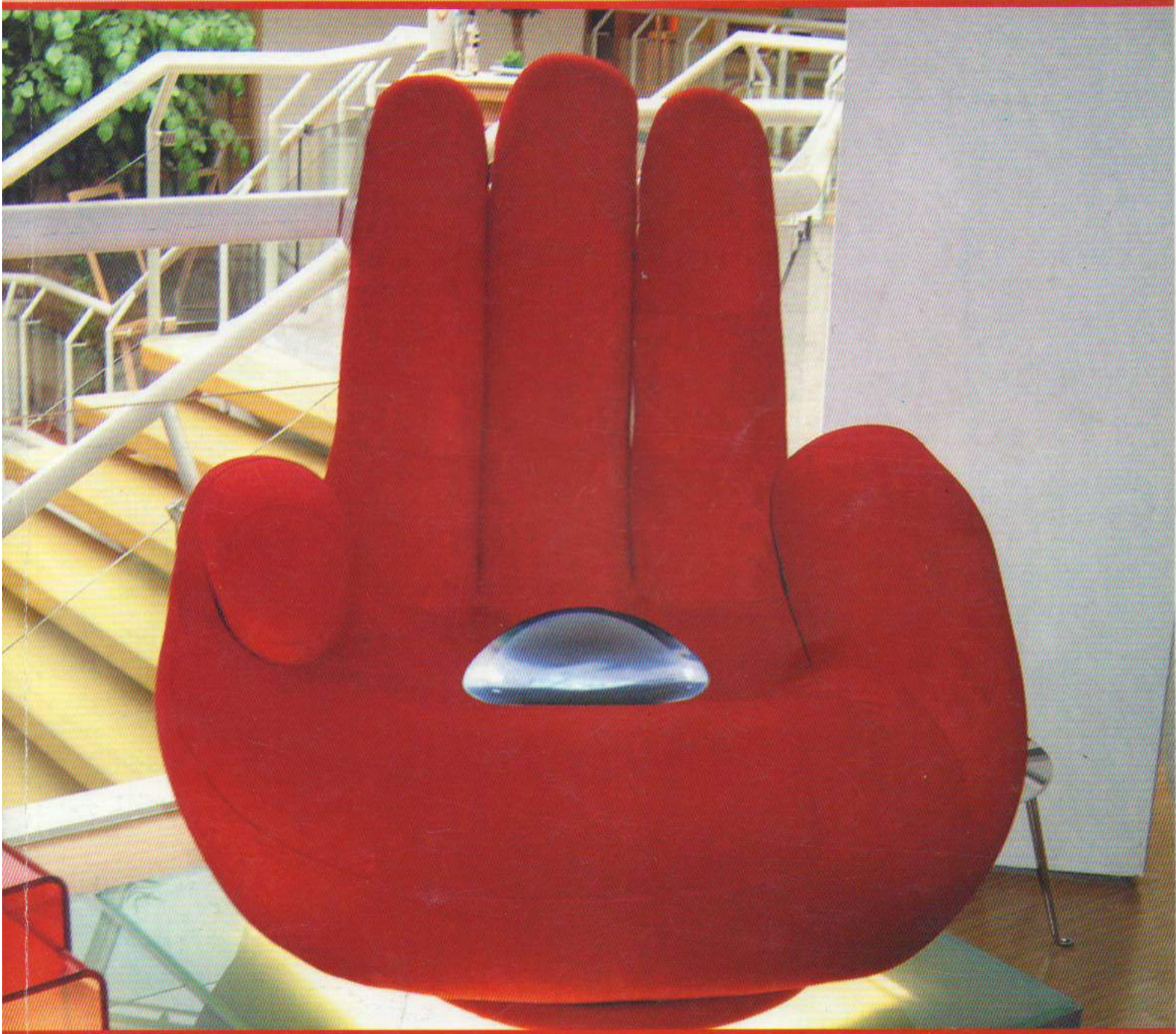


научно-практический журнал

Вопросы Хирургии

реконструктивной
и пластической

№3(14)
сентябрь '2005



92 года назад в клиническую практику была внедрена маммография (A. Salomon, 1913)

116 лет назад была разработана система радикальной мастэктомии (W.S. Halstead, 1889)



Министерство Российской Федерации
по делам печати, телерадиовещания и
средств массовых коммуникаций

СВИДЕТЕЛЬСТВО

О РЕГИСТРАЦИИ СРЕДСТВА МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ

ПИ № 77-9259

от 22 июня 2001 г.

Название "Вопросы реконструктивной и пластической хирургии"

Адрес редакции 634050, г. Томск, Московский тракт, д. 2

Примерная тематика и (или) специализация Пластическая, реконструктивная, эстетическая, косметическая хирургия, клиническая анатомия, юбилей известных ученых и медицинских учреждений

Форма периодического распространения журнал

Язык(и) русский

Территория распространения Российская Федерация, страны СНГ

Учредитель (соучредители) ЗАО "Сибирская микрохирургия"
(634050, г. Томск, Московский тракт, д. 2)

Заместитель Министра

В.В. Григорьев

Заместитель начальника Управления
регистрации и лицензирования

А.И. Александров



Настоящее свидетельство выдано в соответствии с Законом Российской Федерации от 27 декабря 1991 года "О средствах массовой информации".

Нарушение законодательства Российской Федерации о средствах массовой информации влечет уголовную, административную, дисциплинарную или иную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

015023



научно-практический журнал

Вопросы Хирургии

реконструктивной
и пластической

№3(14)
сентябрь 2005

УЧРЕДИТЕЛЬ:

ЗАО «Сибирская микрохирургия»

ПРИ УЧАСТИИ:

АНО НИИ микрохирургии ТНЦ СО РАМН

Сибирского государственного медицинского университета

Научно-исследовательского института гастроэнтерологии при СибГМУ

Никогда не думайте, что вы уже все знаете. И как бы высоко ни ценили вас, всегда найдите мужество сказать себе: «Я невежда».

И.П. Павлов (1849-1936), лауреат Нобелевской премии

ISSN 1814-1471

Журнал зарегистрирован
в Министерстве по делам печати,
телерадиовещания и средств
массовой коммуникации РФ
Св-во ПИ №77-9259 от 22.06.2001.

Издается на средства
спонсоров и рекламодателей

Территория распространения:
Российская Федерация, страны СНГ

НА ОБЛОЖКЕ:

Коллаж с эндопротезом
молочной железы.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

В.Ф. Байтингер, профессор

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

А.И. Цуканов, к.м.н.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

Н.А. Суханова

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А.Н. Байков, профессор

Р.С. Баширов, профессор

Г.Ц. Дамбаев, член-корреспондент РАМН

Г.К. Жерлов, профессор

И.В. Запускалов, профессор

С.В. Логвинов, профессор

В.К. Пашков, профессор

А.А. Сотников, профессор

В.И. Тихонов, профессор

В.В. Юркевич, профессор

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

К.Г. Абалмасов, профессор (Москва)

А.А. Воробьев, профессор (Волгоград)

В.Г. Голубев, профессор (Москва)

А.Н. Горячев, профессор (Омск)

С.С. Дыдыкин, профессор (Москва)

А.Ю. Кочиш, профессор (Санкт-Петербург)

М.С. Любарский, член-корреспондент РАМН (Новосибирск)

Н.В. Островский, профессор (Саратов)

А.Г. Пухов, профессор (Челябинск)

К.П. Пшениснов, профессор (Ярославль)

Н.Ф. Фомин, профессор (Санкт-Петербург)

И.В. Шведовченко, профессор (Санкт-Петербург)

А.И. Шевела, профессор (Новосибирск)

ГРУППА РАЗРАБОТКИ И ВЫПУСКА:

студенты и преподаватели
факультета журналистики

Томского госуниверситета:

С. Соболев,

О. Седельников, Е. Лавров.

Руководитель: Ю.Н. Мясников.

Корректура и перевод: Н.А. Суханова.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

634050, г. Томск, Московский тракт, 2.

Тел.: (3822) 64-53-78, 53-26-30,

тел./факс: (3822) 64-57-53.

E-mail: sibmicro@post.tomica.ru, microhirurgia@tomsknet.ru

WWW: <http://www.microsurgeryinstitute.ru>

Все права защищены.

© «Вопросы реконструктивной и пластической хирургии», 2005

Вопросы Хирургии

реконструктивной
и пластической

№3(14)
сентябрь'2005

В этом номере:

Слово редактора	7
Раздел I. Пластическая хирургия.....	8
П Граф, Р. Грёнер, Ц.А. Бруннер, Д. Мюллер, Х. Хёнке, Э. Бимер Реконструкция груди собственной тканью после мастэктомии	8
О.Б. Добрякова, Б.С. Добряков, В.С. Гулев Наши подходы к коррекции мастоптоза	12
А.Б. Орешков Топографо-анатомическое обоснование использования осевых тканевых комплексов из бассейна лучевой артерии в детской реконструктивной хирургии.....	15
Раздел II. Клиническая анатомия.....	18
А.Ф. Карташева, С.Е. Рыбаков Клиническая анатомия молочной железы	18
В.А. Изранов, Е.В. Горбунова, О.В. Боярова Ультразвуковая анатомия молочной железы и проблемы диагностики диффузной фиброзно-кистозной мастопатии (сообщение I).....	23
Раздел III. Новые направления.....	30
М.О. Филиппова, И.А. Цуканова, А.В. Карпович Фетальная хирургия: состояние и перспективы.....	30
Раздел IV. В помощь практическому врачу	35
Пакет документов для утверждения специальности «Пластическая хирургия» (проект)	35
Рак важно вовремя распознать!	69

Раздел V. История медицины..... 70

В.Ф. Байтингер, Д.Н. Синичев, В.И. Серяков

Gaspere Tagliacozzi (1545–1599) и его роль в становлении современной пластической хирургии..... 70

Раздел VI . Информация 74

Декларация по имплантатам молочной железы от 23 июня 2000 г 74

Consensus declaration on breast implants, 23 June 2000 75

Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе 76

Акция Interplast прошла на «отлично» 83

Восьмой интенсивный курс по пластической и реконструктивной хирургии..... 84

Пластическая и реконструктивная хирургия в травматологии и ортопедии..... 85

Юбилей: Татьяна Борисовна Богуславская 86

Единые требования к рукописям, представляемым в журнал «Вопросы реконструктивной и пластической хирургии» 87

SUMMARIES..... 88

ТАРИФЫ НА РЕКЛАМУ*

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Наш журнал публикует рекламу российской и зарубежной продукции и различных видов услуг, которые могут быть полезны научным и медицинским учреждениям и организациям. Рекламный текст вы можете прислать по почте, факсу или электронной почте.

634050, г. Томск, Московский тракт, 2.

Тел.: (3822) 64-53-78.

Тел./факс: (3822) 64-57-53.

E-mail: microhirurgia@tomsknet.ru.

1 полоса	2/3 полосы	1/3 полосы
6000 руб.	4000 руб.	2000 руб.
2-я стр. обложки	3-я стр. обложки	4-я стр. обложки
16000 руб.	12000 руб.	16000 руб.

*Цены
указаны
с учетом
НДС.

С победой, томичи!

В начале декабря 2005 года были подведены итоги конкурса на создание особой экономической зоны (ОЭЗ), проводимого Министерством экономического развития и торговли России. В Сибирском регионе главными претендентами на размещение ОЭЗ были два города – Томск (ставший победителем) и Новосибирск (наличие в городе крупных исследовательских центров СО РАН, СО РАМН, СО РАСХН, по мнению экспертов, должно было обеспечить ему победу). Свое мнение относительно того, что позволило победить Томску и не стать победителем Новосибирску, высказал губернатор Новосибирской области **Виктор Толоконский**: «У меня нет никаких возражений относительно того, что в конкурсе победил Томск. Сейчас данная победа, безусловно, важнее для этого города. Развитие Новосибирска и так хорошо идет естественным путем, а у Томска сегодня большие потери, связанные с нефтяным и газовым комплексами. Я готов всячески сотрудничать с томичами, помогать им и поддерживать их разработки, – заявил губернатор газете «Континент-Сибирь» (№46, декабрь 2005 года)». **Инна Демиденко**, председатель комитета инвестиционной политики Администрации г. Томска, заявила этой же газете: «Мы аргументированно обосновали свои расчеты».

Внимание! На журнал «Вопросы реконструктивной и пластической хирургии» теперь можно подписаться!

Оформленную заявку и копию платежного документа пришлите в редакцию по адресу 634050 г. Томск, ул. Московский тракт, 2. После поступления денег на р/с редакции, получения заявки и копии платежного документа Ваш адрес будет внесен в базу для рассылки.

Наши банковские реквизиты:
ОАО «Томскпромстройбанк»
БИК 046902728
ИНН 7000000130
р/с 40817810706290000154
корр/сч 30101810500000000728
«Золотая корона» карт. счет 65407
Цуканову Александру Ивановичу

Примечание: деньги перечислять с пометкой «оплата за журнал».

Вы получите журнал ценным почтовым отправлением без наложенного платежа. Это значительно снизит его стоимость.

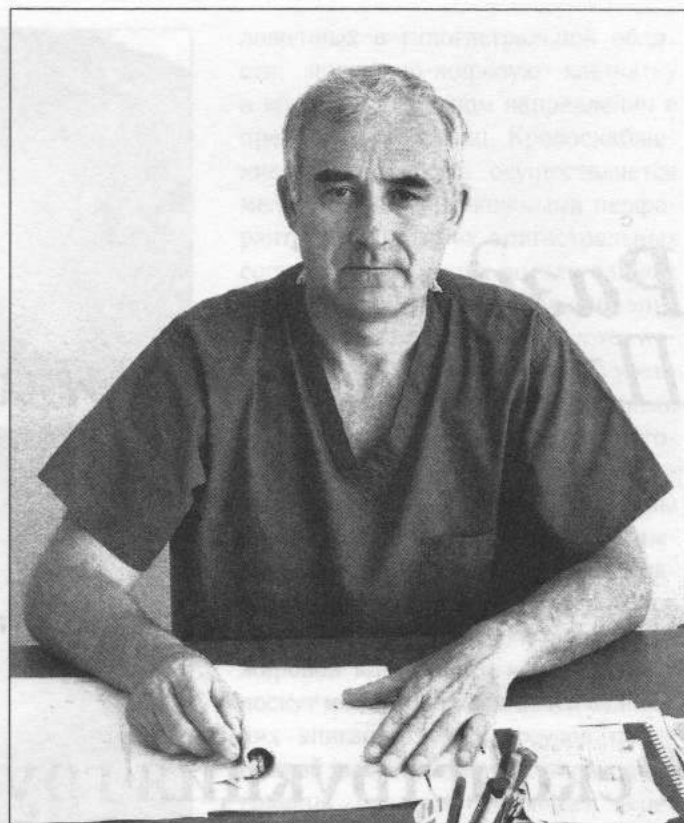
1. Ф.И.О. физического лица	
2. Адрес для доставки	Индекс _____ Область/республика _____ Город, посёлок _____ Улица _____ Дом _____ квартира _____ офис _____ Тел. _____ Доп. Информация _____
3. Количество экземпляров	
4. Период подписки (отметьте № журнала)	2006 X X 1 X X 2 X X 3 X X 4
5. Цена 1 экз.	150 рублей с учетом почтовых расходов

Уважаемые читатели!

В интересное время мы живем. На уровне Президента и правительства стали говорить не только о макроэкономических показателях, характеризующих темпы развития страны, но и о конкретных слоях населения. Экономика на подъеме, поэтому появилась возможность обсуждать национальные проекты в области здравоохранения, образования, науки. Беспокоит во всем этом только одно – затянувшиеся “преобразования” в здравоохранении, точнее, намерения. За 15 лет произошел огромный разрыв между поколениями хирургов. Старшее поколение уходит или ушло на пенсию, среднее малочисленно, молодое не хочет быть хирургами. Им нужна хирургия с высокой оплатой труда. Ее нет. В хирургических отделениях больниц дефицит кадров.

14 сентября 2005 года в телевизионной программе “Вести. Подробности” министр здравоохранения и социального развития РФ М.Ю. Зурабов высказался за повышение объема высокотехнологичной медицинской помощи (эндопротезирование суставов, кардиохирургия, микрохирургия). Это заявление, конечно, радует. Но в нем нет ни слова о трансплантологии. Сегодня она не в чести. И это на фоне бума трансплантологии в мире. В конце ноября 2005 года профессор Жан-Мишель Дюбернард (Франция) вновь взбудоражил мировую хирургическую общественность уникальной работой – аллотрансплантацией лицевого треугольника (нос, губы, подбородок). Напомню, что в 1998 году он со своими коллегами впервые в мире выполнил аллотрансплантацию кисти.

Российские хирурги могут сделать многое. Однако одних амбиций мало. Нужна законодательная поддержка Государственной Думы



Российской Федерации, экономическая поддержка правительства.

Редакция журнала со своей стороны прилагает немалые усилия для информационной поддержки наших хирургов, бесплатно публикуя их работы, запрашивая статьи у известных российских и зарубежных врачей, публикуя ряд важнейших нормативных документов.

Надеюсь, что предстоящий 2006-й год – год Собаки (огненной) – будет успешным для российских хирургов. По восточному гороскопу, Собака всегда выступает против всякой несправедливости, упряма до крайности и знает, чего хочет. Она лояльна, верна, честна, обладает развитым чувством долга.

Всем нашим читателям желаю здоровья, успехов в нелегком, но благородном труде, веры в достойное будущее.

**С уважением,
главный редактор,
Заслуженный врач РФ,
профессор В.Ф. Байтингер**

Раздел I. Пластическая хирургия

П. ГРАФ, Р. ГРЁНЕР, Ц.А. БРУННЕР, Д. МЮЛЛЕР, Х. ХЁНКЕ, Э. БИМЕР
ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, МЮНХЕН

Реконструкция груди собственной тканью после мастэктомии*

Операция удаления молочной железы при раке сопровождается резким снижением качества жизни пациентки, большими психологическими проблемами, поскольку такая операция воспринимается ею как тяжелое физическое увечье. Реконструкция молочной железы осуществляется обычно с использованием аутоклеток и нередко дополняется эндопротезированием. Такой подход обычно дает хороший эстетический результат. В принципе при помощи такого метода можно выполнить первичную реконструкцию молочной железы, если нет противопоказаний онкологического характера. Если удаляемая грудь была небольшого размера, достаточна ее реконструкция лоскутом широчайшей мышцы спины, если большого размера, то необходима реконструкция с использованием свободного TRAM-лоскута.

В Германии рак молочной железы имеет самую большую частоту среди всех локализаций рака у женщин.

В настоящее время в нашей стране создана такая система, которая обеспечивает раннюю диагностику рака молочной железы и поэтому во многих случаях нашим пациенткам удается выполнить органосохраняющую операцию. Наивысшей целью все-таки остается разработка методов консервативной терапии с самой высокой вероятностью излечения пациентки. В настоящее время из онкологических соображений перед планируемой операцией мастэктомии требуется специальная терапия, которая продолжается и в послеоперационном периоде. Тяжелые психологические и социальные конфликты, возникающие в связи с ампутацией молочной железы, приводят к естественному желанию женщин восстановить их прежнее тело, точнее, грудь [3]. Обычно страховые компании все расходы на реконструкцию молочной железы берут на себя.

Каждая из операций по реконструкции молочной железы имеет свои до-

стоинства и недостатки. Выбор того или иного метода должен определяться для каждой пациентки индивидуально. При достаточном наличии мягких тканей на передней грудной стенке грудь обычно реконструируют с использованием силиконового имплантата, помещаемого под большую грудную мышцу. Одним из существенных недостатков этой методики является развитие капсульного фиброза вокруг имплантируемого чужеродного тела приблизительно в 10-30% случаев, а по отдельным сведениям, даже в 74% случаев [10,13]. Реконструкция груди аутоклетками имеет ряд преимуществ перед эндопротезированием. Капсульная контрактура при этом варианте не возникает. Нельзя не учитывать также пожелания пациенток восстановить грудь тканями собственного тела. В этой ситуации нельзя забывать, что аутопластика — это довольно продолжительное оперативное вмешательство, которое сопровождается большой кровопотерей, требует высокой технической квалификации хирургов,

* Перевод А. Гюнтер (университет Тюбингена)

длительного пребывания в стационаре и продолжительного реабилитационного лечения. При определении показаний к реконструкции молочной железы с использованием аутоканей необходимо учитывать ряд общих и оперативно-технических особенностей аутопластики (табл. 1).

МЕТОДЫ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Реконструкция груди исключительно аутоканями обычно требует трансплантации или транспозиции больших объемов тканей, включающих в себя кожу, подкожную жировую клетчатку, мышцу с хорошим осевым типом кровоснабжения. В настоящее время при реконструкции молочной железы обычно применяются два вида оперативных пособий: транспозиция комплекса мягких тканей грудной стенки, включающих широчайшую мышцу спины, либо комплекса мягких тканей передней брюшной стенки, включающих прямые мышцы живота.

1. Свободная пересадка комплекса тканей методом микроваскулярной тканевой трансплантации. В качестве донорского региона все чаще используется передняя брюшная стенка — свободный TRAM-лоскут.

2. Альтернативой могут служить свободные лоскуты мягких тканей бедра, а также большой сальник. Однако они имеют ряд существенных недостатков: короткую сосудистую ножку, малый калибр сосудов, трудности при закрытии донорской зоны.

Оба вида оперативных пособий хорошо зарекомендовали себя, поскольку дают малую частоту послеоперационных осложнений и хороший эстетический результат.

