



ПЛАСТИЧНА,
РЕКОНСТРУКТИВНА
І ЕСТЕТИЧНА
ХІРУРГІЯ

№ 1–2, 2018

POLYTECH

Health & Aesthetics

Diagon\Gel® Серия 4Two

Эволюционные имплантаты молочной железы

ПРОСТО. БЕЗОПАСНО.
СТАБИЛЬНО. ХОРОШО!



$2 \times 2 \times 2 \times 2 = 4Two$
2 геля
2 профиля
2 поверхности
2 проекции



EasyFit Gel

более мягкий гель обеспечивает прилегание имплантата к грудной клетке

Shapar Gel

более плотный когезивный гель для поддержки тканей и создания эффекта push-up

сферическая форма облегчает позиционирование соска

предотвращение отслоения геля или оболочки, высокая целостность геля

расположение соска

максимальная проекция имплантата на уровне 25%

более плотный гель по нижней поверхности предотвращает коллапс

ИМПЛАНТАТЫ, СОЗДАНИЕ POLYTECH
КАЧЕСТВО, СОЗДАНИЕ В ГЕРМАНИИ
www.polytech-health-aesthetics.com

Дистрибьютор:
ООО Политех Хелс Украина
ул. Богомольца, 4, офис 130 • 01024, Киев, Украина
+38 044 256 2538 • +38 044 256 2537
office@polytechhealth.kiev.ua • www.polytechhealth.com.ua

© 2010 POLYTECH Health & Aesthetics, Germany.

Всеукраїнська асоціація пластичних, реконструктивних і естетичних хірургів (ВАПРЕХ)
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

ПЛАСТИЧНА, РЕКОНСТРУКТИВНА І ЕСТЕТИЧНА ХІРУРГІЯ

PLASTIC, RECONSTRUCTIVE AND AESTHETIC SURGERY

Журнал
Пластична, реконструктивна і естетична хірургія

Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу масової інформації
КВ № 19914-9714Р

Засновники: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Всеукраїнська асоціація пластичних, реконструктивних і естетичних хірургів (ВАПРЕХ)

№ 1–2, 2018

Головний редактор Пінчук В. Д.
Заступник головного редактора Кебуладзе І. М.
Відповідальний секретар Ткач О. С.

Editor-in-Chief V. D. Pinchuk
Deputy Editor-in-Chief I. M. Kebuladze
Executive Secretary O. S Tkach

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Арджензіо В. (Італія)	М'ясоєдов Д. В.
Багіров М. М.	М'ясоєдов С.Д.
Барамія Н. М.	Ничитайло М. Ю.
Бігс Т. (США)	Пархоменко Г. Я.
Буренко Г. В.	Пахальчук Н. М.
Бойко М. І.	Поліщук М. Є.
Васкес Г. (Аргентина)	Радзіховський А. П.
Валіхновський Р.Л.	Рибейро Л. (Бразилія)
Вороненко Ю. В.	Рожнова Р. А.
Галич С. П.	Риков С.О.
Галатенко Н. А.	Саволук С. І.
Горпінченко І. І.	Слесаренко С. В.
Еро Х.Л. (Іспанія)	Теплий В. В.
Жабоедов Г.Д.	Тімен Г. Е.
Заболотний Д. І.	Тімофеев О. О.
Компанієць О. А.	Тронько М. Д.
Козинець Г. П.	Трой Х. З. (Чилі)
Колесников Е. Б.	Цепколенко В. О.
Кристенсен Л. (Данія)	Яковенко Л. М.
Лісайчук Ю. С.	
Мамчич В. І.	
<u>М'ясников В. Г.</u>	

