полюса молочной железы (без кожного разреза). На всех этапах создания плоскостной ткани обрабатываются аргоноплазменной коагуляцией с помощью

аппарата BOWA ARC 400 в режиме монополярного резания «Аргон» мощностью 100Вт. Дальнейшее обследование осуществлялось в раннем и позднем послеоперационном периоде: объективная оценка состояния мягких тканей и оценка удовлетворенности эстетических результатов проводилось с помощью опросника BREAST-Q.

Полученные результаты. Создание Triple plan при формировании кармана привело к оптимальному перераспределению мягких тканей над имплантом, которое измеряется по LVC импланта + 1,4 мм (средний показатель растяжения тканей). Благодаря коррекции мембранозной пластины при Pag 2,3 удалось предотвратить резекцию кожи на молочной железе. Благодаря прекрасному коагуляционному эффекту аргоновой плазмы операционное поле было сухим и неповрежденным. Это способствовало снижению воспалительных процессов, экссудации серозной жидкости и, как следствие, уменьшению болевой синдром, предотвращало образование сером и гематом в раннем послеоперационном периоде. Помимо этого, АПК приводит к сокращению коллагеновых волокон, что ведет к уменьшению объема мягких тканей внутри кармана. В позднем послеоперационном периоде в I группе у 15% наблюдалась деформация NAC, 20% были неудовлетворены эстетическим результатом, в частности, из-за рубцов. Во II-й группе данных осложнений выявлено не было.

Обсуждение. Dual plane (двойная плоскость) – это плоскость формирования кармана для импланта (частично под большой грудной мышцей и частично под молочной железой или под глубоким листком поверхностной фасции). Это необходимо для оптимального перераспределения мягких тканей над имплантом. Если имплант размещать только в одной плоскости, то расположение импланта будет высоким, т.е. будет увеличено LVC, что придает груди некрасивую форму. В технологии используется газ аргон, который является стабильным, нетоксичным и не имеет запаха. Происходит эффективная равномерная коагуляция, глубина проникновения которой, не более 3 мм. При данной технике отсутствует карбонизация тканей, поскольку аргон не поддерживает горение, что способствует ускорению репаративных процессов. Кроме того, нагретая аргоновая плазма обладает бактерицидным действием, что в комплексе способствует быстрому заживлению тканей.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ И ОТКРЫТЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА 3, 4, 5 СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ В ПРАКТИКЕ ПЛАСТИЧЕСКОГО ХИРУРГА

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

Республиканская клиническая больница МЗ РТ, Травмцентр, отделение травматологии № 2, Казань

Контрактура (болезнь) Дюпюитрена – заболевание, характеризующееся поражением ладонного апоневроза, приводящего к прогрессирующей сгибательной контрактуре пальцев кисти. Существует множество стандартных хирургических

методов лечения этого заболевания, но они обладают рядом недостатков и возможных осложнений в виде некроза кожных покровов, кожно-рубцовой деформации, стойкой контрактуры, длительностью реабилитации и др. Однако в тяжелых случаях, особенно – при запущенных контрактурах с необратимым поражением меж-фаланговых суставов пациенту может быть предложен артродез или даже ампутация пальца.

Цель исследования. Улучшение эффективности лечения больных с контрактурой Дюпюитрена 3-4-5 степени сложности с применением комбинированных методов лечения. Оценить результаты лечения и показать преимущества комбинированного метода лечения контрактуры Дюпюитрена 3-4-5 степени сложности.

Материалы и методы. В нашей клинике комбинированным способом было пролечено 60 пациентов с контрактурой Дюпюитрена 3-5 степени. 7 пациентам осуществлялась инъекция коллагеназы, мы используем полный аналог препарата Xiaflex, отечественный препарат Коллализин, основным веществом которого является коллагеназа, получаемая из *Clostridium Histolyticum*. 25 пациентам выполнена игольчатая чрескожная апоневротомия с липофилингом. 28 пациентам игольчатая (игольная) апоневро(зо)томия. Применение малоинвазивных методов позволило вывести пальцы из состояния тяжелой степени контрактуры. Следующим этапом для радикального удаления патологически фиброзно измененных тканей выполнялись операция открытыми хирургическими методами (открытая фасциотомия, селективная фасциэктомия, радикальная фасциэктомия, сегментарная апоневроэктомия, дермофасциэктомия). При применении данного комбинированного метода мы избежали таких осложнений, как некроз кожи, уменьшили воздействие суставной контрактуры пальца и способствовали восстановлению мышечной силы и сгибательной функции пальца. Возможные осложнения в виде разрывов сухожилий и повреждения сосудисто-нервного пучка нами наблюдались 3 случая, которым были восстановлены поврежденные структуры. В послеоперационном периоде проводилось динамическое наблюдение пациентов на протяжении 2-х лет. Результаты. Практически у всех пациентов удалось добиться полного восстановления функции пальцев кисти. Результаты оценивались по силе кулачного схвата, Table-top-test, по методике DASH до и после операции. После применения комбинированного метода лечения рецидивов заболевания в течение 2-х лет не наблюдалось. Вывод. Преимуществом применения комбинированного метода лечения контрактуры Дюпюитрена 3-4-5 степени являются малотравматичность, сокращения сроков восстановительного периода, возможность получения наилучшего функционального результата.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО- ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА СТОПАХ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Чойдорова А.Д., Нурмухаметов М.Р.

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

Введение. Поражение суставов переднего отдела стопы, по данным различных авторов, встречается у 60-80%