ЛОСКУТ ШИРОЧАЙШЕЙ МЫШЦЫ СПИНЫ [11, 12]

После ампутации молочной железы по поводу рака поднимается кожно-мышечный лоскут широчайшей мышцы спины и разворачивается в зону сформированного дефекта грудной стенки. Кровоснабжение лоскута осуществляется торакодорзальными сосудами, проходящи-

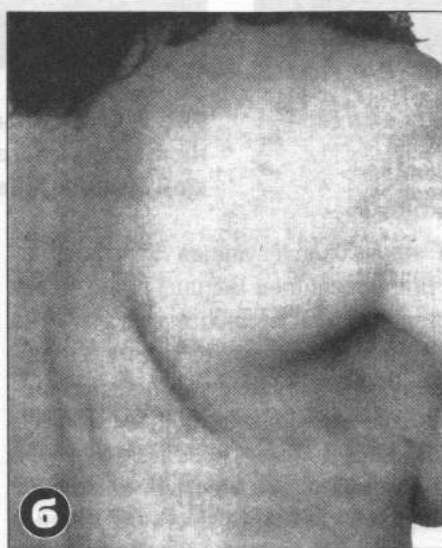
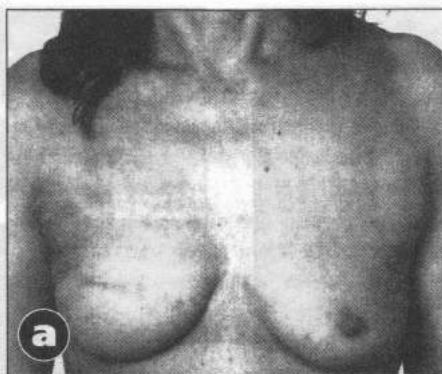


Рис. 1а, б. Реконструкция груди небольшого размера с использованием торакодорзального лоскута (а), кожный рубец в донорской зоне (б)

ми в толще участка непересеченной мышцы. Кожа и подкожно-жировая клетчатка мобилизованного лоскута кровоснабжаются кожно-мышечными перфорантными сосудами. Объем мобилизуемого торакодорзального лоскута ограничивается возможностью закрыть донорскую зону без большого натяжения кожи. Описываемый способ реконструкции молочной железы не ведет к значительному функциональному ущербу для плечевого сустава (за исключением спортсменов) и используется при реконструкции небольшого размера молочной железы (Рис. 1а, б.)

ЛОСКУТ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА [6]

TRAM-лоскут включает в себя часть прямых мышц живота, распо-

ложенных в гипогастральном области, подкожно-жировую клетчатку и кожу в поперечном направлении в пределах этих мышц. Кровоснабжение этого лоскута осуществляется мелкими мышечно-кожными перфорантами из нижних эпигастральных сосудов, проходящих во влагалищах прямых мышц живота. Нижние эпигастральные сосуды поднимаются позади прямых мышц живота и на уровне пупка анастомозируют с верхними эпигастральными сосудами. Поэтому при подъеме этого лоскута нижние эпигастральные сосуды должны оставаться во взаимосвязи с прямыми мышцами живота, а также с влагалищем этих мышц, через которое проходят перфоранты к подкожной жировой клетчатке и коже. Данный лоскут может быть отключен от нижних эпигастральных сосудов после полной мобилизации его по нижней границе, а затем перемещен через подкожный тоннель выше реберной дуги в зону будущей реконструируемой железы на мышечной ножке. Кровоснабжение несвободного TRAM-лоскута при этом осуществляется из верхних эпигастральных сосудов и далее ретроградно в нижние эпигастральные сосуды. При подъеме свободного TRAM-лоскута последний блоком полностью отделяется от передней брюшной стенки и включает в себя лишь одну маленькую часть влагалища прямой мышцы живота и прямую мышцу живота (6х6 см) с сосудистой ножкой нижних эпигастральных сосудов. Этот свободный лоскут моделируется в области реконструируемой груди. Лоскут запитывается путем наложения микрососудистых анастомозов между нижними эпигастральными и торакодорзальными сосудами либо внутренними грудными сосудами (Рис. 2, 3). Дефект на животе после забора поперечного лоскута закрывается довольно легко. Описываемый способ обычно применяется в случаях восстановления груди большого размера (Рис. 4а, б). В ряде случаев для получения симметрии приходится выполнять редукцию здоровой молочной железы. Такое вмешательство про-

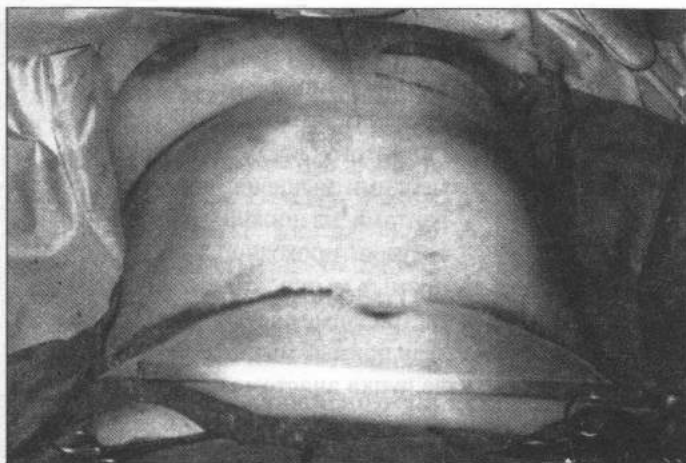


Рис. 2. Интраоперационный вид после подъема свободного TRAM-лоскута

водится нами через 3-6 месяцев после проведенной реконструкции груди. В дальнейшем, когда достигнута необходимая форма реконструируемой груди, решается вопрос реконструкции соска и ареолы.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ ГРУДИ

Преимущества аутопластики груди лоскутами на сосудистой ножке перед свободными лоскутами в том, что при этом нет необходимости в наложении микрососудистых анастомозов, т.е. операция может быть выполнена без применения микрохирургической операционной техники. В частности, хорошим методом реконструкции груди с использованием аутоклеток является методика с применением лоскута широчайшей мышцы спины. Недостатком этого метода является ограниченный объем забираемых тканей,

а также последующая атрофия части широчайшей мышцы спины в составе мобилизованного лоскута — на 30-40% от исходного объема. По нашему опыту, реконструкция груди несвободным торакодорзальным лоскутом может быть использована при достаточном количестве подкожной жировой клетчатки на спине. Данный метод хорош для восстановления груди малого и среднего размеров.

Для восстановления достаточно объемной груди наиболее предпочтительной, по нашему мнению, является аутопластика TRAM-лоскутом. Этот лоскут может быть пересажен как на сосудистой ножке, так и в свободном варианте на микрососудистых анастомозах. В таблице 2 приведены сравнительные данные результатов 50 пластик на сосудистой ножке и 140 свободных TRAM-лоскутов [2]. Частота тотальных некрозов по-

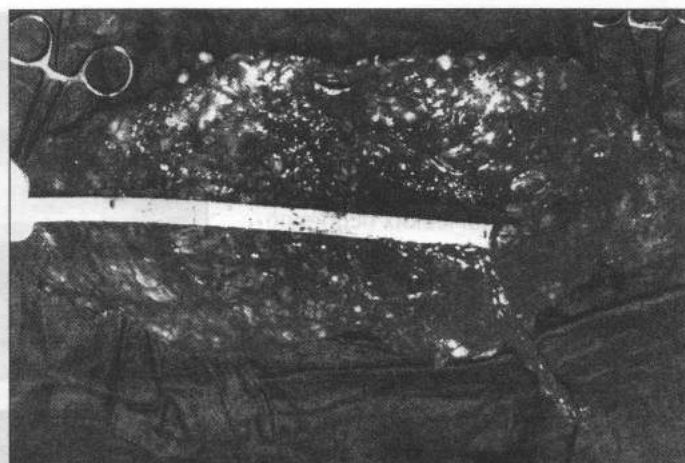


Рис. 3. Свободный TRAM-лоскут с сосудистой ножкой нижних эпигастральных сосудов и фрагментом прямой мышцы живота (6х6 см)

сле реконструкции груди TRAM-лоскутом сравнительно низкая. Частичные некрозы после пересадки лоскутов передней брюшной стенки развиваются достаточно часто. Это происходит из-за относительно плохого кровоснабжения несвободного лоскута из верхнего эпигастрального сосудистого пучка. Другим осложнением оперативного пособия может быть послеоперационная грыжа. Эта проблема характерна для несвободной пластики груди TRAM-лоскутом в связи с выраженной слабостью передней брюшной стенки, возникающей в связи с забором всей прямой мышцы живота и большей части передней стенки влагалища прямой мышцы живота. В противовес этому, при свободной пересадке TRAM-лоскута, когда забирается небольшой (6 х 6 см) фрагмент прямой мышцы живота и передней стенки влага-

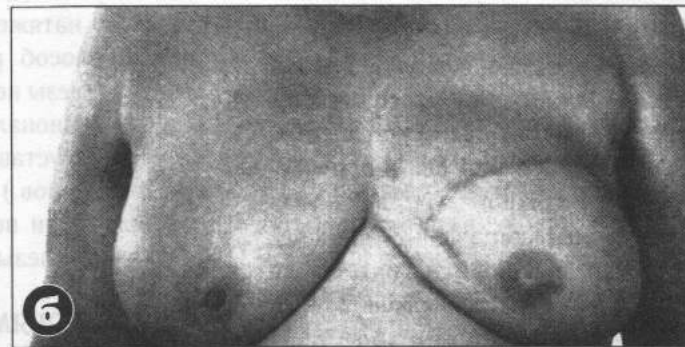
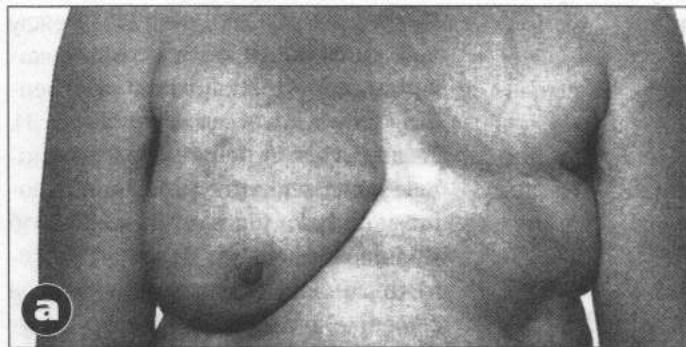


Рис. 4а, 4б. Реконструкция молочной железы большого размера с использованием свободного TRAM-лоскута (а – до операции, б – после операции)

лища этой мышцы, послеоперационные грыжи не возникали.

ОБСУЖДЕНИЕ

Грудь как «орган женственности» имеет большое значение для внешнего вида и чувства собственного достоинства женщины. Ампутиация груди во многих случаях воспринимается как уродство, ведущее к потере важного женского атрибута. Диагноз «рак груди» и, как следствие, необходимость удаления груди представляет для многих женщин огромную психологическую проблему. Поэтому имеет большой смысл не только быстрое проведение операции, но и первичная реконструкция удаленной груди с целью уменьшения психической травмы. Раньше онкологи рекомендовали более или менее длительный интервал между удалением груди и ее реконструкцией. В середине 80-х годов прошлого века специальными исследованиями, проведенными в Университете Durham и клинике Мейо, было установлено, что нет противопоказаний для проведения первичной реконструкции молочной железы, удаленной по поводу рака [5,7]. В настоящее время по настоятельной просьбе пациентки может быть выполнена первичная реконструкция молочной железы даже в тех случаях, когда у нее были выявлены метастазы в регионарные лимфатические узлы (при условии, что ход необходимых с онкологической точки зрения мероприятий не будет нарушен).

Итак, какие факторы могут определять исход операции по реконструкции молочной железы? Они приведены нами в таблице 1.

Поскольку при проведении реконструкции груди речь идет о плановом оперативном вмешательстве, оно должно проводиться в оптимальных условиях после хорошей предоперационной подготовки. Как и перед каждой операцией, здесь учитывается вероятность операционного риска на основании биологического возраста пациентки, анамнеза и результатов проведенных исследований. В ряде случаев могут появиться аргументы для отсроченного проведения реконструкции груди. Во всех случаях при плани-

Таблица 1. Факторы, влияющие на выбор способа реконструкции груди и определяющие результат оперативного пособия

Общие	Специальные
Онкологический статус; Биологический возраст; Сопутствующие заболевания, аллергия, различные факторы риска; Курение; Пожелания пациентки;	Ожирение; Больших размеров противоположная грудь; Послеоперационные рубцы в области груди и передней брюшной стенки;

Таблица 2. Осложнения после реконструкции груди свободными и несвободными TRAM-лоскутами

	Несвободные TRAM-лоскуты (n=50)	Свободные TRAM-лоскуты (n=140)
Тотальный некроз лоскута	4 (8%)	1 (0,7%)
Краевой некроз лоскута	2 (4%)	3 (2%)
Relaxatio abdominalis	11 (22%)	1 (0,7%)
Послеоперационные грыжи	10 (20%)	3 (2%)

ровании пластики молочной железы TRAM-лоскутом мы делаем предоперационный аутозабор крови. Послеоперационный период у курильщиц протекает сложнее, чем у некурящих женщин. В связи с большим числом послеоперационных осложнений (общих — бронхиты, пневмонии и местных — тотальные и краевые некрозы лоскута) мы требуем от пациенток абсолютного воздержания от курения. По той же причине должна учитываться возможность риска послеоперационных осложнений при выраженном ожирении, однако и в этих случаях нет общих рекомендаций, а только индивидуальный подход при совместном обсуждении с анестезиологом [8].

ЛИТЕРАТУРА

1. Asplund O., Gylbert L., Jurell G., Ward Ch.: Plast reconstr. Surg. 97 (1996) 1200.
2. Brunner C.A., Gröner R., Graf P., Feller A.-M.: Free versus pedicled TRAM: The superiority of free tissue transplantation for breast reconstruction. Proc. 12th Congress of the ISRM, Nara-Japan (1994) 65.
3. Dorfmueller M.: Brustrekonstruktion: Ambivalenz, Angst und Hoffnung.

In: H. Bohmert (Hrsg.): Brustkrebs, Organerhaltung und Rekonstruktion; S. 463-467. Georg Thieme, Stuttgart — New York 1989.

4. Fisher E.R.: Die Tumorektomie als Behandlungskonzept. In: H. Bohmert (Hrsg.): Brustkrebs, Organerhaltung und Rekonstruktion; S. 24-29. Georg Thieme, Stuttgart — New York 1989.

5. Georgiade G.S., Riefkohl R., Cox E., et al.: Plast. reconstr. Surg. 76 (1985) 415.

6. Hartrampf C.R., Schefflan M., Black P.W.: Plast. reconstr. Surg. 69 (1982) 216.

7. van Heerden J.A., Jackson J.T., Martin J.K., Fisher J.: Mayo Clin. Proc. 62 (1987) 185.

8. Kroll S.S., Netscher D.T.: Plastic reconstr. Surg. 84 (1989) 886.

9. Kroll S.S.: Plast. reconstr. Surg. 94 (1994) 637.

10. McGrath M.H., Burkhardt B.R.: Plast. reconstr. Surg. 74 (1984) 550.

11. Mühlbauer W., Olbrisch R.: Chirurgia plast. 4 (1977) 27.

12. Olivari N.: Brit. J. plast. Surg. 29 (1976) 126.

13. Pollock H.: Plast. reconstr. Surg. 91 (1993) 404.

О. Б. ДОБРЯКОВА, Б. С. ДОБРЯКОВ, В. С. ГУЛЕВ
 СИБИРСКИЙ ИНСТИТУТ КРАСОТЫ,
 НОВОСИБИРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ,
 ИНСТИТУТ АВТОМАТИКИ И ЭЛЕКТРОМЕТРИИ СО РАН, НОВОСИБИРСК

Наши подходы к коррекции мастоптоза

В настоящее время не существует какой-либо унифицированной методики для коррекции птоза молочных желез. Техники мастопексии и редукционной маммопластики находятся в непрерывном развитии, о чём свидетельствует большое число авторских новаций по данной проблеме [1-7].

В случаях, когда мастопексия сочетается с увеличивающей маммопластикой, нет единого мнения о наиболее рациональной этапности этих операций и о хирургических приёмах, обеспечивающих оптимальный косметический эффект [8,9].

В настоящее время усилия эстетических хирургов направлены, с одной стороны, на минимизацию рубцов, с другой стороны — на достижение красивой формы груди. Также важна долговременность результатов операции [10,11].

В данной статье мы хотим поделиться своими наблюдениями о результатах коррекции мастоптоза и способах предотвращения некоторых косметических осложнений мастопексии и редукционной маммопластики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 1990 года нами выполнены различные операции у 400 пациенток с целью коррекции мастоптоза. С годами мы выработали определённую тактику проведения различных хирургических вмешательств в зависимости от особенностей анатомии пациенток. Мы разделили женщин с мастоптозом на следующие группы:

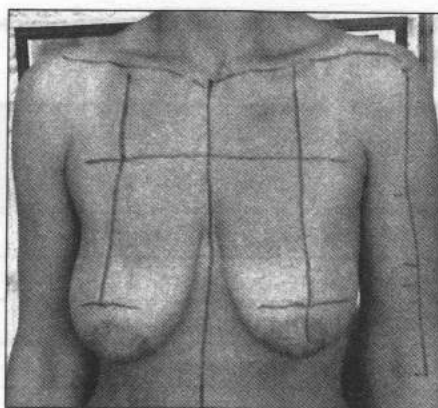


Рис. 1. Определяется местоположение соска, который должен находиться на уровне субмаммарной складки

I. Мастоптоз в сочетании с гипермастией.

II. Мастоптоз в сочетании с гипомастией.

III. Мастоптоз в сочетании с нормомастией.

Кожный мастоптоз был 1-3-й степени по классификации Regnault. Встречался также «железистый» мастоптоз.

В I группе пациенток выполнялась редукционная маммопластика с иссечением ткани молочной железы, перемещением ареолы на нижнем дезэпителизованном лоскуте. У пациенток II и III групп проводилась мастопексия или увеличивающая маммопластика.

Редукционная маммопластика и мастопексия выполнялась с использованием различных доступов: Т-образного инвертированного, вертикального, горизонтального, периареолярного. Чаще применялся Т-образный инвертированный доступ.



Рис. 2. Расстояние от ключицы до соска по среднеключичной линии в два раза больше, чем расстояние от соска до субмаммарной складки. Это расстояние отмечается измерительной линейкой

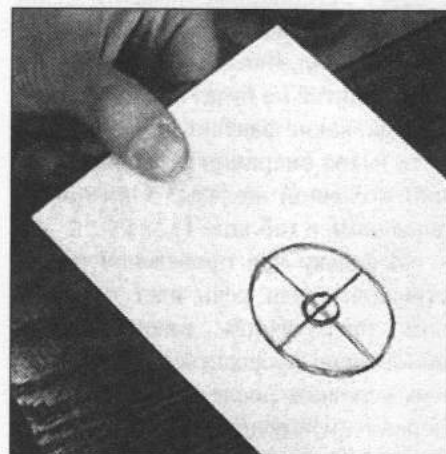


Рис. 3. Трафарет ареолы делается овальным. Большой диаметр овала является горизонтальным. Под воздействием силы тяжести ареола вытягивается в вертикальном направлении и овал превращается в круг

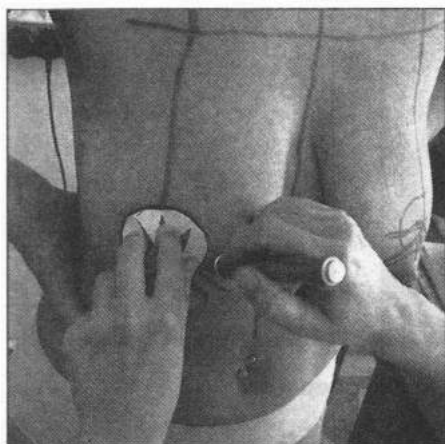


Рис. 4. По этому же трафарету размечается зона иссечения кожи для будущего расположения ареолы. Этим приёмом достигается соответствие периметров ареолы и её нового «ложа»

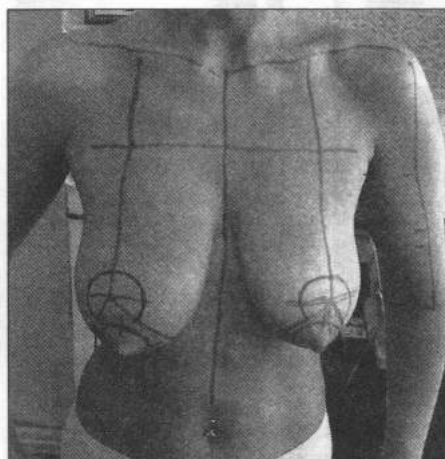


Рис. 5. Разметка завершена

ТЕХНИКА РАЗМЕТКИ

Во всех случаях особое внимание уделялось предоперационной разметке, которой мы следовали неукоснительно в ходе всей операции. Никаких исправлений и дополнительных построений во время хирургического вмешательства не выполнялось. Это было удобно, так как существенно сокращалась продолжительность операции, и позволяло избежать искажений, которые могли появиться вследствие перемещений тканей в положении пациентки лёжа. Разметка выполнялась при помощи линейки, ленты и индивидуально изготовленных трафаретов ареолы овальной формы.