EDITORIAL BOARD

V. Argenzio (Italy)	M. E. Polischuk
M. M. Bahirov	A. P. Radzikhovsky
N. M. Baramiya	L. Ribeiro (Brazil)
T. Biggs (USA)	R. A. Rozhnova
M. I. Boyko	S.O. Rykov
H. V. Burenko	S. I. Savoliuk
L. Christensen (Denmark)	S. V. Sliesarenko
S. P. Galych	V. V. Teplyi
N. A. Halatenko	H. Y. Timen
I. I. Horpinchenko	O. O. Timopheyeu
L. M. Jakovenko	M. D. Tronko
E. B. Kolesnikov	J. Zarhi Troy (Chile)
O. A. Kompaniets	V. O. Tsepkoenko
G. P. Kozinec	R. L. Valikhnovski
Y. S. Lisaychuk	G. Vazkez (Argentina)
V. I. Mamchych	Y. V. Voronenko
<u>V. H. Myasnykov</u>	J. M. Martin Del Yerro (Spain)
D. V. Myasoyedov	D. I. Zabolotny
S. D. Myasoyedov	H. D. Zhaboyedov
M. Y. Nychytaylo	
N. M. Pakhalchuk	
H. Y. Parkhomenko	

Рекомендовано Вченою радою Національної медичної академії
післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України
Протокол № 9 від 15 листопада 2017 року

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України.
Додаток 6 до наказу Мін. Освіти 06.11.14 №1279

Журнал зареєстровано в наукометричній системі Google Scholar.

Журнал внесено до загальнодержавної бази даних
«Бібліометрика української науки».

ЗМІСТ

Пинчук В.Д., Слюсарев И.Ю., Слюсарев Н.И., Ткач О. С. <i>ОЦЕНКА СПОСОБОВ ФИКСАЦИИ ТКАНЕЙ ЛОБНОГО ЛОСКУТА ПРИ ОТКРЫТОМ ФРОНТОТЕМПОРАЛЬНОМ ЛИФТИНГЕ.</i>	<i>6</i>
Галич С.П., Дабижа А.Ю., Самко К.А. <i>РЕКОНСТРУКЦИЯ ГРУДИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОЛИАКРИЛАМИДНОГО ГЕЛЯ</i>	<i>18</i>
Слесаренко С.В., Бадюл П.А., Жигулин А.В., Пробачай В.И., Чередниченко Н.А. <i>СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛОСКУТОМ НА ПЕРФОРАНТЕ ГЛУБОКОЙ НИЖНЕЙ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ (DIEP FLAP)</i>	<i>28</i>
Заруцкий Я.Л., Асланян С.А., Компанієць А.О. <i>ЗАСТОСУВАННЯ ВАКУУМ-ТЕРАПІЇ ПРИ ПОРАНЕННЯХ І ТРАВМАХ РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ</i>	<i>40</i>
Коваленко А.О., Козинець Г.П., Коваленко О.М., Осадча О.І. <i>ВПЛИВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕРМАЛЬНИХ ОПІКІВ НА ПРИРОДНУ РЕЗИСТЕНТНІСТЬ І РОЗВИТОК РУБЦІВ</i>	<i>48</i>
Жернов О.А., Козинець Г. П., Кітрі М., Гузь О. О. <i>ОБГРУНТУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПІКОВИХ ДЕФОРМАЦІЙ ТА КОНРАКТУР З ВИКОРИСТАННЯМ РОЗТЯГНУТИХ ОБ'ЄДНАНИХ КЛАПТІВ НА ОСНОВІ КЛЮЧОВИХ ТА ПЕРФОРАНТНИХ СУДИН.</i>	<i>61</i>
Галатенко Н.А., Руденчик Т.В., Карпенко О.С., Рожнова Р.А., Кулеш Д.В., Нечасва Л.Ю., Кебуладзе І.М., Лаврененко Н.М. <i>БІОЛОГІЧНО АКТИВНІ ПОЛІУРЕТАНСЕЧОВИНИ ЯК МАТЕРІАЛИ ДЛЯ ДРЕНАЖІВ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ</i>	<i>71</i>