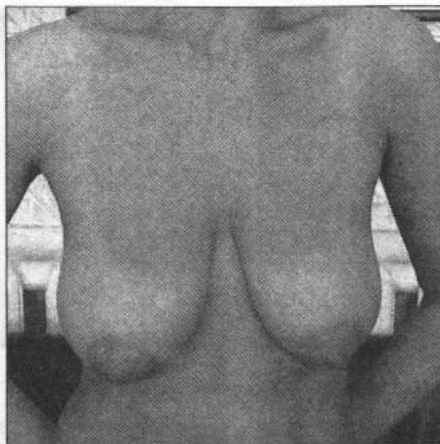


Рис. 6 а, б. Вид до операции

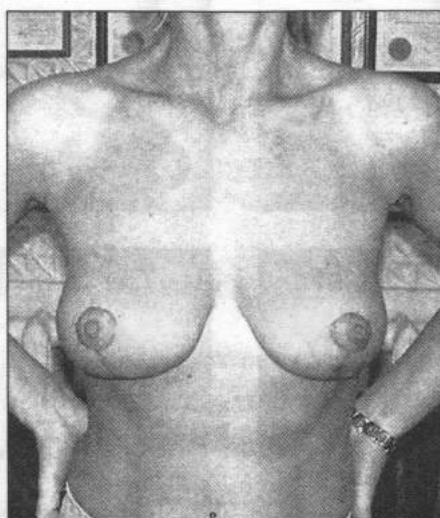
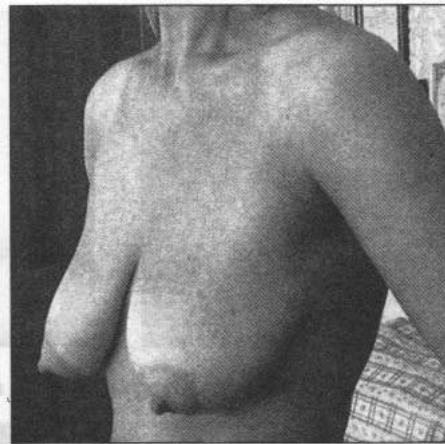


Рис. 7 а, б. Вид через 1 месяц после операции



ОБСУЖДЕНИЕ

Во П и Ш группах пациенток методом выбора была мастопексия или аугментационная маммопластика. Опыт показал, что у пациенток с 1-2-й степенью мастоптоза простая увеличивающая маммопластика большими по объёму имплантатами приводит к удовлетворительным результатам операции. При этом пациентки, первоначально желающие подтянуть грудь, после увеличения молочных желёз не желают делать каких-либо дополнительных корригирующих операций.

В ряде случаев мы применяли мастопексию в сочетании с аугментацией. В разные годы наши представле-

ния об очередности этих сочетанных операций менялись.

В настоящее время считаем, что на первом этапе лучше имплантировать протезы. Через несколько месяцев можно оценить, насколько изменился птоз и нуждается ли он в коррекции. Такая тактика позволяет избежать лишних рубцов.

Кроме того, симультанная операция может повлечь гиперкоррекцию мастоптоза, что приведёт к высокому положению ареолы в отдалённом периоде после операции.

ВЫВОДЫ

Таким образом, точная предоперационная разметка по оригинальным трафаретам при проведении

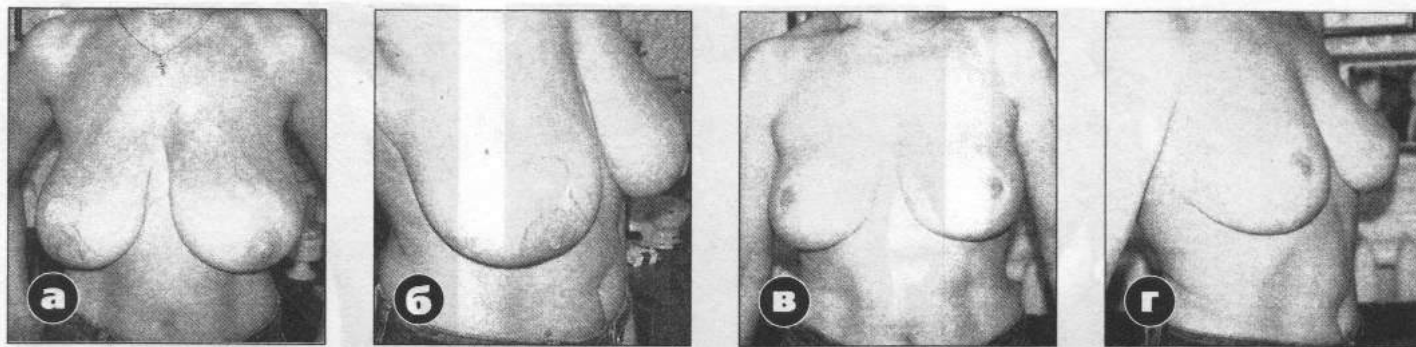


Рис. 8 а-г. Больная М. Редукционная маммопластика до операции и через 1 год после операции

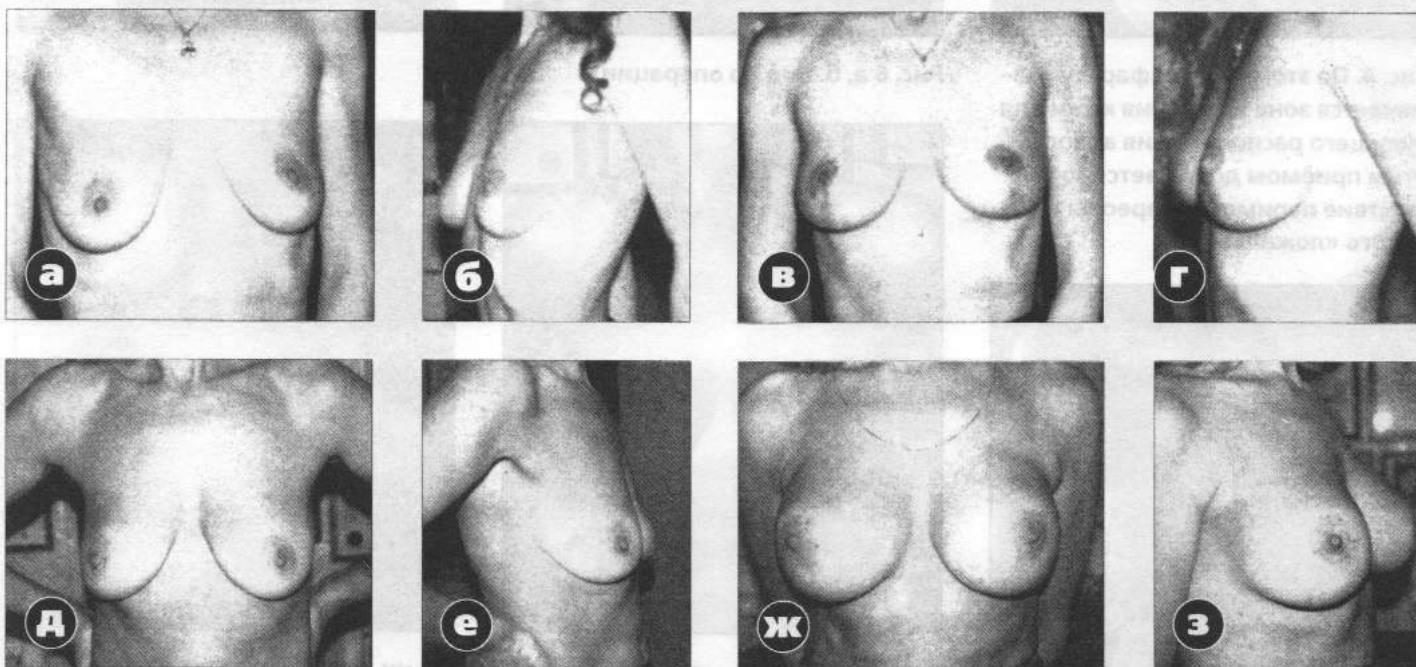


Рис. 9. Разные подходы к коррекции мастоптоза. а-г: мастопексия. Больная Л., до и после операции, д-з: аугментационная маммопластика. Больная О., до и после операции

мастопексии и редукционной маммопластики приводит к формированию устойчивой, эстетически привлекательной формы молочных желёз.

При наличии гипомастии и мастоптоза 1-2-й степени наилучшие результаты получены нами при выполнении имплантации протезов, а затем, если в этом оставалась необходимость, коррекции формы молочных желёз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bassot J. Plasties Mammaires Vetricolaterales Avec Cicatrices Dissimulees. Rev. Chir. Ecth. de Lang. Fran. V. 2, N. 5, 1976, p. 11.
2. Lafarge-Claoue B. Chirurgie de la Ptose Mammaire des Petits Sèns. Technique de Desepidermisation par Voie Sons-mammaire. Chirurgie Esthetique 1983-1984. 1984, p. 197.
3. Чухриенко Д. П., Люлько А. В. Атлас операций на молочной железе. Киев. Здоров'я, 1971, 144 с.
4. Гребенькова О. Б. (Добрякова О. Б.). Пластика молочных желёз. Новосибирск. 1994, 105 с.
5. Coelho de Almeida C. I. Mammoplasty With L-Incision. Aesth. Surg. Journal. V.24, N. 2, 2004, p. 102.
6. Hidalgo D., Hirmand H. D'augmentation Reduction Mammoplasty. Aesth. Surg. Journal. V. 24, N. 2, 2004, p. 112.
7. Serra-Renom J. M. New Marking Designs for Vertical Scar Breast Reduction. Aesth. Surg. Journal. V. 24, N. 2, 2004, p. 171.
8. Persoff M. M. Mastopexy With Expansion-augmentation. Aesth. Surg. Journal. V. 23, N. 1, p. 34.
9. Миланов И. О., Старцева О. И., Чаушева Е. И. Анализ опыта одномоментной мастопексии и эндопротезирования молочных желёз. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. Т. 1, 2005, с. 44.
10. Benelli L. A New Periareolar Mammoplasty: the "Round Block" Technique. Aesth. Plast. Surg. 14, 1990, p. 93.
11. Gasperoni C., Salgarello M., Gasperoni P. A Personal Technique: Mammoplasty With J Scar. Ann. Plast. Surg., 48, 2002, p. 124.

А.Б. ОРЕШКОВГУ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ДЕТСКИЙ ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ ИМ. Г.И. ТУРНЕРА ИЗ РФ, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Топографо-анатомическое обоснование использования осевых тканевых комплексов из бассейна лучевой артерии в детской реконструктивной хирургии

Лечение детей, имеющих врожденные или приобретенные деформации кисти, является сложной проблемой реконструктивной хирургии. В настоящее время остаются открытыми вопросы оптимальных сроков и объемов оперативных вмешательств, отсутствуют четкие представления о необходимых стандартах хирургической реабилитации [1, 3].

Широкие возможности успешного замещения глубоких и обширных дефектов тканей кисти открываются благодаря использованию сложных кожных лоскутов с осевым типом кровоснабжения, в частности, тканевых комплексов из бассейна лучевой артерии. Однако широкое применение таких эффективных пластических операций у детей сдерживается отсутствием точных сведений о возрастных особенностях строения и ветвления лучевой артерии. До последнего времени оставались малоизученными важные прикладные аспекты ее сосудистой анатомии, в частности, диаметр на различных уровнях, выраженность и локализация дистальных анастомозов, количество и расположение кожных веточек, а также наличие ветвей, кровоснабжающих лучевую кость.

С целью получения или уточнения этих данных на базе кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией Военно-медицинской академии нами было проведено специальное топографо-анатомическое исследование на 12 верхних конечностях трупов новорожденных со средней массой тела $1,63 \pm 0,27$ кг

и средней длиной тела $42,3 \pm 2,8$ см. На этом анатомическом материале выполнялась инъекция артериального русла руки специальной затвердевающей рентгеноконтрастной массой на основе натурального латекса [2], прецизионное препарирование, рентгенография, измерения, фотографирование изготовленных препаратов и протоколирование полученных результатов. Собранные прецизионные анатомические сведения и сделанные на основе их анализа топографо-анатомические обоснования послужили основой для выполнения 14 успешных операций транспозиции на кисть различных по размерам и тканевому составу осевых кожных лоскутов, выделенных на лучевом сосудистом пучке у детей в возрасте от 1 до 16 лет.

Проведенные топографо-анатомические исследования показали, что диаметр лучевой артерии новорожденных в месте ее отхождения варьировал от 1,7 до 2,3 мм (в среднем $1,9 \pm 0,27$ мм). На уровне щели лучезапястного сустава средний диаметр лучевой артерии составил $1,5 \pm 0,18$ мм. Таким образом, диаметр изучаемого артериального сосуда во всех случаях был достаточным для уверенного его выделения, формирования на нем тканевых комплексов и даже для возможной свободной их пересадки с наложением микрососудистых анастомозов.

На всех изученных препаратах были выявлены хорошо выраженные и правильно сформированные глубокая и поверхностная ладонные артериальные

дуги (рис. 1, 3). Их диаметр составил соответственно $1,6 \pm 0,21$ и $1,3 \pm 0,11$ мм.

Количество кожных ветвей лучевой артерии варьировало от 6 до 9, а их диаметр колебался от 0,3 до 0,6 мм. Было также установлено, что в средней трети предплечья новорожденных от рассматриваемой артерии с закономерным постоянством отходит от 2 до 4 чрезмышечных ветвей к диафизу лучевой кости. Их длина составляла 14-25 мм, а диаметр — 0,4-0,7 мм.

Проведенные исследования показали, что помимо глубокой и поверхностной ладонных артериальных дуг в дистальных отделах предплечья и в области лучезапястного сустава также имеются постоянные и достаточно крупные соустья лучевой артерии с другими артериальными сосудами. Среди них прежде всего следует выделить тыльную артериальную сеть запястья (рис. 2, 3), формирующуюся за счет тыльных запястных ветвей лучевой и локтевой артерий, а также с участием конечных ветвей передней и задней межкостных артерий. К постоянным анастомозам лучевой артерии, локализующимся в нижней четверти предплечья, можно отнести также ее соустье с передней межкостной артерией (рис. 3).

Таким образом, собранные сведения о деталях строения и дистальных анастомозах лучевой артерии у новорожденных позволили сделать вывод о принципиальной возможности формирования, перемещения в несвободном варианте и свободной пересадки на кисть у детей таких же различных по тканевому составу

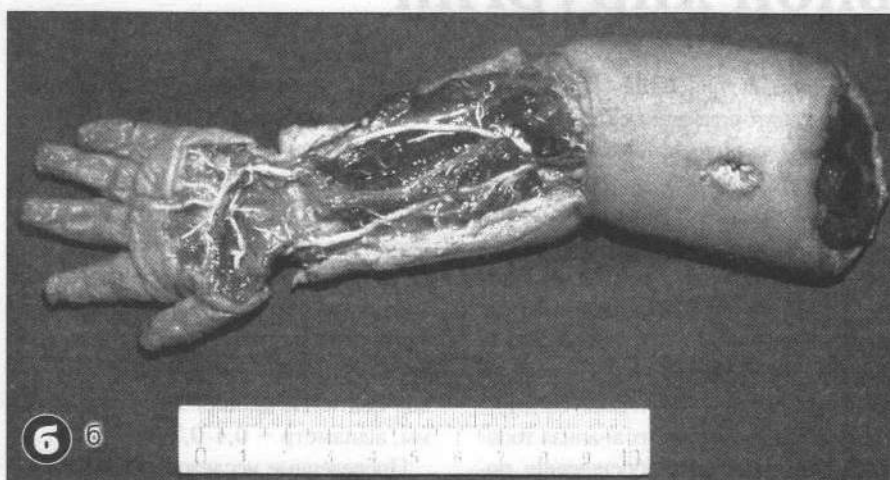
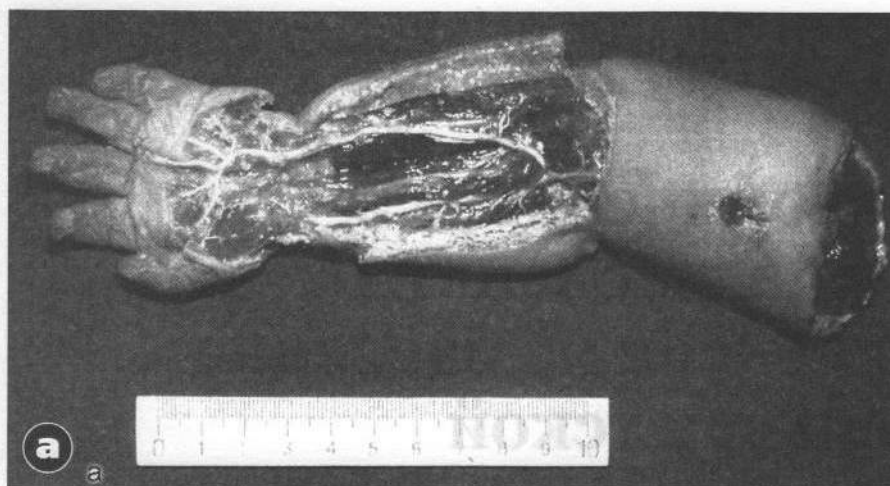


Рис. 1. Препараты детской группы: а – поверхностная ладонная артериальная дуга; б – глубокая ладонная артериальная дуга

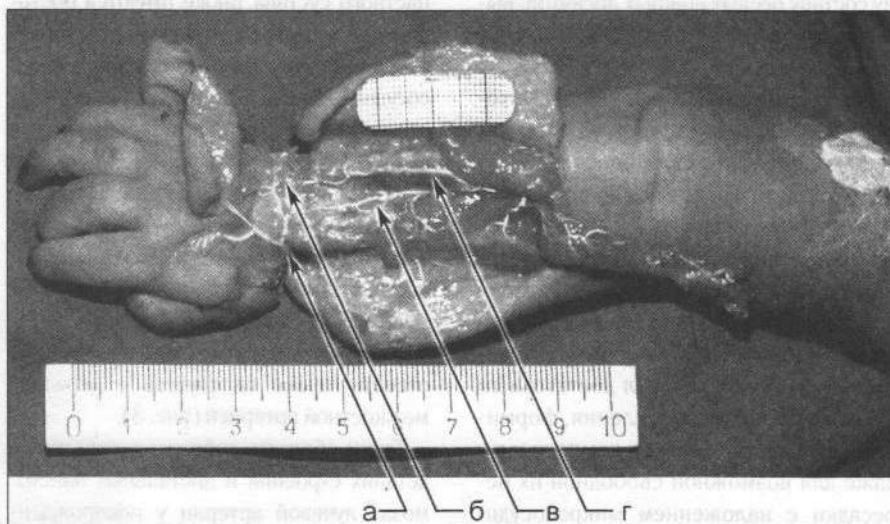


Рис. 2. Препарат детской группы. Тыльная запястная артериальная сеть: а – тыльная запястная ветвь лучевой артерии; б – тыльная запястная ветвь локтевой артерии; в – передняя межкостная артерия; г – задняя межкостная артерия

ву осевых сложных кожных лоскутов из бассейна лучевой артерии, как и у взрослых. Поскольку росто-весовые показатели изученного анатомического материала были меньше нормальных нижних границ для новорожденного ребенка, то выполнение таких сложных реконструктивных операций вполне реально, на наш взгляд, уже с периода новорожденности.

Выводы, сделанные по результатам прикладных топографо-анатомических исследований, получили полное подтверждение в клинической части работы, проведенной в отделении реконструктивной микрохирургии и хирургии кисти ГУ-НИДОИ им. Г.И. Турнера. В этом специализированном стационаре нами было проведено 14 успешных реконструктивных операций перемещения на кисть кожно-фасциальных (12 наблюдений) и кожно-костных (2 наблюдения) лоскутов у 5 девочек и 7 мальчиков в возрасте от 1 до 16 лет. В 13 случаях использовали транспозицию комплекса тканей на дистальной сосудистой ножке, когда точкой его ротации являлась область пульсации лучевой артерии в области лучезапястного сустава. Еще в одном наблюдении у пациента с тяжелыми последствиями высоковольтного электроожога кисти и предплечья использовали микрохирургическую аутотрансплантацию кожно-фасциального лучевого лоскута, сформированного на проксимальной сосудистой ножке на здоровом предплечье.

Следует особо отметить, что диаметр и длина лучевого сосудистого пучка всегда были пригодными для проведения сложных реконструктивных операций рассматриваемого типа. Это закономерность прослеживалась даже у самой маленькой нашей пациентки в возрасте одного года, о чем свидетельствует приведенное ниже клиническое наблюдение.

Деформация кисти у пациентки Е. (возраст 1 год, поступила с первоначальным диагнозом «врожденная тотальная синдактилия», рис. 4а) возникла в результате лизирования толстого расщепленного кожного трансплантата, перемещенного при попытке устранения синдактилии 1-2-го пальцев, и характеризовалась дефицитом значительного объема тканей кисти и грубыми тянущими рубцами в первом межпальцевом промежутке.

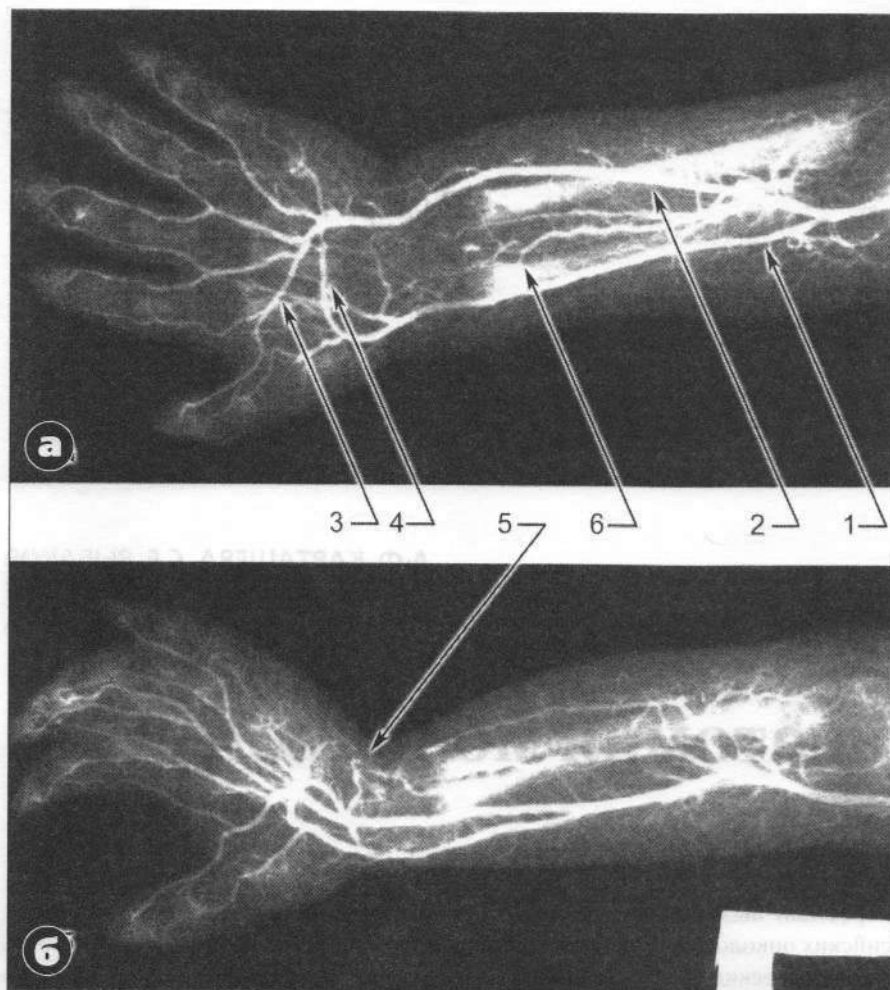


Рис. 3. Артериограммы препаратов детской группы: а – прямая проекция кисти и предплечья; б – боковая проекция кисти и предплечья. 1 – лучевая артерия; 2 – локтевая артерия; 3 – поверхностная ладонная дуга; 4 – глубокая ладонная дуга; 5 – тыльная запястная артериальная сеть; 6 – анастомоз между лучевой и передней межкостной артериями, локализуемый в дистальных отделах предплечья

Соответственно, при хирургической реабилитации указанная многокомпонентная деформация требовала решения нескольких задач:

- восполнения дефицита объема тканей кисти;
- восстановления двухстороннего схвата;
- воссоздания покровных тканей;
- улучшения чувствительности и трофики кисти.

Для достижения перечисленных задач, на тыльной поверхности кисти иссекли грубый рубец, а разрез продолжили в 1-й межпальцевой промежутке. Первый палец отвели в положение оппозиции. Достигнутое положение фиксировали спицами. Образовавшийся раневый дефект первого межпальцевого промежутка заменили лучевым лоскутом, выделенным в проксимальной части предплечья. На рис. 4б представлен результат после снятия швов.

Таким образом, сделанные топографо-анатомические обоснования и их успешная клиническая апробация показали принципиальную возможность и высокую эффективность замещения обширных и глубоких дефектов тканей кисти посредством пластики осевыми сложными кожными лоскутами из бассейна лучевой артерии у детей, начиная уже с раннего возраста.

Таким образом, сделанные топографо-анатомические обоснования и их успешная клиническая апробация показали принципиальную возможность и высокую эффективность замещения обширных и глубоких дефектов тканей кисти посредством пластики осевыми сложными кожными лоскутами из бассейна лучевой артерии у детей, начиная уже с раннего возраста.

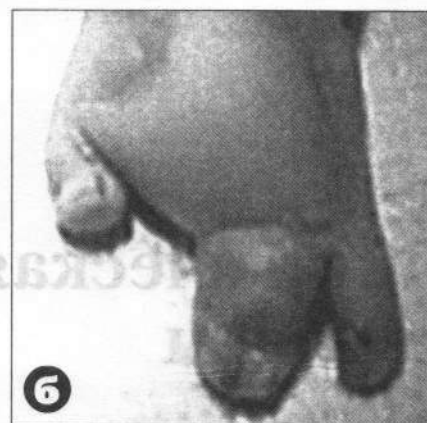


Рис. 4. Кисть больной Е., 1 г.: а – вид кисти до оперативного лечения; б – вид кисти после одномоментного выполнения устранения синдактилии 1-го и 2-го пальцев, отведения и противопоставления 1-го пальца, пластики раневого дефекта первого межпальцевого промежутка лучевым лоскутом

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб.: Гиппократ, 1998. – 744 с.
2. Кочиш А.Ю. Анатомо-клинические обоснования пластики осевыми сложными кожными лоскутами на нижней конечности: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1998. – 44 с.
3. Шведовченко И.В., Голяна С.И., Сафонов А.В., Орешков А.Б. Показания к микрохирургической аутоперфорации костной ткани в детской ортопедии // III Международный славянский Конгресс по электростимуляции и электрофизиологии сердца «CARDIOSTIM 98». Вестник Аритмологии. – СПб., 1998. – С. 99.

Раздел II. Клиническая анатомия

Клиническая анатомия молочной железы

Хирургия молочной железы в настоящее время является весомой частью как эстетической, так и реконструктивно-пластической хирургии. Расширение доли операций на молочной железе объясняется, по-видимому, как улучшением технических возможностей пластической хирургии (включая внедрение инструментария и шовного материала с улучшенными характеристиками, проведение эндохирургических и эндохирургически-ассистированных вмешательств, повышение качества и разнообразия имплантатов, перевязочных материалов и компрессионного белья, изготовленных с применением новейших достижений промышленности), так и ростом эстетических запросов пациентов. Повысилась доля реконструктивных операций на молочной железе в онкохирургии. Несмотря на то, что история восстановительных операций на молочной железе насчитывает более 100 лет, лишь последние 30-40 лет отсроченные и, особенно, одномоментные реконструкции груди

перестали вызывать протест у российских онкологов, и в ряде ведущих онкологических клиник выполняются непосредственно онкохирургами либо в бригаду включены хирурги-пластики.

Осложнения, возникающие при выполнении реконструктивно-пластических операций на молочной железе, можно разделить на 2 группы: связанные с техническими погрешностями в ходе операции (кровотечение, гематомы, серомы, осложнения воспалительного характера, несостоятельность швов, грубые послеоперационные рубцы, в том числе гипертрофические и др.) и связанные с тактически неверно выполненным вмешательством, в том числе и выполненным без учета анатомических особенностей органа (краевые некрозы, некрозы кожи либо сосково-ареолярного комплекса, грубая деформация железы, пересечение питающих сосудов и, как следствие, потеря органа или лоскута и др.) Учитывая тот факт, что в различных анатомических руководствах можно

нередко встретить противоречивые сведения, мы позволили себе некоторую компиляцию в надежде, что она будет полезна хирургам, оперирующим на молочной железе.

АНАТОМИЯ ЖЕНСКОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Прежде всего хотелось бы остановиться на анатомических особенностях строения органа и основных топографо-анатомических ориентирах. Эстетически идеальная молочная железа нерожавшей женщины имеет округлую форму за исключением верхне — наружного квадранта, «хвостовой» отдел которого распространяется до аксиллярной впадины; после родов она принимает каплевидную форму. Функционирующая часть железы представляет собой измененную железу из придатков кожи. Основание молочной железы лежит на грудной стенке; наиболее выступающей ее частью является сосок. Железа заключена между поверхностным и глубоким листками поверхностной фасции и распола-

гается между *l. parasternalis* и *l. axillares anterior*, реже *l. axillares media*, и от 3-го до 6-го ребер по *l. medioclavicularis*; при большой или птозированной груди субмаммарная складка располагается на уровне 7-го ребра. Верхние 2/3 железы расположены на фасции *m. pectoralis major* и распространяются латерально до *m. serratus anterior*. Нижняя треть железы может располагаться на *m. obliquus abdominis externus* и *m. rectus abdominis*. Под кожей расположен жировой слой, окружающий паренхиму и строма, от толщины которого во многом зависит объем молочной железы. Под жировой тканью находится тело молочной железы, состоящее из железистых долек, жировой и соединительной тканей [1,10].

Основной функциональной единицей молочной железы является долька. Каждая долька содержит от 10 до 100 терминальных протоков, называемых альвеолами или ацинусами, соединяющихся и формирующих проток, определяющий структурную единицу дольки. От 20 до 40 дольковых протоков, соединяясь, формируют протоки большего диаметра и, в конечном итоге, формируют выделительные протоки. Каждый из 15-20 выделительных млечных протоков расширяется в короткий молочный синус, расположенный ретроареоларно, и затем идет перпендикулярно до выхода из соска. Ареола — относительно плоская пигментированная часть кожи, содержащая бугорки Монтгомери (*glandulae areolares*), представляющие собой rudimentарные молочные железы — железы околососкового кружка, открывающиеся наружу протоками. Под кожей ареолы находится компактный слой гладкой циркулярной мышцы. Окружающая железу строма состоит из соединительной ткани с нервами, кровеносными и лимфатическими сосудами. От передней поверхности железы через жировой слой радиально отходят соединительнотканые отростки, распространяясь спереди до сосочкового слоя кожи — связки Купера (*lig. Cooperi*). Хотя связки Купера как бы

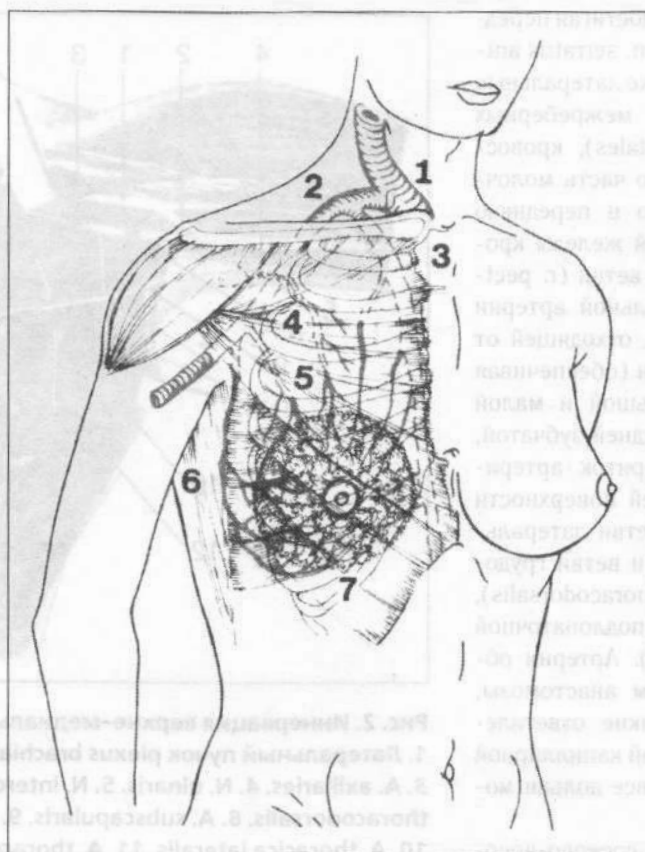


Рис. 1. Крово-снабжение молочной железы:
1 – подключичная артерия;
2 – подмышечная артерия;
3 – внутренняя грудная артерия – медиальные ветви к молочной железе;
4 – грудо-акромиальная артерия – медиальные ветви;
5 – грудная латеральная артерия;
6 – грудо-спинная артерия;
7 – межреберные артерии – прободные или латеральные ветви к молочной железе

разделяют паренхиму железы, это не является истинной сегментацией ее архитектоники.

Задняя поверхность железы гладкая и отделена от подлежащей *lamina superficialis m. pectoralis major* листком тонкой, рыхлой, эластичной соединительной ткани, что обеспечивает ей большую подвижность. Согласно Giralde C.J.A. [2], между ретромаммарной соединительной тканью и основанием железистой паренхимы до самой ключицы тянется очень слабый и тонкий фасциальный слой, который прикрепляется к ключице. По мнению Giralde, эта фасция, названная им связкой, поддерживающей молочную железу, у верхнего полюса железы делится на два листка, капсулы которых охватывают железу спереди и сзади. Testut J. считает, что фасция состоит только из заднего листка, а Erczy M. и Zoltan J. полагают, что с точки зрения фиксации железы большую роль играет кожа [2]. Таким образом, молочная железа фиксируется ретромаммарной соединительной тканью,

или «связкой Giralde», кожей и хорошо развитым интерстицием.

Артериальное кровоснабжение осуществляется ветвями внутренней грудной артерии (*a. thoracica interna*), отходящей от первого отдела подключичной артерии (*a. subclavia*), и ветвями подмышечной артерии (*a. axillaries*), являющейся продолжением подключичной артерии в подмышечной полости [2, 3]. Приток артериальной крови к медиальной и центральной частям молочной железы осуществляется перфорантными ветвями *a. thoracica interna*, вступающими через I-IV межреберные пространства, по парастеральной линии, пенетрируя в большую грудную мышцу и проникая в медиальную часть молочной железы. Этим путем осуществляется более 50% артериального кровоснабжения железы. Латеральная грудная артерия (*a. thoracica lateralis*), являясь вторым по величине ресурсом кровоснабжения железы, отходит от подмышечной артерии и спускается вдоль латерального края малой грудной мышцы

(m. pectoralis minor), достигая передних зубчатых мышц (m. serratus anterior). Ее ветви, а также латеральные перфорантные ветви межреберных артерий (aa. intercostales), кровоснабжают латеральную часть молочной железы. Заднюю и переднюю поверхности молочной железы кровоснабжают грудные ветви (г. pectoralis) грудно-акромиальной артерии (a. thoracoacromialis), отходящей от подмышечной артерии (обеспечивая кровоснабжение большой и малой грудных мышц и передней зубчатой, они осуществляют приток артериальной крови к задней поверхности молочной железы), ветви латеральной грудной артерии и ветви грудоспинной артерии (a. thoracodorsalis), являющейся ветвью подлопаточной артерии (a. subclavia). Артерии образуют друг с другом анастомозы, давая все более мелкие ответвления вплоть до обильной капиллярной сети, охватывающей все дольки молочной железы.

Кровоснабжение сосково-ареолярного комплекса осуществляется следующим образом: медиальная и краниальная (верхняя) часть получают артериальный приток от концевых ветвей внутренней грудной артерии (гг. perforantes a. thoracica interna), латеральная и нижняя части — за счет ветвей латеральной грудной и межреберных артерий. Под ареолой располагается система кольцевых анастомозов, образующих подкожное сплетение между артериями, идущими из двух разных направлений, которое обеспечивает кровоснабжение соска и ареолы со стороны окружающей кожи, когда их отделяют от тела железы.

ВЕНОЗНЫЙ ОТТОК

Молочная железа обладает богатой сетью анастомозов поверхностных подкожных вен, отток из которых осуществляется преимущественно в систему внутренней грудной вены. Глубокие вены, отводящие кровь с участков, расположенных близко к грудной фасции, в качестве перфорирующих вен сопровождают соответствующие артерии и заканчива-

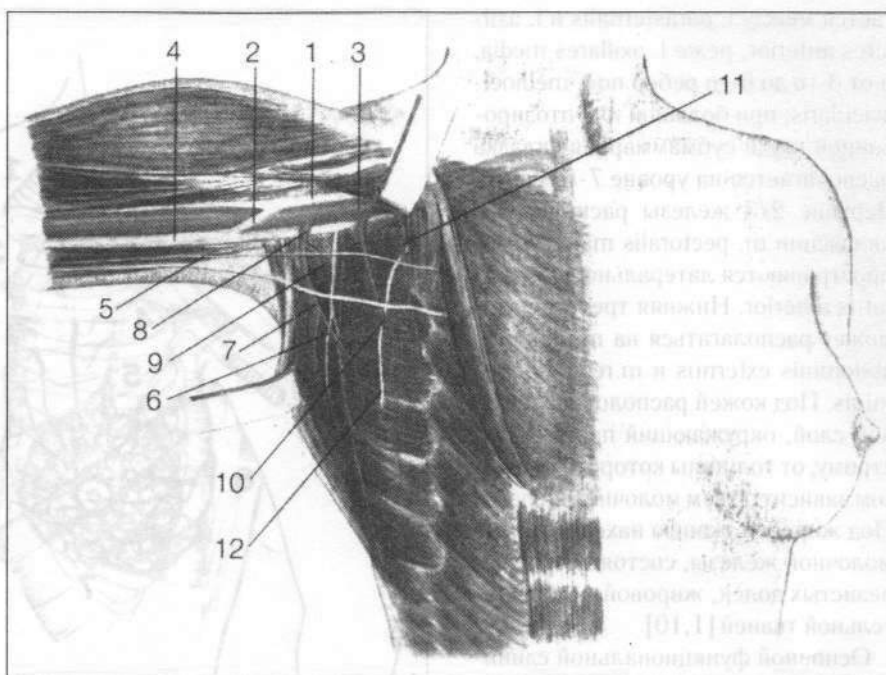


Рис. 2. Иннервация верхне-медиальной части плеча:

1. Латеральный пучок plexus brachialis. 2. Бифуркация n. medianus.
3. A. axillaries. 4. N. ulnaris. 5. N. intercostabrachialis 6. N. thoracodorsalis. 7. A. thoracodorsalis. 8. A. subscapularis. 9. A. circumflexa scapulae.
10. A. thoracica lateralis. 11. A. thoracoacromialis. 12. N. thoracicus longus

ются в подмышечной вене. Системы подкожных вен обеих сторон образуют между собой анастомозы [1-3].

ИННЕРВАЦИЯ

Иннервация осуществляется за счет грудных спинномозговых нервов — nn. intercostals (Th2-7), нижних ветвей шейных нервов, т.е. ветвей плечевого сплетения (C5-8), сплетений на стенках артерий. Латеральные ветви межреберных нервов в количестве от 3 до 6 сегментарно иннервируют молочную железу. Центральная часть молочной железы, включая сосок и ареолу, получает сенсорную иннервацию непосредственно за счет передне-медиальных и передне-латеральных нервных волокон Th3, Th4 и Th5. При выполнении органосохраняющего хирургического лечения на молочной железе желательнее постараться сохранить хотя бы одну из этих ветвей для сохранения сенсорной иннервации. Нижние ветви шейного сплетения также участвуют в иннервации передней части молочной железы. Медиальная и нижняя части

молочной железы иннервируются 2-6-ю латеральными ветвями межреберных нервов. Латеральная кожная ветвь 2-го грудного нерва (г. cutaneus lateralis nn. thoracici II) иногда и 3-го грудного нерва (Th3), которые называются межреберно-плечевыми нервами (n. intercostobrachialis), проходят латерально или по периферии через аксиллярную полость, формируют сплетение с медиальным кожным нервом плеча n. cutaneus brachii medialis (C8, Th1-3), начинающегося от медиального пучка плечевого сплетения. Совместно эти нервы обеспечивают иннервацию верхне-медиальной части плеча. При выполнении аксиллярной лимфодиссекции сохранение этих нервов подчас затруднено, т.к. они проходят через центральные и апикальные подмышечные узлы. В ходе операций на молочной железе и в области подмышечной впадины важно сохранять следующие нервы, являющиеся ветвями плечевого сплетения:

- длинный грудной нерв n. thoracicus longus (C5-7, C8), который идет

вниз по латеральной поверхности *m. serratus anterior*, вдоль подмышечной линии и входит своими ветвями в толщу зубцов мышцы.

- Подлопаточный нерв *n. subscapularis* (C5-C7) и его наиболее длинную ветвь — грудно-спинной нерв (*n. thoracodorsalis*) (C6, C7, C8), который спускается по латеральному краю лопатки и, достигнув переднего края широчайшей мышцы спины (*m. latissimus dorsi*), разветвляется в ее толще. *N. subscapularis* и *n. thoracodorsalis* иногда могут отходить от подмышечного нерва *n. axillaries*, а *n. thoracodorsalis* — от лучевого нерва, *n. radialis*.

- *Thoracodorsalis* от лучевого нерва, *n. radialis*.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА

Лимфатическая сеть молочной железы состоит из поверхностного (подкожного и внутрикожного) и глубокого (паренхиматозного) сплетения сосудов. Мелкие сосуды вблизи ацинусов дают начало междольковым, идущим параллельно млечным путям к ареоле и впадающим в субареолярное сплетение, связывающее все лимфатические сети, дренирующие молочную железу. Между поверхностной и глубокой лимфатическими сетями существуют многочисленные анастомозы, связанные и с контралатеральной стороной. Основной отток лимфы осуществляется через подмышечно-подключичный путь (по данным разных авторов, от 70 до 97%) [5,6] в подмышечную ямку. Из центральных и медиальных отделов молочной железы лимфа оттекает вглубь по ходу ветвей внутренней грудной артерии и вены к парастернальным лимфатическим узлам через *m. pectoralis major* вдоль парастеральной линии и через межреберные промежутки к парастернальным лимфатическим узлам, лежащим вдоль внутренних грудных сосудов. Они несут лимфу к надключичным лимфатическим узлам, откуда она может попадать слева в грудной проток (*ductus thoracicus*), а справа — в правый лимфатический проток (*ductus lymphaticus dexter*), впадающие в левый и правый венозный углы соответственно. Лимфоотток может так-

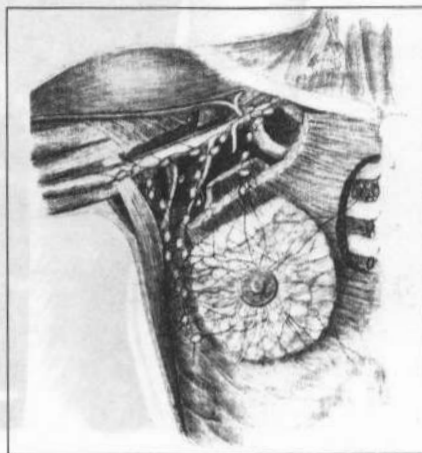
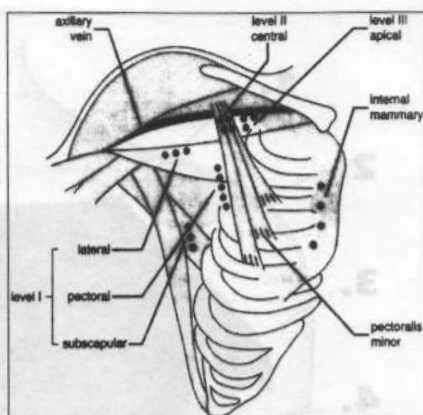


Рис. 3. Анатомия лимфатической системы молочной железы

же осуществляться непосредственно в надключичные лимфатические узлы. Существует также межмышечный путь лимфооттока, когда лимфа по капиллярам и сосудам оттекает через большую грудную мышцу к межпекторальным узлам, откуда она идет к глубоким аксиллярным узлам (апикальным) либо непосредственно к апикальным узлам. Соответственно путям лимфооттока различают и лимфатические коллекторы, представляющие связанные между собой группы лимфатических узлов. Среди них выделяют:

1. Передние грудные узлы 2-4 на уровне 2-го — 4-го ребер под краем большой грудной мышцы. Ближайший к верхне-наружному краю, узел Зоргиуса, расположен на уровне третьего ребра.