CONTENT

V. Pinchuk, I. Slyusaryev, M. Slyusaryev, O. Tkach <i>FRONTO-TEMPORAL LIFTING. ASSESSMENT METHODS OF FIXING A FULL-LAYER FRONTAL FLAP</i>	<i>6</i>
S.P. Galych, A.Y. Dabizha., K.A. Samko <i>BREAST RECONSTRUCTION AFTER POLYACRYLAMIDE GEL REMOVING</i>	<i>18</i>
S. V. Sliesarenko, P. A. Badyul, A. V. Zhigulin, V. I. Probachai, N. A. Cherednichenko <i>MODERN METHOD OF THE BREAST RECONSTRUCTION WITH THE PERFORATOR A FLAP ON DEEP LOWER EPIGASTRIC ARTERY (DIEP FLAP).</i>	<i>28</i>
Zarutskii Ya. L., Aslanyan S. A., Kompaniets A.O. <i>APPLICATION OF VACUUM THERAPY IN TREATMENT OF INJURIES OF VARIOUS LOCALIZATION</i>	<i>40</i>
A.A. Kovalenko, G.P. Kozinets1, O.M. Kovalenko, O.I. Osadcha <i>THE INFLUENCE OF SURGICAL TREATMENT OF DERMAL BURNS ON NATURAL RESISTANCE AND DEVELOPMENT OF SCARS.</i>	<i>48</i>
O. A. Zhernov, G. P. Kozinets, M. Kitri, O. O. Huz <i>RATIONALE OF SURGICAL TREATMENT OF POSTBURN DEFORMATIONS AND CONTRACTURES USING EXPANDED JOINED FLAPS ON THE BASIS OF SOURCE AND PERFORATOR VESSELS</i>	<i>61</i>
R. A. Roznova, N. A. Galatenko, D. V. Kulyesh, T. V. Rudenchyk, L. Yu Nechayeva., I. M. Kebuladze, N. M. Popova <i>POLYURETHANE UREAS WITH BIOLOGICAL ACTIVITY AS MATERIALS FOR DRAINAGE IN ABDOMINAL SURGERY.</i>	<i>71</i>

ОЦЕНКА СПОСОБОВ ФИКСАЦИИ ТКАНЕЙ ЛОБНОГО ЛОСКУТА ПРИ ОТКРЫТОМ ФРОНТОТЕМПОРАЛЬНОМ ЛИФТИНГЕ

Пинчук В.Д.^{1,2},
Слюсарев И.Ю.³,
Слюсарев Н.И.³,
Ткач О.С.^{1,2}

¹Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев.

²Киевский городской центр пластической микрохирургии и эстетической медицины «ЦЕРТУС», Киев.

³Медицинский центр ООО «Клиника пластической, косметической хирургии», г. Полтава.

Введение

Фронтотемпоральная пластика – одна из самых спорных и дискуссионных тем лицевой пластики. Комбинация, сочетание либо исключение различных доступов – от самых малых до максимально длинных, различных уровней и площадей диссекции, множества способов фиксации перемещаемого темпорального лоскута породили десятки методов фронтотемпоральной пластики [2, 6, 14, 20]. Некоторые из предложенных методов широко используются и имеют большое число приверженцев среди хирургов. В тоже время эти же методы подвергаются критике со стороны части авторитетных специалистов, указывающих на то, что они не всегда «работают» [1, 5, 13, 19]. В итоге, каждый хирург открывает для себя свой рубеж в пластике лба.

Плоскость лба, изначально рассматривалась пластическими хирургами как автономная зона. При наличии горизонтальных борозд обоснованно применялись методы вертикального перемещения покровных структур лба.

Глубокая отслойка получила признание у специалистов за простоту и скорость выполнения. Опускаясь ниже, совершенствуясь и расширяя приемы безопасной диссекции, стало возможным корректировать позицию брови и области глабеллы. Верхняя блефаропластика утратила свою исключительность в плане омоложения верхней части орбиты. Как оказалось, избыточность кожи в области верхних век в большей степени обусловлена птозом брови и при нормализации ее позиции необходимость в резекции тканей верхнего века отпадает сама по себе [7, 22].

Борьба за максимально выраженный и длительный стабильный эффект подтяжки лица заставила большинство хирургов использовать принципы вертикальной репозиции тканей в средней зоне лица. Некоторые авторы рассматривают фронтотемпоральный лифтинг с расширением воздействия на преднюю зону лица как достойную альтернативу к типичным вариантам SMAS пластики. Вертикальное перемещение тканей не требует выполнения парааурикулярных разрезов, и имеет более короткий восстановительный период [18, 19].