2. Нижние грудные лимфатические узлы, расположенные кзади от боковых грудных сосудов.

3. Задние грудные, или подлопаточные, лимфоузлы, расположенные на стенке подмышечной впадины.

4. Верхние грудные лимфоузлы, расположенные в верхне-наружном углу подмышечной впадины, в непосредственной близости к сосудисто-нервному пучку.

5. Центральные, или промежуточные, лимфоузлы, расположенные вблизи подключичной вены или непосредственно на ней (центральный коллектор для всех путей, несущих лимфу в подмышечную впадину).

6. Субпекторальные лимфоузлы, расположенные вдоль боковой границы молочной железы, интрамаммарные — под малой грудной мышцей, и межпекторальные — между большой и малой грудными мышцами (узлы Роттера).

7. Подключичные лимфоузлы, расположенные между медиальным краем малой грудной мышцы и ключицей.

8. Парастернальные лимфоузлы, расположенные между внутренней грудной фасцией и межреберными мышцами в 1-м — 4-м межреберьях.

9. Надключичные лимфоузлы, расположенные позади грудино-ключично-сосцевидной мышцы и снаружи от нее: а) поверхностные — под кожей вдоль латерального края кивательной мышцы; б) между ножками кивательной мышцы (узел Труазье); в) глубокие — позади кивательной мышцы по ходу яремной вены.

10. Глубокие шейные — находятся в прямой связи с медиастинальными узлами.

Клиницисты подразделяют аксиллярные лимфатические узлы, расположенные ниже уровня подключичной вены на 3 уровня в зависимости от их расположения по отношению к малой грудной мышце: I уровень включает лимфоузлы, расположенные латерально по отношению к малой грудной мышце, II уровень — лимфоузлы, расположенные центрально под малой грудной мышцей, III уровень — апикальные узлы, расположенные между медиальным краем малой грудной мышцы и I ребром и подключичной веной, доходящие до верхушки подмышечной впадины [7,9].

Лимфоотток от узлов подмышечной области осуществляется посредством *truncus subclavius*, который слева впадает в грудной лимфатический проток, в подключичную вену, или в левый венозный угол, образующийся слиянием внутренней яремной и подключичной вен. Справа лимфоотток осуществляется в правый лимфатический проток, в подключичную вену или в правый венозный угол.

Подмышечно-подключичный, межмышечный и парастернальный (при медиальной локализации опухоли) пути лимфооттока являются клинически наиболее значимыми.

МУСКУЛАТУРА ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

Мышечный слой передней и латеральной грудных стенок включает в себя большую и малую грудные мышцы, переднюю зубчатую мышцу, наружную косую мышцу живота и, частично, прямые мышцы живота (Рис. 4) [1,4].

Большая грудная мышца (*m. pectoralis major*) покрывает большую часть передней грудной стенки, во многом определяя ее внешний контур. Мышца начинается на внутренней половине ключицы (ключичная часть) *pars clavicularis*, от передней поверхности грудины и хрящей II-VII ребер (грудино-реберная часть) *pars sternocostalis* и от передней стенки влагалища прямой мышцы живота (брюшная часть) *pars abdominalis*. Направляясь латерально и кверху суженной сухожильной частью, мышца переходит на плечевую кость и прикрепляется к *crista tuberculi majoris humeri* нижними пучками выше, а верхними — ниже. Латеральный ее край граничит с дельтовидной мышцей и отделен от нее дельтовидно-грудной бороздой (*sulcus deltoideopectoralis*), переходящей вверху в подключичную ямку (*fossa infraclavicularis*). Эта борозда латерально переходит на верхне-наружную плечевую область как *sulcus bicipitalis lateralis*. Нижний край большой грудной мышцы формирует переднюю стенку аксиллярной ямки.

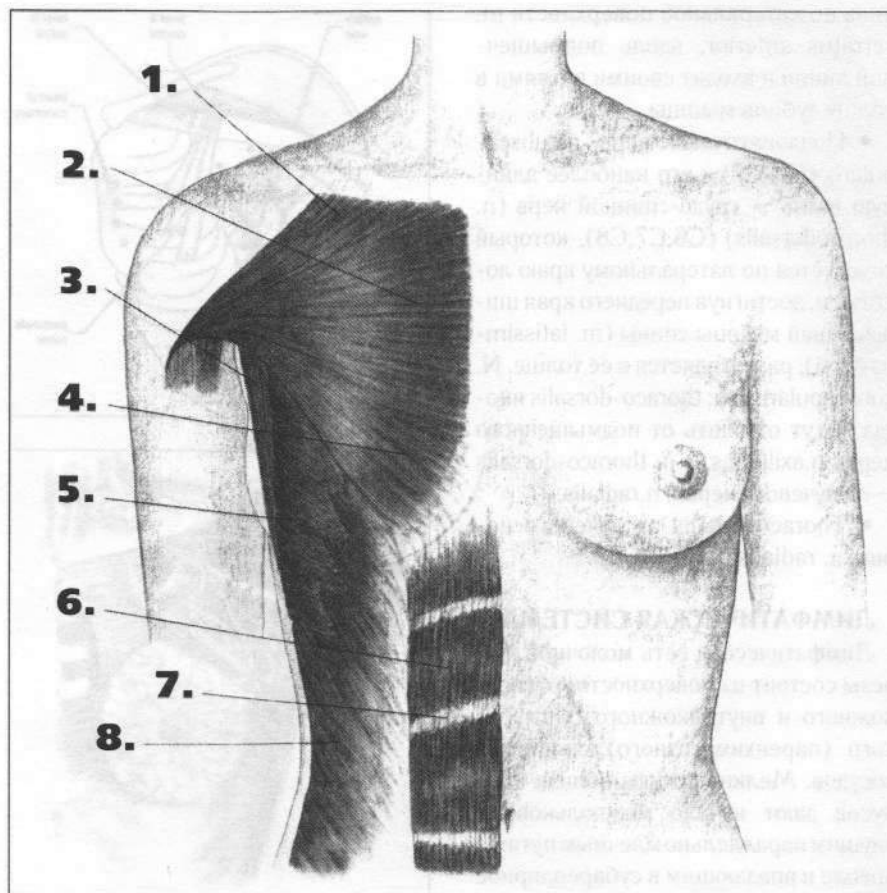


Рис. 4. Мышцы передней грудной стенки: 1 – *m. pectoralis major (pars clavicularis)*; 2 – *m. pectoralis major (pars sternocostalis)*; 3 – *m. pectoralis major (pars abdominalis)*; 4 – *m. serratus anterior*; 5 – *m. rectus abdominis*; 6 – *m. obliquus abdominis externus*; 7 – *m. latissimus dorsi*; 8 – *intersectiones tendineae*

Малая грудная мышца (*m. pectoralis minor*) практически целиком скрыта под большой грудной мышцей. Она начинается отдельными зубцами от II-V ребер вблизи соединения хрящевой и костной их частей и направляется от места своего прикрепления кверху и латерально к клювовидному отростку лопатки (*processus coracoideus scapulae*).

Передняя зубчатая мышца (*m. serratus anterior*) располагается в передне-боковом отделе грудной стенки. Верхняя ее часть покрыта большой грудной мышцей, нижняя лежит свободно и покрыта поверхностной фасцией груди. Мышца начинается 8-м — 9-м зубцами от верхних 8-го — 9-го ребер и от сухожильной дуги между I и II ребрами. Направляясь кзади и вверх, *m. serratus anterior* покрывает наружную поверхность ребер,

подходит под лопатку и прикрепляется вдоль ее медиального края и к ее нижнему углу. Нижние 5 зубцов передней зубчатой мышцы вклиниваются между верхними зубцами наружной косой мышцы живота, направляющейся косо вниз и вперед и переходящей в апоневроз. Верхняя часть апоневроза направляется к срединной линии и участвует в образовании передней стенки влагалища прямой мышцы живота.

Прямая мышца живота (*m. rectus abdominis*) начинается от хрящей V-VII ребер и мечевидного отростка (*processus xiphoideus*) и прикрепляется к лобковой кости между *symphysis* и *tuberculum pubicum*. Имеет три плотных сухожильных включения, пересекающих прямую мышцу около пупка и в верхней части на равном расстоянии друг от друга.

Широчайшая мышца спины (*m. latissimus dorsi*) образует заднюю стенку подмышечной ямки и используется в полном объеме либо частично для закрытия послеоперационных дефектов на передней грудной стенке, в том числе и при операциях на молочной железе. Берет свое начало от остистых отростков 5-го — 6-го нижних грудных позвонков, от поверхностного (заднего) листка пояснично-грудной фасции, от заднего отдела *labium externum cristae iliacae* (наружной губы подвздошного гребня) и от 4 нижних ребер. Верхние пучки широчайшей мышцы, направляясь латерально, нижние — косо вверх и латерально, прикрывают заднюю поверхность нижних ребер. Здесь мышца получает дополнительные пучки в виде 3-4 зубцов, а также прикрывает нижний угол лопатки и нижний край большой круглой мышцы (*m. teres major*). Далее мышца, образуя заднюю стенку подмышеч-

ной ямки, подходит к плечевой кости и заканчивается на *crista minoris tuberculi humeri* (гребне малого бугорка плечевой кости), где имеется сумка широчайшей мышцы [3,8].

ЛИТЕРАТУРА

1. Bostwic J. III, Vasconez L.O., Jurkiewicz M.J. Breast reconstruction after a radical mastectomy//Plast. Reconstr. Surg. — 1978. — 61. — P. 71 — 82. (112)
2. Золтан Я. Реконструкция женской молочной железы. — Будапешт., 1989. — 237с. (31)
3. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека в трех томах. — Т. II. — М. Медицина, 1979. — 471 с. (64)
4. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия//3 — е изд. с исправл. — М.: Медицина, 1995. — 400с. (35)
5. Летагин В.П., Высоцкая И.В., Легков А.А. Погодина Е.М., Хайленко В.А. Лечение доброкачественных и

злокачественных заболеваний молочной железы. — М., 1997. — 287с. (38)

6. Петерсон Б.Е., Чиссов В.И., Пачес А.И. Атлас онкологических операций. — М.: Медицина, 1987. — 536с. (54)
7. Дымарский Л.Ю. Клинико — анатомическая характеристика основных путей лимфогенного метастазирования рака молочной железы//Труды института онкологии АМН СССР. — Л., 1958. — Т.2. — С. 133 — 245. (28)
8. Островерхов Е.Г., Лубоцкий Д.Н., Бомаш М.Ю. Курс оперативной хирургии и топографической анатомии. — М.: Медгиз, 1963. — 736с.
9. Auchincloss H. Significance of location and number of axillary metastases in carcinoma of the breast.// Ann. Surg. — 1963. — 158. — P. 37-40
10. Bohmert H., Gabka J.C. Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast. A Surgical Atlas. Thieme. Stuttgart. New York. — 1997. — 376p.

В.А.ИЗРАНОВ, Е.В.ГОРБУНОВА, О.В.БОЯРОВА
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «МЕДИО МЕД», НОВОСИБИРСК

Ультразвуковая анатомия молочной железы и проблемы диагностики диффузной фиброзно-кистозной мастопатии (сообщение I)

В течение последнего десятилетия ультразвуковое исследование молочных желез (УЗИ МЖ) становится все более распространенным, диагностически значимым неинвазивным методом исследования. В связи с этим одним из частых вопросов, встающих перед врачом, являются диагностические критерии для обоснованной постановки диагноза фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ). Литература по этому вопросу обширна, но противо-

речива. Отсутствует единство мнений по достоверным диагностическим критериям фиброзно-кистозной болезни. В то же время диффузные изменения в ткани молочной железы (МЖ) приобретают все большее распространение в современной популяции. Наличие четких диагностических критериев при ультразвуковом исследовании молочной железы, позволяющих дифференцировать нормальное строение органа от патологических диффузных изменений,

является сегодня насущной потребностью специалистов ультразвуковой диагностики [1]. Несомненно, что одним из условий точной диагностики является знание анатомии органа.

Целью настоящей работы (сообщение I) является систематизация литературных и собственных данных по общей и ультразвуковой анатомии МЖ, а также эхографической семиотике и диагностическим критериям диффузной мастопатии (сообщение II) и разработка алгоритма УЗИ МЖ

для более четкой диагностики диффузной патологии органа.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Иллюстративным материалом служили результаты ультразвукового исследования МЖ 723 лиц женского пола в возрасте от 18 до 63 лет, проведенные на базе МСДКБ №5 г. Новосибирска (гл. врач Ходова Л.М.) и МЦ «Гиппократ» (директор Абдулаев Н.А.). Ультразвуковое исследование проводили на аппаратах Hawk 2102 с использованием линейного мультисекторного датчика 6 – 12 МГц, «Алока 1100» с использованием линейного датчика с частотой 7,5 МГц на 5-й – 9-й день менструального цикла.

ОБЩАЯ АНАТОМИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Молочная железа является парным органом и располагается на передней грудной стенке (рис. 1). Своим основанием молочная железа прилежит к грудине, закрывает край грудных мышц и доходит до передней подмышечной линии. Размеры и форма молочной железы обусловлена расовой принадлежностью женщины, возрастом и конституциональными особенностями [3].

Центральная часть передней поверхности молочной железы представлена соском, который состоит из эпителиальной и мышечной ткани. В центральной его части проходит концевые отделы выводных млечных протоков. Тело молочной железы является мягким железистым органом, состоящим из жировой, железистой и соединительной тканей, и расположено под кожей в фасциальном футляре, образованном расщепленными листками поверхностной фасции. Жировая клетчатка интимно охватывает тело молочной железы, формируя передний и задний слои (рис. 1). Передний (подкожный, или слой премаммарной клетчатки) прерывается в позадиареолярной области, где проходят конечные отделы млечных протоков [1].

Соединительнотканые структуры молочной железы представлены соб-

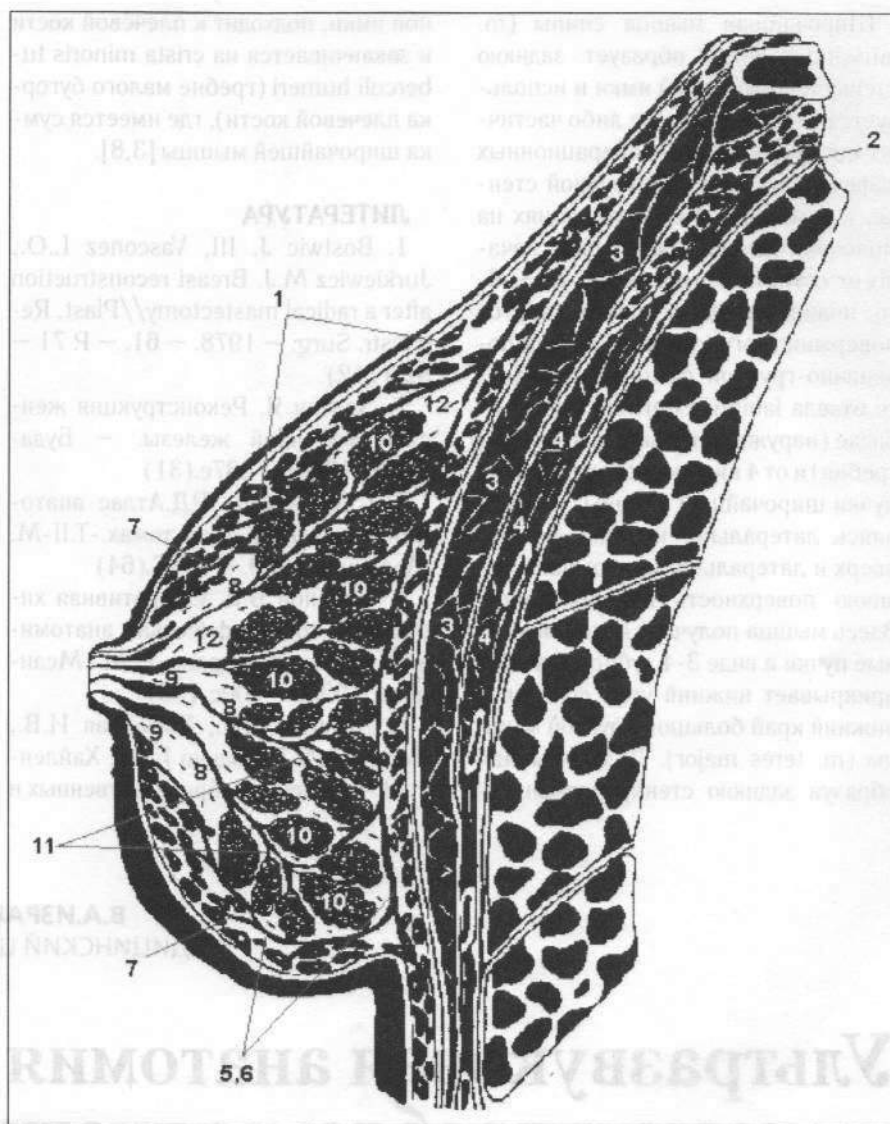


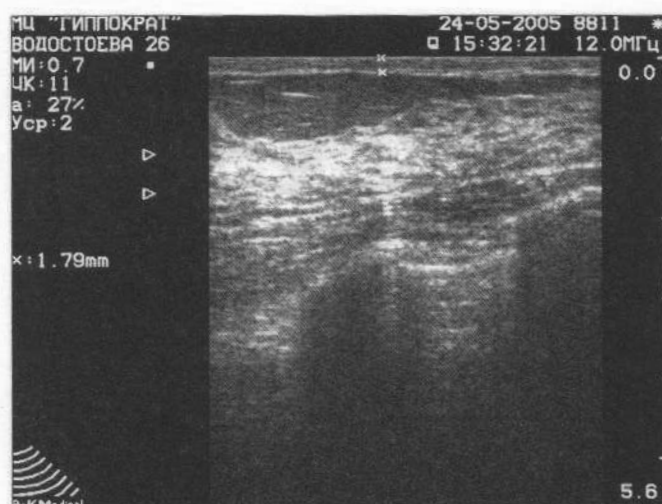
Рис. 1. Схема продольного сечения молочной железы. 1 – премаммарная клетчатка; 2 – ребро; 3 – большая грудная мышца; 4 – малая грудная мышца; 5, 6 – передний и задний листки расщепленной фасции с отходящими от них связками Купера (7); 8 – долевой млечный проток (галактофор III порядка); 10 – долька, «висящая» на дольковом (11) протоке (галактофоре I порядка); 12 – междолевые и междольковые соединительнотканые прослойки

ственной капсулой (передний и задний листки расщепленной фасции), отходящими от нее грубыми коллагеновыми волокнами в виде связок Купера, нежной фибриллярной тканью, располагающейся между железистыми элементами и структурами, входящими в состав стенки млечных протоков [5].

В передних отделах связки Купера соединяют тело молочной железы с глубокими слоями дермы, в задних

отделах прикрепляются к фасциальному футляру грудных мышц. Связки Купера, проходящие вглубь железы, охватывают, как капсулой, жировую ткань, формируя жировую дольку. Место прикрепления связки Купера к железистым структурам носит название гребень Дюрета [1].

Паренхима молочной железы представлена сложными альвеолярно-трубчатыми железами, собранными в мелкие дольки, из которых форми-



Эхограмма 1. Кожа с волнистым внутренним контуром (толщина на уровне маркеров 1,79 мм) женщины 26 лет. Подкожная клетчатка неравномерной толщины, с пунктирными волокнистыми структурами, являющимися фрагментами переднего листа расщепленной фасции



Эхограмма 2. Тонкий слой премаммарной клетчатки (ограничен +-курсорами) молочной железы женщины 20 лет. Ретромаммарное пространство (глубже x-курсоров) содержит ребро, позади которого определяется акустическая тень

руются доли. Число долей (как и их размеры) зависит от размеров молочных желез и колеблется от 6-8 (небольшие железы) до 20-24 (большие железы). Доли располагаются радиально по отношению к соску и могут накладываться одна на другую. Железистая доля, как и железистая доля, в нормальных условиях не имеет наружной капсулы и является не столько анатомической, сколько функциональной единицей молочной железы. От каждой железистой доли отходит выводной млечный проток. Во время беременности внутри железистых долек на концах млечных протоков образуются многочисленные микроскопические пузырьки — альвеолы, формирующие ацинусы. Ацинус продуцирует молоко в период лактации и атрофируется или исчезает после окончания кормления грудью. Таким образом, вне периода лактации доли образованы многократно ветвящимися млечными протоками, которые заканчиваются слепыми трубочками — млечными альвеолярными протоками (ductuli alveolares lactiferi), на которых в период лактации развиваются альвеолы (alveoli gl. mammae). Основная масса железистой ткани находится в верхнем наружном квадранте [8].

Между железистыми структурами паренхимы располагается рыхлая и нежная соединительная ткань. Комплекс железистой и соединительной тканей объединяют термином «фиброглангулярная ткань». В отличие от ряда других органов, паренхима молочной железы состоит не только из эпителиальной, но и из фиброзной ткани, четко различающихся при микроскопическом исследовании. При этом в молочной железе существует два вида соединительной ткани — опорная и ложевая, или мантильная. Опорная ткань располагается между долями и дольками и входит в систему поддерживающей связки Купера, а между ацинусами находится ложевая ткань [6].

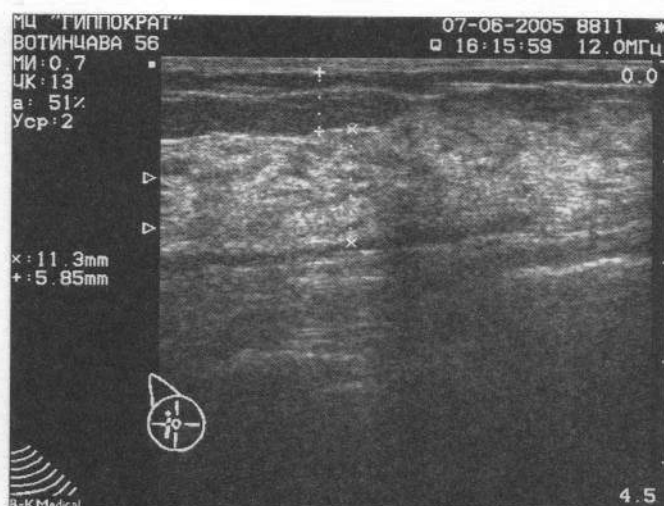
Сложная сеть млечных протоков соединяет ацинусы (в период беременности и лактации), железистые доли и доли молочной железы, формируя галактофоры 1-го — 3-го порядка. Размеры концевых (терминальных) млечных протоков, отходящих от каждой доли (галактофоры 1-го порядка), и долевых протоков (галактофоры 2-го порядка) в гормонально спокойной молочной железе не превышают 2 мм в диаметре. Позади ареолы располагаются главные, самые крупные протоки с диа-

метром до 3 мм (галактофоры 3-го порядка). Эти главные протоки перед выходом на поверхности соска в виде отверстий делают изгиб, формируя млечный синус. Млечный синус выполняет роль резервуара в период лактации [4].

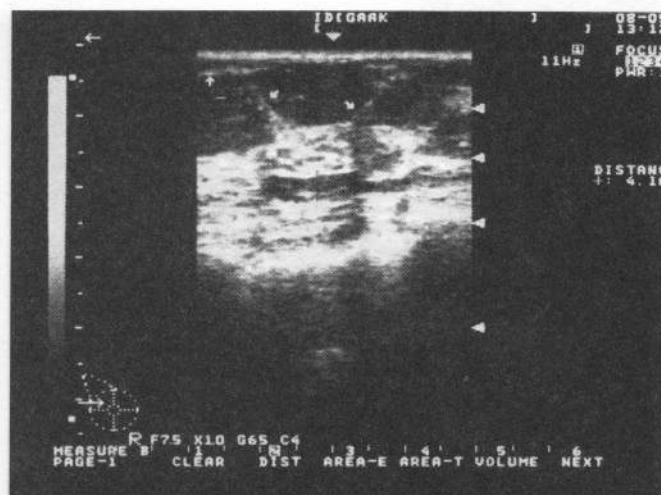
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АНАТОМИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

УЗ-изображение МЖ представляет собой томограмму, то есть эхографический срез органа, в котором послойно (на эхограмме в расположении сверху вниз) можно различить следующие структуры:

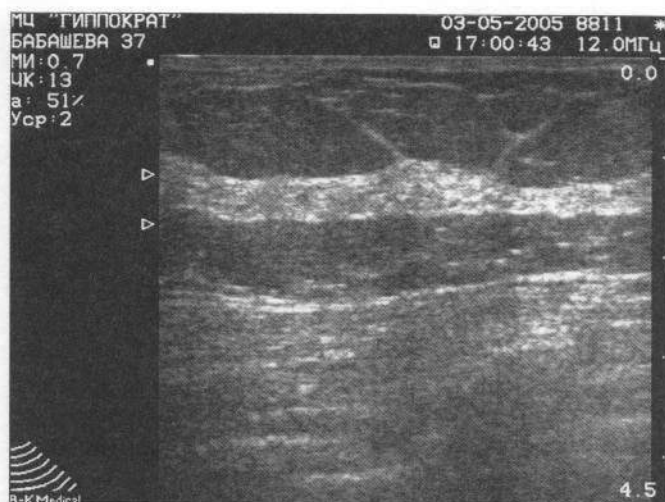
1. Кожа с сосково-ареолярным комплексом;
2. Подкожный жировой слой или слой премаммарной клетчатки, который является продолжением общего подкожного жирового слоя других областей передней грудной стенки;
3. Собственно железистый слой, или фиброглангулярный комплекс;
4. Слой ретромаммарной клетчатки (присутствует не всегда). Этот слой является частью ретромаммарной зоны, которая включает глубокие слои передней грудной стенки — грудные и межреберные мышцы, ребра и фасциальные структуры.



Эхограмма 3. Передний листок расщепленной фасции в толще премаммарного жирового слоя (ограничен +- курсорами). Позади железистого слоя (ограничен х-курсорами) лоцируется узкая гипозоногенная полоска ретромаммарной клетчатки



Эхограмма 4. Связки Купера (↑-курсоры) представляют собой волокнистые структуры, соединяющие передний листок расщепленной фасции (↓ - курсор) с железистым слоем. Пирамидальные участки повышенной эхогенности в зоне прикрепления связок Купера к железистому слою – гребни Дюрета



Эхограмма 5. Две связки Купера под разнонаправленными углами соединяют передний листок расщепленной фасции с железистым слоем



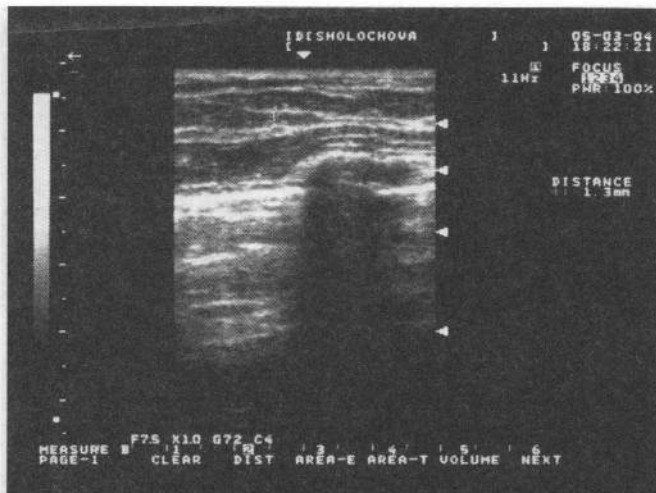
Эхограмма 6. Две крупные жировые долики в премаммарной клетчатке молочной железы женщины 56 лет

Кожа и подкожная зона. На эхограммах кожные покровы представлены эхогенной линейной структурой, толщина которой в норме составляет 0,9-2,5 мм (Эхо 1). У молодых женщин жировая клетчатка может быть представлена тонким гипозоногенным слоем, расположенным под кожей кпереди от железистого слоя (Эхо 2). Степень выраженности жирового компонента с возрастом увеличивается. Толщина премаммарного пространства зависит от

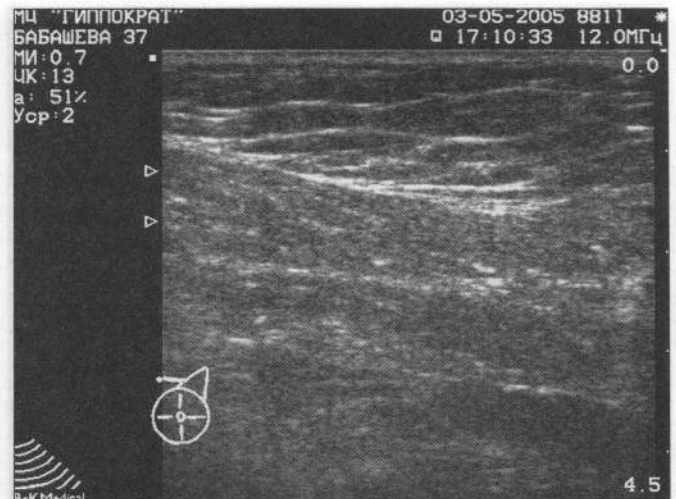
телосложения, упитанности женщины и выраженности ее общего подкожного слоя. Непосредственно под ареолой жировая клетчатка отсутствует.

В толще премаммарной клетчатки или непосредственно на границе с паренхимой располагается передний листок расщепленной фасции в виде гиперэхогенной линейной структуры (Эхо 3). От нее отходят перпендикулярно коже гиперэхогенные перегородки – связки Купера.

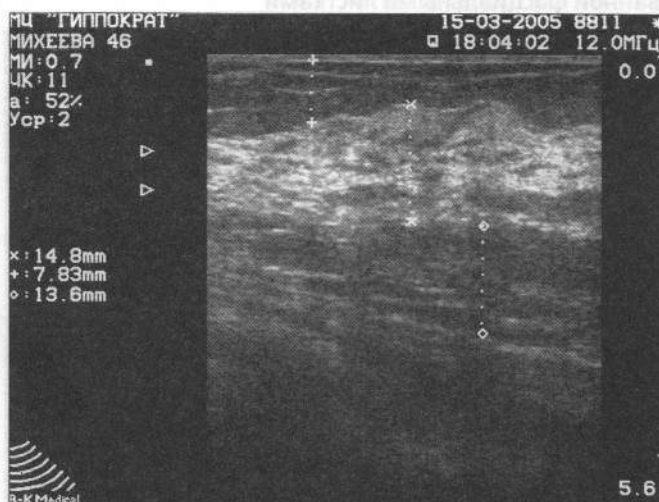
В передних отделах связки Купера соединяют тело молочной железы с глубокими слоями дермы, в задних отделах прикрепляются к фасциальному футляру грудных мышц. Место прикрепления связки Купера к железистым структурам носит название «гребень Дюрета» (Эхо 4, Эхо 5). С наступлением процессов инволюции жировая ткань приобретает вид округлых, расположенных в несколько рядов гипозоногенных структур. Это происходит за счет



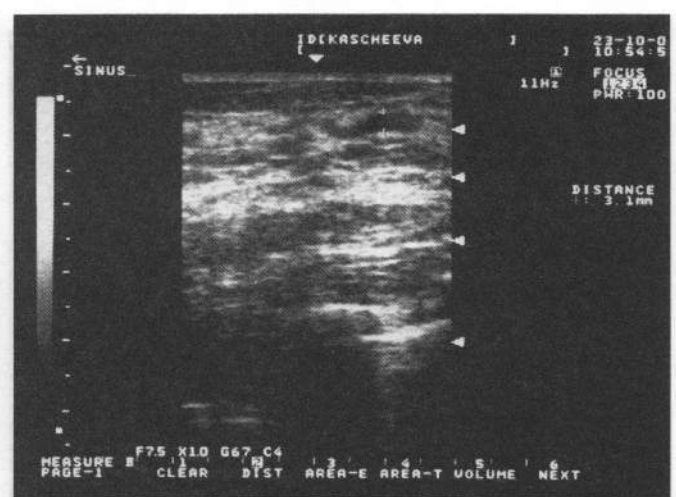
Эхограмма 7. Периферический участок молочной железы (верхне-внутренний квадрант). Зона расщепления поверхностной фасции груди



Эхограмма 8. Подключичная область выше основания молочной железы. Зона расщепления поверхностной фасции груди



Эхограмма 9. Волнистый контур железистого слоя (ограничен х-курсором). Ретромаммарное пространство (ограничено ромбовидными курсорами) объединяет грудные мышцы и ретромаммарную клетчатку



Эхограмма 10. Млечный синус в позадиссосковой области (ограничен +-курсором)

утолщения связок Купера, которые гиперэхогенной капсулой охватывают отдельные скопления жира, формируя жировые дольки (Эхо 6).

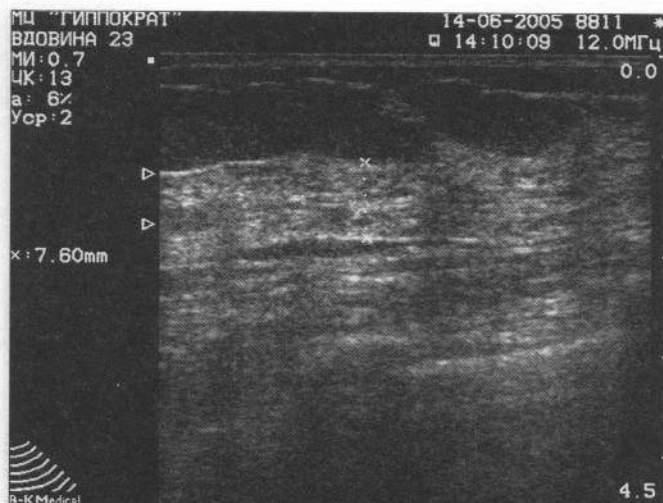
В периферических участках молочной железы нередко удается проследить место расщепления поверхностной фасции на передний и задний листки, которые охватывают тело МЖ (Эхо 7). В подключичной области многочисленные фасциальные слои сливаются друг с другом, формируя единую поверхностную фасцию (Эхо 8).

Передний контур паренхимы (железистого слоя) является волни-

стым (Эхо 9) за счет выбухания в местах прикрепления связок Купера. Обычно эхогенность паренхимы имеет промежуточное значение между эхогенностью жировой клетчатки и фасциальных структур. В молодом возрасте паренхима (фиброгlandулярный комплекс) молочной железы представлена изображением единого зернистого слоя высокой или средней степени эхогенности. В эхоструктуре этого единого массива в раннем репродуктивном периоде практически невозможно дифференцировать наличие нежных, лишенных коллагена

соединительнотканых фибриллярных волокон. В связи с этим границы долей на УЗ-маммограммах не определяются. Эхо-структура паренхимы зависит от количества и соотношения фиброгlandулярной и жировой тканей, что определяет УЗ морфотип органа [2].

Центральные отделы железистого слоя молочной железы заняты млечными протоками. В гормонально спокойной молочной железе млечные протоки всегда спавшиеся и практически не визуализируются. Если они и определяются, то диаметр терми-



Эхограмма 11. Ретромаммарная клетчатка в виде узкой гипоехогенной жировой дольки (позади от курсоров)



Эхограмма 12. Послойное строение МЖ женщины 63 лет. Ретромаммарная клетчатка представлена единым пластом (ограничен курсорами), включающим многочисленные волокнистые структуры высокой плотности

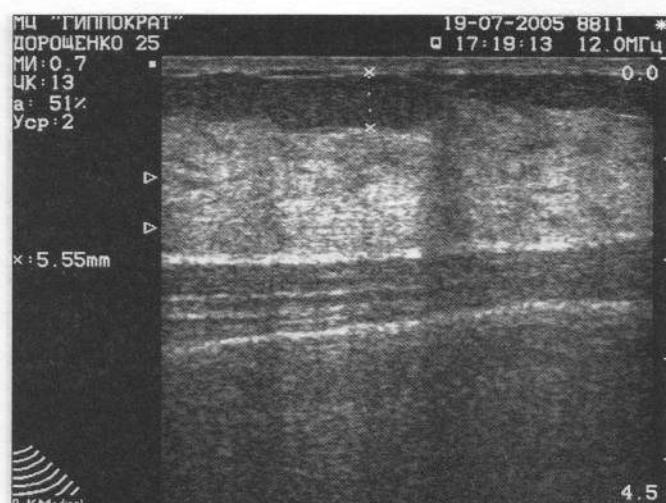
нальных и интерлобарных протоков не превышает 2 мм (Эхо 9). Самый большой диаметр протоков (до 3 мм) отмечается в области млечного синуса (позади соска) (Эхо 10). В лактирующей молочной железе, а также во 2-й фазе менструального цикла млечные протоки визуализируются в виде линейных и извитых гипоехогенных трубчатых структур более 2 мм в диаметре, радиально сходящихся от основания молочной железы к соску. Нередко на одном срезе визуализируются как поперечные, так и продоль-

ные фрагменты разных протоков в виде чередования округлых и вытянутых гипоехогенных структур (Эхо 9).

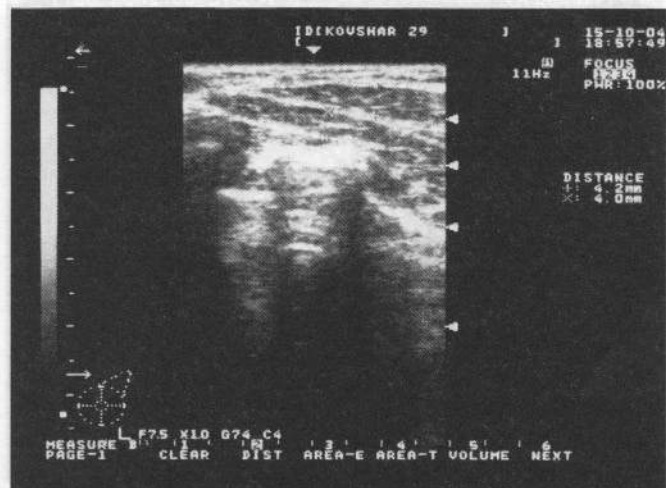
Задней границей молочной железы является изображение заднего листка расщепленной фасции в виде параллельной коже гиперэхогенной линии.

Ретромаммарная зона состоит из ретромаммарной жировой клетчатки, грудных мышц, ребер, межреберных мышц и плевры (Эхо 9).

Ретромаммарная жировая клетчатка в молодом возрасте часто отсут-

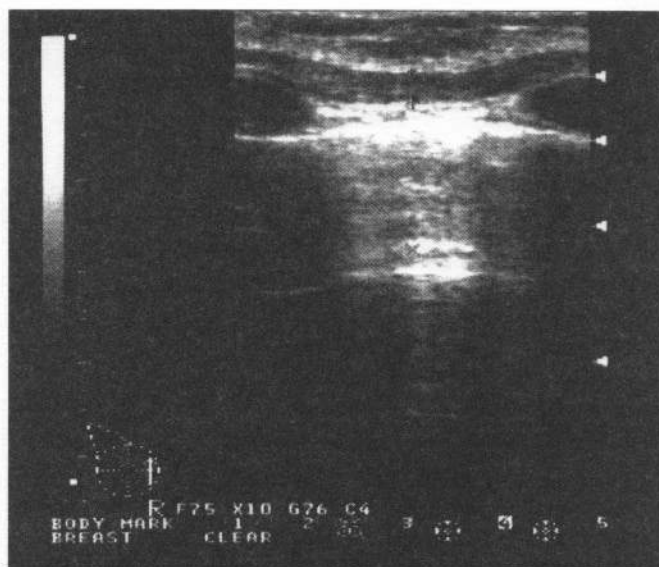


Эхограмма 13. Послойное строение молочной железы женщины 25 лет. Грудные мышцы отделены от железистого слоя толстой гиперэхогенной линией, образованной фасциальными листками



Эхограмма 14. Большая и малая грудные мышцы в подключичной зоне сканирования. С обеих сторон от мышц в виде гиперэхогенных линий визуализируются грудные фасции

ствует или визуализируется в виде отдельных тонких гипоехогенных долек (Эхо 11) между гиперэхогенными линейными структурами заднего листка расщепленной фасции и переднего фасциального футляра большой грудной мышцы. С возрастом происходит формирование сплошного слоя ретромаммарной клетчатки (Эхо 12). При отсутствии ретромаммарной жировой ткани изображение заднего листка расщепленной фасции может сливаться с изображением передней фасции грудных мышц (Эхо 13).



Эхограмма 15.
Продольное сканирование в основании медиальных квадрантов правой молочной железы на уровне третьего межреберья. Кпереди от двух попавших в сечение ребер лоцируется большая грудная мышца (ограничена +-курсорами)

Большая и малая грудные мышцы визуализируются в виде параллельных коже гипоэхогенных пластинчатых структур, разделенных поперечными гиперэхогенными перегородками (Эхо 14). С обеих сторон от мышц в виде гиперэхогенных линий визуализируются грудные фасции.

Ультразвуковая картина ребер изменяется в зависимости от хрящевой или костной части. Поперечное изображение хрящевой части ребер демонстрирует овальное образование с

небольшим количеством отражений от внутренней структуры. В молодом возрасте хрящевая часть ребра может быть полностью анэхогенной (Эхо 15). При повышенной кальцификации позади хрящевого сегмента ребер может появиться слабая акустическая тень (Эхо 2).