Эндоскопический лифтинг верхней части лица в настоящее время не утратил своей актуальности, но значительно сузились показания к его применению [3, 13, 17].

Возвращение, как казалось, к устаревшей методике открытого лифтинга лба было обосновано неудовлетворенностью части пациентов после выполнения им малоинвазивных вмешательств [20, 22]. Значительная часть хирургов склонилась к неоспоримому преимуществу открытого фронтотемпорального лифтинга [2, 10].

Совершенствующиеся приемы репозиции и фиксации тканей позволяют добиваться практически незаметных рубцов и минимизировать осложнения этой достаточно травматичной операции [2, 15].

Статические поперечные борозды лба возникают вследствие постоянного напряжения лобной мышцы. Подсознательно пациенты с анатомически низкой позицией бровей напрягают лобную мышцу и таким образом стабилизируют бровь в эстетически благоприятном положении. «Открытый» таким образом взгляд имеет свою цену – это единичные либо множественные горизонтальные морщины лба [8, 13, 17]. Мужчины с выраженным избытком тканей верхних

век чаще решают проблему ограничения вертикального размера поля зрения посредством некоторого запрокидывания головы. Для возрастных женщин более естественно приподнимать брови, что дает возможность накладывать макияж на веки и красить ресницы. Образовавшиеся морщины лба, по сути, для них являются меньшей проблемой, так как их просто можно скрыть под челкой. Но процесс птозирования тканей неумолимо прогрессирует и сократительные возможности мышцы не компенсируют птоз бровей. В таком случае, визит к пластическому хирургу единственно возможный путь решения проблемы [5, 21, 22].

На данном этапе развития пластической хирургии, наиболее важной целью выполнения фронтотемпоральной пластики является изменение позиции бровей и все приемы направлены на их элевацию. Однако существующие критерии оценки позиции брови имеют ряд недостатков [6, 11, 12, 13].

Вторая причина, по которой выполняется пластика лба – изменение его высоты, и здесь могут ставиться задачи направленные на его увеличение и в равной степени на уменьшение [2, 15].

Третья причина, по которой достаточно часто ранее выполнялись данные операции – устранение либо уменьшение горизонтальных фронтальных или вертикальных межбровных борозд. Но эффект от достаточно травматичной операции сохранялся не так долго. Новые неинвазивные методики с использованием ботулотоксинов и дермальных филлеров позволили достигать схожих или даже превосходящих результатов [8, 13, 19].

Цель исследования

Разработать простые критерии оценки позиции брови и на основании данной классификации отследить результативность открытого фронтотемпорального лифтинга при различных способах перемещения и фиксации тканей.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 60 женщин, в возрасте 42–69 лет, перенесших открытый фронтотемпоральный лифтинг 4–5 лет назад.

Исследуемую группу составили 30 женщин, которым пластика лба выполнялась по методу P. Tessier или J. Benito в авторской модификации, заключающейся в ступенчатом нитевом подхвате смещаемого лоскута и фиксации его к неотслоенным дермофасциальным структурам теменной области.

Группу сравнения составили 30 женщин, которым фронтотемпоральная пластика была выполнена по классической методике P. Tessier или J. Benito

Отдаленный результат фронтотемпоральной пластики отслеживали посредством оценки позиции брови до и после операции.

Критерии оценки позиции бровей.

Разобраться, опустились ли брови с возрастом или они изначально имели низкую анатомическую позицию зачастую невозможно [11, 13]. Вместе с тем специалистам нужна простая оценочная шкала позиции бровей – объективная, простая и не требующая выполнения сложных измерений. На наш взгляд позиция бровей должна оцениваться по отношению к наиболее стабильному анатомическому ориентиру и на данном участке таковым является верхний край глазницы.

При обследовании пользовались тестом для определения «истинной» высоты положения бровей. Суть его заключалась в том, что сначала проводили фотографирование лица пациента, после того просили закрыть глаза и расслабиться. Через некоторое время (1–2 минуты) просили открыть глаза, не поднимая бро-