Отклонения от описанных параметров нормального эхографического изображения является примером патологической перестройки органа, что является темой сообщения II.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заболотская Н.В., Заболотский В.С. Новые технологии в ультразвуковой маммографии. — М.: ООО «Фирма Стром», 2005, 240 с.
2. Изранов В.А., Ходова Л.М., Порошина Н.И. Ультразвуковые морфотипы молочной железы у девушек пубертатного возраста. // Эхография. — 2003. — Т.4, №1 — С.92 — 97.
3. Изранов В.А., Ходова Л.М., Порошина Н.И. Эхографическая семиотика диффузной мастопатии. — Новосибирск, 2004. — 26 с.: ил.
4. Линденбратен Л.Д. с соавт. Маммография / Учебный атлас. — 1997.
5. Надь Д. Хирургическая анатомия. — Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии. — 1962. — 427 с.
6. Хэм А., Кормак Д. Гистология. — Москва: «Мир». — 1983.
7. Эхография в акушерстве и гинекологии. Теория и практика. 6-е изд. Часть вторая / Под ред. А.Флейшера, Ф.Мэнинга, П.Дженти, Р.Роме-ро: пер. с англ. — М.: Изд. Дом Видар-М, 2004. — 592 с.; илл.
8. Shu Y.-J., Spieler P. The cytopathology of breast cancer. — Hong Kong, peace book Co, 1988. — 555 p.

ЭТО ИНТЕРЕСНО

Во время беременности, а затем кормления младенца грудью молочные железы увеличиваются в весе на 400 г.

Учитывая, что женщины вскармливают новорожденных грудным молоком в течение приблизительно 9 недель, а ребенок сосет молоко 7 раз в сутки примерно по 20 мин, мамы за этот срок будут кормить младенца 440 раз в общей сложности в течение 150 часов и обеспечат его 45-ю литрами молока.

Молоко выводится наружу 20-ю мелкими протоками с выводными отверстиями в соске. Вкус молока зависит от пищи, которой питается мать. Особенно на это влияют продукты с сильным запахом.

Д. Леони, Р. Берте, 1997.

Жирность грудного молока у млекопитающих (грамм жира на грамм молока)

Морского котика	53,3%	Овцы	6,8%
Тюленя	42,3%	Свины	6,8%
Белого медведя	33,1%	Кошки	4,8%
Кролика	18,3%	Козы	4,5%
Мыши	13,1%	Человека	3,8%
Собаки	12,9%	Коровы	3,7%
Слона	11,6%	Кенгуру	3,4%
Ежа	10,1%	Лошади	1,9%

Раздел III. Новые направления

М.О. ФИЛИПОВА, И.А. ЦУКАНОВА, А.В. КАРПОВИЧ

НИИ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ ТНЦ СО РАМН,
НИИ АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ ТНЦ СО РАМН,
НИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ СИБГМУ, ТОМСК

Фетальная хирургия: состояние и перспективы

Разработанные в настоящее время технологии сделали доступной пренатальную диагностику многих врожденных пороков развития (ВПР) и наследственных заболеваний (НЗ). Более того, новые диагностические методы создали реальную возможность предупреждать рождение детей с грубой патологией нервной трубки, сердца, почек скелета и др. [2-4, 6, 8, 10, 11, 16, 40].

Следует отметить, что решение проблемы предупреждения рождения детей с ВПР и НЗ, несовместимых с нормальной жизнедеятельностью, стало возможным лишь после разработки методов биопсии хориона, кордоцентеза, амниоцентеза и плацентоцентеза. В настоящее время проводятся инструментальные вмешательства с целью лечения гидронефроза, непроходимости мочевыводящих путей плода и др. [6, 8, 11].

Хирургия плода стала возможной при современных достижениях в по-

лучении изображения плода, таких как трёхмерный ультразвук и изображение плода с помощью магнитного резонанса. Современные достижения в материнской анестезии, токолитические и технические аспекты хирургии также привели к уменьшению риска для плода и матери.

Современные методы исследования позволяют диагностировать морфологические и функциональные характеристики пораженного органа, исключить или выявить сочетанную патологию — вирусную, хромосомную, — а также других органов, при которых проведение вмешательства противопоказано. Терапия плода включает комплексную оценку главных интересов плода и интересов беременной женщины. При рекомендации терапии для плода с подтвержденной эффективностью врачи должны уважать выбор матери и оценку риска.

Пренатальный диагноз и обычная акушерская эхография изменили хи-

рургическое лечение многих врожденных дефектов и оказали влияние на срок и способ родов. Обычная акушерская эхография позволяет «видеть» плод с дефектом в утробе матери и диагностировать анатомические отклонения плода до того, как разовьётся необратимое поражение органа. Несмотря на то, что большинство дефектов, диагностируемых пренатально, могут быть исправлены с помощью постнатальной хирургии, в отдельных случаях лучшим решением является хирургия плода [20].

По мнению ряда авторов [4, 6, 8, 35], работа в направлении внутриутробной коррекции врожденных пороков развития требует привлечения различных специалистов: акушеров, неонатологов, врачей ультразвуковой диагностики, генетиков, хирургов и др. Такие условия есть в перинатальных центрах.

Методы лечения плода можно разделить на медикаментозное лечение (дексаметазон у плодов жен-

ского пола при врожденной гиперплазии надпочечников; витамин В12 при некоторых типах ацидемии по метилмалоновой кислоте; сердечные препараты при аритмиях у плода и т.д.), внутрисосудистую терапию (переливание крови при фетальной анемии; трансфузия тромбоцитов при аллоиммунной тромбоцитопении и т.д.), хирургическое лечение (процедуры на закрытой матке — пункционная биопсия, аспирация, наложение шунтов и т.д.; процедуры на открытой матке — при грыже диафрагмы, обструкции мочевых путей, крестцово-копчиковой тератоме и т.д.) и генную терапию (трансплантация кроветворных стволовых клеток, эмбриональная генная терапия и т.д.).

Пример успешного применения медикаментозного лечения плода в нашей стране — лечение суправентрикулярной тахикардии у плода [5, 10].

В работе нескольких авторов [6, 11, 25, 27] проведено комплексное клиничко-патологическое исследование применения инвазивных внутриматочных вмешательств, проводимых под ультразвуковым контролем, начиная с I триместра беременности. Так, в исследованиях показано, что внутрисосудистое переливание отмытых эритроцитов донора плоду при лечении у него гемолитической болезни позволяет нормализовать показатели красной крови плода и предотвращает развитие отечной формы гемолитической болезни. Сочетанное же внутрисосудистое переливание отмытых эритроцитов донора и раствора альбумина значительно повышает эффективность лечения плода.

При гемолитической болезни плода в 128 наблюдениях при сроках беременности в среднем 28 недель проведено переливание крови через пупочную вену [45]. При талассемии (4 наблюдения) и сроках беременности 12-28 недель применено интраперитонеальное или через пупочную вену введение фетальных клеток печени [39]. Интересен подход к коррекции тахикардии в III триместре

(12 наблюдений) путем внутримышечного (или через пупочную вену) введения антиаритмических препаратов [33].

Техника оперативного лечения врожденных пороков развития активно разрабатывается в течение последних 15-20 лет [26] в эксперименте и клинике [18, 27-31].

В настоящее время есть опыт использования внутриутробного лечения при ряде заболеваний плода. Так, по данным ряда авторов [34, 36], при неосложненной непроходимости мочевыводящих путей и нормальном объеме амниотической жидкости в 90% случаев оперативное вмешательство не требуется. При достаточно выраженном гидронефрозе тактика зависит от срока беременности. При сроке более 32 недель назначается медикаментозная терапия, направленная на профилактику стресс-синдрома и досрочное родоразрешение через естественные родовые пути. При сроке беременности менее 32 недель и сохраненной функции почек показано внутриматочное вмешательство [7]. При обструктивной уropатии плода используют везикулоцентез, везикулоамниотический шунт [34]. В других случаях применяют различные катетеры и другие приспособления.

При проведении эхографических исследований во II-III триместрах в ряде случаев выявляется гидроторакс плода. Для его коррекции используют внутриутробное дренирование [22]. Показан положительный эффект терапии изолированного плеврального выпота плода (срок беременности 32 недели и ранее) путем плеврально-амниотического шунта, повторного торакоцентеза (Nagay Z. et al., 1993). При этом пренатально выявленном заболевании прогноз определяется сроком беременности, при котором обнаружен плевральный выпот, и наличием водянки плода [4]. Описано спонтанное разрешение двустороннего плеврального выпота в 24 и 33 недели беременности [13, 41]. В последние годы для лечения

гидроторакса используется пренатальный торакоцентез под контролем эхографии. Торакоцентез, проведенный в конце II и в III триместре беременности при одностороннем гидротораксе, позволяет эвакуировать жидкость из плевральной полости с благоприятным пренатальным исходом [15, 17].

Первое предродовое наблюдение кисты яичника у плода, диагностированное с помощью ультразвукового исследования, было представлено 1975 году [44]. Кисты яичников у плодов женского пола обнаруживаются после 29 недель беременности, в основном в третьем триместре беременности. Кисты бывают простые (или несложные) и кисты с признаками перекрута. Ученые из Италии с 1992 по 1999 годы провели исследование 73 кист яичников у 72 плодов (1-двусторонняя), из них 48 кист были простыми (диаметр от 2,3 до 8,5 см) и 25 сложными (диаметр от 3,2 до 6 см). 14 простых кист с диаметром 5 см и более аспирационно дренировали в сроки беременности от 28 до 39 недель, остальные кисты подверглись прогрессивному уменьшению по величине до родов или после родов. Из сложных кист только 15% подверглось спонтанной регрессии, остальные требовали оперативного вмешательства. В других опытах регрессия кисты наблюдалась в 25% случаев. Никаких осложнений в этой серии исследований не наблюдали. Авторы подтверждают эффективность внутриутробного лечения кист яичников [21].

Аспирационное дренирование кист яичников у плода проводилось и в нашей стране [9, 11, 12].

Имеется наблюдение пренатальной аспирации сакрококцидальной кисты плода в 38 недель беременности [46].

Хирургическое лечение включает в себя фето-амниотическое шунтирование, открытую хирургию плода, эндоскопическую хирургию плода. Хирургически корригируемые состояния плода: врожденная грыжа диафрагмы, гидроторакс плода, врож-

денный цистаденоматозный порок развития, обструктивная уродопатия плода, крестцово-копчиковая тератома, расщелина губы и расщелина неба, дефекты брюшной стенки, spina bifida (расщепление позвоночника) и др.

Для хирургического лечения плода требуется тесное сотрудничество хирургов-педиатров, перинатальных акушеров, специалистов по ультразвуковой эхографии, генетиков, анестезиологов, неонатологов, кардиологов-педиатров и других высококвалифицированных специалистов — врачей и медсестер, а также хорошо оснащенные медицинские центры.

ФЕТО-АМНИОТИЧЕСКОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Фето-амниотическое шунтирование — это чаще всего введение двойных J-стентов под ультразвуковым контролем для ослабления давления в нормально развивающихся тканях за счет коллекторов жидкости и пузырных структур. Наиболее частые показания — обструкция нижних мочевыводящих путей, плевральные выпоты и цистаденоматозные пороки развития легких. Осложнения — прямая потеря плода, связанная с процедурой (8-10%). Более 1/3 шунтов перестают функционировать, частота закупорки 10-15% и частота смещения 20-30% [1].

Относительно часто при пренатальной диагностике выявляется врожденная гидроцефалия. Для ее коррекции используют внутриутробное шунтирование [37]. Первые попытки лечения гидроцефалии и гидронефроза были сделаны в начале 80-х годов с использованием катетеров для сброса давления в полостях. Хотя энтузиазм к проведению чрескожного дренажа при уродопатиях и гидротораксе продолжился, он был ограничен из-за осложнений, связанных со смещением зондов (катетеров). Предпринимались попытки внутриутробного лечения плода с гидроцефалией, сводившегося к имплантации вентрикулоамниотического шунта для снижения внутри-

черепного давления [24]. При этом у 39 плодов, пролеченных с помощью этого метода, уровень перинатальной смертности составил 18%, а у 66% выживших детей были выявлены нарушения физического и психического развития от умеренной до тяжелой степени [15]. Следует отметить, что эффективность пренатального шунтирования желудочков головного мозга до сих пор не доказана и эта операция широко не применяется [5].

ОТКРЫТАЯ ХИРУРГИЯ ПЛОДА

Открытая хирургия плода включает открытие беременной матки, хирургическую коррекцию аномалии плода и возвращение плода в матку для восстановления после операции и продолжения гестационного развития, проводимая на 24-30-й неделях беременности через классическую срединную гистеротомию, которая обходит плаценту. Проводится для коррекции врожденных грыж диафрагмы, резекции цистаденоматозного порока развития легкого, везикостомии и иссечения крупных крестцово-копчиковых тератом. Осложнения — высокая смертность плода (до 50%), преждевременные роды, истечение амниотической жидкости и повреждение ЦНС [1].

Harrison и коллеги выполнили первую открытую плодную операцию в 1982 году, создавая двусторонние кожные уретеростомии у 21-недельного плода при уродопатии. Технически операция была выполнена успешно, но плод погиб из-за нераспознанной почечной дисплазии и гипоплазии легких. В следующем десятилетии были проведены первые успешные операции при уродопатии, диафрагмальной грыже и цистоаденоматозном пороке легких. В настоящее время единственные главные центры хирургии плода — в Университете Калифорнии в Сан-Франциско и Детской больнице Филадельфии с объединенным опытом приблизительно в 60 случаев.

Известно, что кистозный аденоматоз легких плода III типа во многих

случаях самопроизвольно исчезает [15]. Однако при других типах этого заболевания проводят внутриутробную лобэктомию, торакоамниотическое шунтирование [18, 19].

Первые случаи внутриутробной хирургии spina bifida были выполнены в 1994 году, используя эндоскопическую технику, и закончились неудачно. В 1997 году эти операции были выполнены на открытой матке. При проведении этих операций учитывались такие параметры как уровень повреждения позвоночника S1 или выше, размеры боковых желудочков головного мозга не превышали 16 мм и при ультразвуковом исследовании фиксировались движения ножек плода без повреждения последних. Операции выполнялись на сроке до 26 недель беременности. Операции проводились в Университете Вандербилта и в Детской Больнице в Филадельфии. Ранние сроки проведения оперативных вмешательств (до 26 недель беременности) не показали преимущества перед более поздними сроками закрытия повреждения спинного мозга. Плодная хирургия требует классического кесарева сечения. Обязательным условием является проведение амниоцентеза для оценки альфа-фетопротеина и ацетилхолинэстеразы и кариотипирования плода.

Консорциум трех учреждений — Детская Больница в Филадельфии, Вандербилте и Университет Калифорния Сан-Франциско — предложил провести анализ внутриутробной хирургии spina bifida на сроке 19-25 недель беременности или кесарева сечения после созревания легких плода. Результаты будут подведены в 2006 году [43].

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПЛОДА

Относительно недавно получившая развитие эндоскопическая внутриутробная хирургия открывает новые, более щадящие возможности проведения внутриутробных операций. При проведении эндоскопических вмешательств можно будет избежать многих недостатков открытых внутри-

тробных операций и благодаря этому сделать более надежными операции на плоде как с угрожающими, так и с неугрожающими жизни пороками развития плода, например, с дефектами неба. Данный метод имеет следующие преимущества:

1. Заживление раны без рубцевания и заживление кости без мозоли. Известно, что рубцовая ткань, образующаяся в результате хирургического вмешательства, может вызвать торможение роста челюстно-лицевой области и вторичную гипоплазию верхней челюсти.

2. Сокращение заболеваемости плода и матери по сравнению с открытыми операциями.

Экспериментальные внутриутробные операции на модели животного (сначала мыши, крысы, затем овцы и приматы) проводятся уже в течение ряда лет. Трудности в том, что расщелины губы и неба у овец и приматов создавались хирургическим путем, а потом устранялись. Сравнительный анализ оценки интраоперационного подхода по сравнению с послеродовыми операциями на овце показал, что после внутриматочных операций рост и развитие челюсти было в норме [42]. Тем не менее, губа на раздвоенной стороне была короче и требовала дополнительных хирургических вмешательств (внешний шрам).

Немецкие ученые из Мюнхена сочли важным разработать модель внутриутробного лечения волчьей пасти открытым методом, которая в дальнейшем сможет стать моделью лечения эндоскопическим минимально инвазивным методом. Рабочая группа была первой, которая при заячьей губе не только закрыла мягкие ткани (это практикуют многие), но и реконструировала дефект кости на альвеолярном отростке верхней челюсти. Она показала, что хирургически созданные дефекты на альвеолярном отростке верхней челюсти могут быть устранены с помощью аутологичного фетального костного трансплантата (из гребня подвздошной кости или из локтевой кости) или с помощью

имплантата материала, регенерирующего кость (Kolloss, коллагенлиофилизат) [14, 38].

Плодная коррекция расщелины губы и/или неба на сегодняшний день не считается методом выбора из-за возможных осложнений на моделях животных. На основании достигнутых на сегодняшний день результатов следует иметь в виду, что внутриутробную операцию заячьей губы и волчьей пасти у человека пока проводить не рекомендуется. Это ближайшее будущее.

Таким образом, в настоящее время известны различные способы внутриутробной терапии различных нарушений развития плода, включающие воздействие лекарственных препаратов (витаминов, гормонов и др.) непосредственно на плод путем введения их через пуповину или околоплодные воды, переливание крови, использование шунтов, эндоскопического лечения и открытой хирургии плода.

На основе данных, полученных при анализе опыта отечественных и зарубежных ученых, мы видим, что при обнаружении патологии плода с использованием различных методов диагностики (эхография, ЯМР, КТГ и др.) вопрос о внутриутробном лечении решается в каждом случае индивидуально. Ведущим методом ранней диагностики врожденных пороков развития плода является эхография. Точность ультразвуковых методов диагностики позволяет начать более раннюю терапию и профилактику различных осложнений и тем самым способствует снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алави Саид. Терапия плода. Отделение педиатрии и неонатологии // Объединенные Арабские Эмираты, 2002, 11 с.
2. Баранов В.С., Вахарловский В.Г., Айламазян Э.К. Пренатальная диагностика и профилактика врожденных и наследственных заболеваний // Акушерство и гинекология. - 1997. - № 6. - С. 8-11

3. Баранов В.С. Некоторые исторические практические и научные аспекты пренатальной диагностики в Санкт-Петербурге. // Журнал акушерства и женских болезней. - 2004. - Том LIII. - в.1. - С.82-87.

4. Врожденные пороки развития: пренатальная диагностика и тактика // под ред. Петриковского Б.М., Медведева М.В. и Юдиной Е.В. - М.: Изд-во «Реальное время» - 1999. - 256 с.

5. Ионова С.Г. и др. Первый опыт пренатального лечения суправентрикулярной тахикардии в условиях Центра пренатальной диагностики Оренбурга // Пренатальная диагностика. - 2004. - Т.3, №3; 191-196.

6. Кулаков В.И., Каретникова Н.А., Стыгар А.М., Барашнев Ю.И., Бахарев В.А. Поиски путей внутриутробной коррекции врожденных дефектов развития // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1996. - №3. - С. 22-25.

7. Медведев М.В., Хохолин В.Л., Липская А.Б. Успешное внутриутробное лечение выраженного гидроторакса плода // Ультразвук. диагн. акуш., гин., педиат. - 1995. - №2. - С.40-47.

8. Медведев М.В., Юдина Е.В., Малахова Е.Е., Грабар А.В. Опыт раннего успешного пренатального лечения выраженного гидроторакса // Ультразвук. диагн. акуш., гин., педиат. - 1999. - Т.7. - №1. - С. 63-66.

9. Медведев. Аспирационное дренирование кист яичника у плода. // Пренатальная диагностика. - т.1. - №1, - 2002. - с.78.

10. Медведев М.В. Первый отечественный опыт двухэтапного лечения суправентрикулярной тахикардии // Пренатальная диагностика, - 2004, - Т.3. - №3. С. 226-229.

11. Михайлов А.В. Клинико-патологические аспекты внутриматочных вмешательств в целях диагностики и лечения врожденных и наследственных заболеваний плода // Автореф. дисс. докт. мед. наук. - С.-П., - 1999. - 38 с.

12. Никифоровский Н.К., Авраменко А.А., Петрова В.Н. и др. Случай аспирационного дренирования кисты

яичника у плода в III триместре беременности. // Пренатальная диагностика. — т.1. - №1. - 2002. — с. 73-75.

13. Пигаева Т.Г., Воскресенская С.В., Войцехович И.Л. Спонтанное разрешение гидроторакса у плода. // Ультразвуковая диагностика. - 1998, - № 2, с. -83-84.

14. Попадопулос Н.А., Цайлхофер Х.Ф., Пападопулос М.А. и др. Экспериментальная эндоскопическая внутриутробная хирургия при челюстно-лицевых пороках развития на примере волчьей пасти у животных. // Mund Klefer GesichtsChir 2003-7:70-75.

15. Ромеро П., Пилу Д., Дженти Ф. И др. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода. — М., Медицина. — 1994. — с. 1-11.

16. Савельева Г.М. и др. Пренатальный период и его значение в развитии плода и новорожденного. // Акушерство и гинекология. — 2004. — №2. — С. 60-62.

17. Филиппова М.О., Назаренко Л.П. Возможные пути внутриутробной коррекции врожденных дефектов развития // Тихоокеанский медицинский журнал, — №1(8). — 2002. С. 82-84.

18. Adzick N.S., Harrison M.R. Fetal surgical therapy // Lancet. — 1994. — V. 343. — P. 897-902.

19. Adzick N.S., Harrison M.R., Flake A.M. et al. Fetal surgery for cystic adenomatoid malformation of the lung // J. Pediatr. Surg. — 1993. - V. 28. - N. 6. - P. 806-812.

20. Antsaklis A. Fetal surgery: new developments // Ultrasound Rev Obstet. Gynecol. 2004. — V.4. — N.4. — P.245-251.

21. Bagolan P., Giorlandino C., Nahom A. et al. The Management of Fetal Ovarian Cysts // J. Pediatr. Surg. — 2002. — V. 37. - N. 1. - P. 25-30.

22. Becker R., Arabin B., Novak A. Et al. // Successful treatment of primary fetal hydrothorax by longtime drainage from week 23. Case report and review of the literature // Fetal Diagn. Ther. — 1993. — V.8. — N. 5. — P. 331-337.

23. Bender P.L. Genetics of Cleft Lip and Palate. // J. Pediatr. Nursing. — 2000. — V.15. — N.4. — P. 242-249.

24. Chervenak F.A., Berkowitz R.L., Tortora M. et al. // Diagnosis of ventriculomegaly before fetal viability. // Obstet. Gynecol. - 1984. — V.64. - P. 652.

25. Estes J.M., Mac Gillivray T.E., Hedrick M.H. et al. Fetoscopic surgery for the treatment of congenital anomalies // J. Pediatr. Surg. 1992. — V.27. — P. 950-954.

26. Harrison M.R. Fetal surgery // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1996. — V. 174, № 4. — P. 1255-1264.

27. Harrison M.R. Fetal surgery // West J. Med. - 1993. — V. 159. — P. 341-349.

28. Harrison M.R., Adzick N.S. Fetal surgical techniques // Semin. Pediatr. Surg. // 1993. — №2. — P. 136-142.

29. Harrison M.R., Adzick N.S. The fetus as a patient: surgical considerations // Ann.Surg. - 1990. — V 213. — P. 279-291.

30. Harrison M.R., Adzick N.S., Flake A.W., et al. Correction of congenital diaphragmatic hernia in utero. VI. Hard-earned lessons // J. Pediatr. Surg. — 1993. — V. 28. — P. 1411-1418.

31. Harrison M.R., Adzick N.S., Jennings R.W., et al. Antenatal intervention for congenital cystic adenomatoid malformation // Lancet. — 1990. — V.336. — P. 965-967.

32. Harrison M.R., Langer J.C., Adzick N.S. Correction of congenital diaphragmatic hernia in utero. V. Initial clinical experience // J. Pediatr. Surg. — 1990. — V.25. — P. 45-57.

33. Holfak M., Neehof M., Perry R. Fetal supraventricular tachycardia and hydrops fetalis // Obstet. Gynec. — 1991. — V. 78. — N 3. — P. 523-525.

34. Johnson M.P., Bukowski T.P., Reitleman S. In utero surgical treatment of fetal obstructive uropathy: a new comprehensive approach to identify appropriate candidates for vesicoamniotic shunt therapy // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1994. — V. 170. — P. 1770-1779.

35. Juda Z. Jona MD Neonatology update advances in fetal surgery // Pediatric Clinics of North America. — 1998. — V. 45. — N. 3. — P. 599-604.

36. Manning F.A., Harrison M.R., Rodeck C.H., et al. Special report: ca-

theter shunts for fetal hydronephrosis and hydrocephalus // N. Engl. J. Med. 1986. - V.315. — P.336-340.

37. Paidas M., Cohen A. Disorders of the Central Nervous System // Seminars in Perinatology. — 1994. — V.18. — N. 4. — P. 266-282.

38. Papadopoulos N.A., Papadopoulos M.A., Zeilhofer H-F, et al. Intrauterine autogenous foetal bone transplantation for the repair of cleft-like defects in the mid-gestational sheep models. // J. of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2004. — v. 32. — P. 199-210.

39. Raudrant D., Touraine J., Rebaut A. In utero transplantation of stem cells in humans: technical aspects and clinical experience during pregnancy // Bone — Marrow — Transplant // 1992. — V. 9. — N 1. — P. 98-100.

40. Reece A.E. Embrioscopia and early prenatal diagnosis // Clin. Obstet. Gynecol. — 1997. — V. 24, N 1. — P. 112-121

41. Sherer D.M., Abramowicz J.S., Eggers P.C. et al. Transient severe unilateral and subsequent bilateral primary fetal hydrothorax with spontaneous resolution at 24 weeks of gestation associated with normal neonatal outcome // Amer. J. Obstet. Gynecol. - 1992. — V.166. — P.169-170.

42. Stelnicki, E.J., Lee, S., Hoffman, W., Lopoo, et al. A long-term, controlled-outcome analysis of in utero versus neonatal cleft lip repair using an ovine model. Plastic & Reconstructive Surgery, 1999, 104(3), 607-615.

43. Sutton L.N., Adzick N.S., Jonsen M.P. Fetal surgery for myelomeningocele // Childs Nerv Syst. — 2003. — 19:587-591.

44. Valentic C., Kassner E.G., Yermakov V., et al. Antenatal diagnosis of a fetal ovarian cyst // Am. J. Obstet. Gynec. 123:216-219, 1975.

45. Weiner C.P., Williamson R.A., Wenstron K.D. et al. Management of fetal hemolytic disease by cordocentesis // Am. J. Obstet. Gynec. — 1991. — V.165. — N 5. — P. 1302 — 1307.

46. Weston M.J., Andrews H. Case report: in utero aspiration of sacrococcygeal cyst // Clin. Radiol. — 1991. - V. 44. - N 2. - P. 119-120.

Раздел IV. **В помощь практическому врачу**

Пакет документов для утверждения специальности «Пластическая хирургия» (проект)

**ДИРЕКТОРУ ДЕПАРТАМЕНТА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ОБЕСПЕЧЕНИЯ
БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА, НАУКИ, ОБРАЗОВАНИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ АКАДЕМИКУ РАМН ВОЛОДИНУ Н.Н.**

УВАЖАЕМЫЙ НИКОЛАЙ НИКОЛАЕВИЧ!

Просим Вас рассмотреть вопрос о возможности введения в номенклатуру (классификатор) специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации новой дополнительной субспециальности, требующей углубленной подготовки врачей:

— **пластическая хирургия**

Примечание: Прилагается пакет документов на 63 страницах.

Ген. директор ИПХиК д.м.н., проф. **В.А. ВИССАРИОНОВ**

Представитель руководства ИПХиК по СМК, сертиф., лицензир., аккредитации к.б.н. **О.М. БУРЫЛИНА**

Зав. хирургическим стационаром ИПХиК к.м.н. **С.В. ГРИЩЕНКО**

контактные телефоны: 267-77-44. факс 261-21-92, 261-88-88 (мест. 2-60)

1. Предложения по внесению изменений в номенклатуру (классификатор)

1. В целях совершенствования подготовки врачей и повышения качества оказания хирургической помощи населению просим ввести дополнение в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации, новой дополнительной субспециальности, требующей углубленной подготовки врачей:

— пластическая хирургия

2. Утвердить:

2.1. Положение о враче-пластическом хирурге.

2.2. Квалификационную характеристику врача-пластического хирурга.

2.3. Инструктивно-методические указания по аттестации на присвоение квалификационной категории по субспециальности «пластическая хирургия».

3. Управлению научных и образовательных медицинских учреждений утвердить разработанные учебные программы подготовки врача-пластического хирурга в интернатуре, ординатуре, аспирантуре и унифицированную программу специализации и повышения квалификации.

4. Управлению организации медицинской помощи населению, Российской медицинской академии последипломного образования, Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, Центральной аттестационной

комиссией утвердить разработанные нами типовые тестовые задания для проведения аттестации врачей-пластических хирургов на присвоение квалификационной категории в соответствии с Положением «Об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения Российской Федерации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации» от 16.02.95 № 33.

5. Отделу медицинской статистики и информатики внести необходимые изменения в формы отчетов учреждений здравоохранения в связи с введением субспециальности «пластическая хирургия» в номенклатуру врачебных провизорских специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации.

6. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

6.1. Присвоить врачам-пластическим хирургам, имеющим вторую, первую и высшую квалификационную категорию и прошедшим специализацию и работающим в медицинских учреждениях косметологического профиля по специальности «пластическая хирургия» без дополнительного прохождения аттестации соответственно вторую, первую, высшую квалификационную

категорию по специальности «пластический хирург». Зачислить в стаж работы по специальности «Пластический хирург» время работы в должностях

6.2. Присвоить врачам-пластическим хирургам, имеющим вторую, первую и высшую квалификационную категорию, работающим в медицинских учреждениях хирургического профиля по специальности «хирургия» со специализацией по «челюстно-лицевой хирургии», «хирургической стоматологии» со специализацией по «челюстно-лицевой хирургии» без дополнительного прохождения аттестации соответственно вторую, первую, высшую квалификационную категорию по специальности «пластическая хирургия».

6.3. Зачислить врачам-пластическим хирургам, работающим в медицинских учреждениях косметологического профиля, время работы в должности по специальности «хирургия» со специализацией по «челюстно-лицевой хирургии», «хирургической стоматологии» и со специализацией по «челюстно-лицевой хирургии» в стаж работы по специальности — «Пластический хирург».

6.4. Специалисты «пластический хирург» могут вводиться в пределах численности должностей, положенных учреждением по действующим штатным нормативам.

2. Паспорт специальности

2.1. Наименование специальности:
— «пластический хирург»

2.2. Принадлежность специальности к основной или специальности, требующей углубленной подготовки:
— Дополнительная.

2.3. Основные специальности, из которых будет осуществляться углубленная подготовка специалиста:

1. Хирургия — 040126

2. Детская хирургия — 040202

3. Отоларингология — 040111

4. Травматология и ортопедия — 040123

Для хирургов, выполняющих пластические операции в области лица и шеи

1. Хирургия — 040126 + «челюстно-лицевая хирургия» — 040126.08

2. Детская хирургия 040202 + «челюстно-лицевая хирургия» — 040126.08

3. Офтальмология — 040112 + «челюстно-лицевая хирургия» — 040126.08

4. Отоларингология — 040111 + «челюстно-лицевая хирургия» — 040126.08

2.4. Смежные специальности и удельный вес каждой из них:

— 040126.08 челюстно-лицевая хирургия — 15%

— 0403202 детская хирургия — 3%

- 040111 Отоларингология — 3%
- 040128 Онкология — 1%
- 040112 Офтальмология — 3%

2.5. Этапы подготовки специалиста:

— Высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» и «Педиатрия»

Клиническая ординатура по «Хирургии» 040126. Очная форма — 2 года, 3456 часов (приказ № 23 от 17.02.93г. «Об утверждении положения о клинической ординатуре»).

Интернатура по «Хирургии» — 040126. Очная форма — 1 год

Общее усовершенствование по специальности (переподготовка) по основной специальности «Хирургия» — 040126. Очная форма. Не менее 500 часов.

Для пластических хирургов, выполняющих операции в области лица и шеи, иметь практический опыт оперирующего хирурга в челюстно-лицевой области не менее 2-х лет (приказ МР РФ № 1290 от 1982 г.)

+ общее усовершенствование по «челюстно-лицевой хирургии» — 040126.08 Очная форма. Не менее 500 часов

Дополнительное образование:

— Сертификационные (аттестационные) циклы по пластической хирургии 040126.XX. Очная форма. Не менее 144 часов.

— Тематическое усовершенствование по любому разделу специальности (ринопластика, хирургическая коррекция врожденных и приобретенных деформаций лица и тела, блефаропластика, отоластика, липоскульптура, маммопластика, абдоминопластика и др.). Очная форма. Не менее 72 часов. Постановление Госкомвуза РФ № 13 от 27.12.95. «Об утверждении форм документов государственного образца о повышении квалификации и профессиональной переподготовки специалистов и требования к документам». 1 раз в 5 лет

— Общее усовершенствование по специальности (переподготовка) по основной специальности «Хирургия» — 040126.

+ Усовершенствование по пластической хирургии 040126.XX. Поста-

новление Госкомвуза РФ № 12 от 27.12.95. «Об утверждении Постановления о порядке им условиях профессиональной переподготовки специалистов».

2.6. Научное и практическое обоснование значимости специальности:

2.6.1. Основные признаки специальности.

Слово *plasticos* с греческого означает «формировать, создавать», что подразумевает пластику (формирование) измененных тканей, органов или частей тела (например: пластика молочных желез, носа, ушных раковин, передней брюшной стенки и др.), поэтому слово «пластический» является основополагающим в названии новой специальности.

Цель пластической хирургии — хирургическая коррекция или устранение врожденных, приобретенных деформаций лица и тела для улучшения внешности и качества жизни человека.

Предметом пластической хирургии является совокупность научно-теоретических знаний, умений и навыков, основанных на хирургических закономерностях вариантов перемещения покровных тканей человека при деформациях и дефектах врожденного и приобретенного характера, проявляющихся в изменениях внешности и приводящих к нарушению функции и общепринятых эстетических норм и рациональных путей их восстановления.

Пластическая хирургия как самостоятельная дисциплина начала развиваться в 40—50-е годы двадцатого столетия в Англии и США, хотя основные принципы ее были изложены в 20-е годы выдающимся английским хирургом G.Gillis. Значительный вклад в пластическую хирургию внесли наши отечественные ученые. В.П. Филатовым, офтальмологом по специальности, в 1917 году был предложен метод свободной пластики роговицы и способ создания пластического материала, так называемого круглого стебля, формируемого из кожи больного. В 1918 г. его варианты описал G.Gillis. Методика

закрытия дефектов кожи широко использовалась во время Великой отечественной войны, оказав неоценимую помощь при лечении десятков тысяч раненых воинов. Впервые у хирургов появилась возможность получать большое количество пластического материала для воссоздания потерянных тканей путем формирования нескольких стеблей. В связи с тем, что эти операции многоэтапны, требуют специфических расчетов и особенно аккуратной работы при ушивании ран, возникла потребность в хирургах, обладающих специальными навыками. Технологии перемещения тканей были детально разработаны российским хирургом А.А.Лимбергом (1925).

В США в 1921 г. была создана ассоциация челюстно-лицевых и пластических хирургов, которая в 1941 г. превратилась в Американскую ассоциацию пластических хирургов. Большой вклад в развитие пластической хирургии лица и тела внесли известные русские ученые медики: В.П.Филатов, П.И.Дьяконов, Н.Н.Блохин, и другие советские хирурги — А.Э.Рауэр, Н.М.Михельсон, Ф.М.Хитров. Сотрудники института Пластической хирургии и косметологии д.м.н. И.А.Козин, д.м.н. И.А.Фришберг, к.м.н.К.Ф.Сибилева, д.м.н. В.М.Эзрохин, к.м.н. С.Н.Лобанова, врачи-хирурги высшей категории С.Б.Степина, Г.П.Колодина, д.м.н. профессор В.А. Виссарионов и многие другие продолжают традиции развития пластической хирургии. Накоплен большой исторический и практический опыт работы в области пластической хирургии. Пластические хирурги нашей страны пользуются заслуженной репутацией и за рубежом. Такие специалисты как проф. Кручинский Г.В., проф. Давыдов Б.Н., проф. Белоусов А.Е., проф.Неробеев А.И., проф. Виссарионов В.А., д.м.н. Фришберг И.А., к.м.н. Сибилева К.Ф., проф.Лимберг А.А., проф. Плотников Н.А, проф. Пшениснов К.П., проф. Миланов О.Н., проф. Вишневский А.А. и другие являются авторами уникальных методик, применяемых в коррекции

поверхностных тканей лица и различных частей тела. Разрабатываются новые методики и подходы к проведению тех или иных пластических операций. Появилась возможность не только достичь прироста тканей, но и частично восстановить функцию той или иной части тела.

В последние годы в современной науке радикально изменилось отношение к оказанию косметологической помощи населению. Изучение основных законов развития косметологических недостатков человека, патологических изменений, протекающих в тканях, представляют несомненный интерес для науки. Пластические хирурги не без оснований полагают, что косметологические недостатки различной природы, проявляющиеся во внешности человека без симптомов какого-либо заболевания (врожденного или приобретенного характера и не сопровождающиеся признаками воспаления), требующие или не требующие мероприятий или комплекса мероприятий, направленных на их диагностику, устранение или коррекцию, а также их профилактику являются актуальными в современном обществе.

Большой вклад в развитие отечественной и мировой пластической хирургии внес «Институт пластической хирургии и косметологии» МЗ РФ, являющийся старейшим государственным медицинским учреждением страны, имеющий большой опыт научный и клинический работы в оказании специализированной помощи населению.

В настоящее время пластическую хирургию следует рассматривать в качестве объединяющей различные хирургические дисциплины.

Сложность же определения названия «пластическая хирургия» состоит в том, что если под пластикой понимать не только перемещение, но и восстановление ткани на месте дефекта, то очень многие манипуляции в общей хирургии, гинекологии, урологии подходят под это название. Например, к пластической хирургии относится реконструкция пищевода из тонкой кишки, операции на диафраг-

ме, мочеточниках и др. Но странным образом, восстановление проходимости глотки описывается в работах, в том числе руководствах по пластической хирургии, а пищевода нет, операция излагается в разделе торакальной хирургии. То же самое происходит с восстановлением полового члена — это пластическая хирургия, а восстановление мочеточников — урология. В частности, офтальмологи больше уделяют внимания лечению заболевания глазного яблока и его придаточного аппарата, но не устраняют эстетические дефекты век, деформации век, связанные с атрофией тканей.

Нейрохирурги проводят сложнейшие операции, начиная с оболочек мозга, но не занимаются замещением дефектов мягких тканей надпоясничными тканями черепа. Отоларингологи устраняют деформации носовой перегородки, носовых раковин, но не занимаются костно-пластическими операциями по устранению искривления носа, дефектами его мягких тканей.

Хирурги различного профиля хорошо владеют лечением многих заболеваний различных органов и систем, добиваясь хороших результатов, но все равно остаются не охваченные области, которые формально не относятся к какой-либо специальности. С другой стороны, хирургия открытых частей тела разобщена по анатомическому признаку, формируя специалистов по офтальмологии, челюстно-лицевой области, отоларингологии, травматологии и др.

В настоящее время существующая преемственность различных специальностей позволяет решить проблемы, связанные с лечением заболеваний, но не всегда делает возможным провести улучшение внешнего облика человека, что, в свою очередь, влияет на его социальную адаптацию в обществе и отражается на качестве жизни.

История развития пластической хирургии уходит в глубину веков, но большое влияние на развитие этого раздела хирургии как в нашей стране, так и во всех странах мира оказа-

ла вторая мировая война, по окончании которой во всех развитых странах сформировались центры пластической хирургии, создавались научные общества, стали издаваться специальные журналы и многочисленные руководства.

Развитие же микрохирургии и учения об осевом кровообращении в тканях способствовало созданию более цельного подхода к восстановительным операциям. Фактически не существует разницы в аутотрансплантации блока тканей, например, из паховой области на боковые отделы лица или на верхнюю конечность. Техника забора пластического материала и фиксации его на реципиентном участке практически идентична, за исключением небольших деталей. Для воссоздания более сложных анатомических структур — носа, верхней челюсти, неба — требуется не только стереоскопическое мышление, но и умение учитывать многочисленные, не всегда сразу явные, функциональные нарушения, связанные с утратой какой-либо части лица или тела.

Несмотря на кажущуюся похожесть восстановительных операций на лице и конечностях, в действительности между ними существует серьезное различие. Малейшее несоответствие в формировании желобка красной каймы верхней губы пациентов с расщелиной, незначительная дистопия крыла носа сразу заметны окружающим и способны вызвать тяжелые страдания у пациента, независимо от его пола. Грубые, широкие рубцы на теле большинством мужчин и некоторыми женщинами воспринимаются достаточно спокойно, а нарушение функции одной из 14 парных мимических мышц серьезнее травмирует психику человека, чем утрата нескольких пальцев или ограничение движения в каком-либо суставе конечностей. Следовательно, хирург, занимающийся общими вопросами пластической хирургии, должен уделять особое внимание анатомо-функциональным и эстетическим особенностям лица и тела, т. е. следует признать необходимость специального послевузовского обучения

по данному разделу, охватывающему все грани специальности. С другой стороны, обучение любой медицинской специальности по хирургии должно проходить с элементами пластической хирургии, имеющей свою специфичность и требующей определенной базы знаний и практических навыков. Необходимость утверждения субспециальности «пластическая хирургия» обусловлена временем. Спрос на услуги пластических хирургов огромен, поэтому границы данного раздела хирургии раздвигаются чрезвычайно широко как в различных странах, так и в различных клиниках нашей страны. Нередко объем выполняемых операций в большей степени зависит от широты научно-практических интересов клиники, отделения или отдельно взятого врача. Такое положение не может гарантировать комплексный подход к эффективной хирургической коррекции многих врожденных и приобретенных дефектов на лице и теле из-за отсутствия необходимой квалификации врача-пластического хирурга, стандартов и контроля за результатами лечения.

Одним из главных препятствий на пути включения косметологической хирургической помощи в систему современной практики пластической хирургии является отсутствие законодательно-правовой базы. Существующий единственный приказ Министерства здравоохранения СССР от 28 декабря 1982 г. № 1290, гарантирующий права и обязанности врача-хирурга, выполняющего косметологические операции, к настоящему времени морально устарел. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ориентируется на приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.07.2002 г. № 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности» — код 06.037 (работы и услуги по косметологии терапевтической, хирургической). Противоречие заключается в том, что, с одной стороны, услуги по хирургической косметологии широко оказываются во

всей стране, а квалифицированных и сертифицированных специалистов в этой отрасли в настоящее время нет, так как из-за отсутствия специальности все сертификаты, выданные врачам как специалистам-хирургам или челюстно-лицевым хирургам в области хирургии косметологической, не имеют правовой основы. Да и циклы профессиональной послевузовской подготовки специалистов, проводимые в настоящее время по реконструктивной, пластической, эстетической хирургии на соответствующих кафедрах (имеющих аналогичные названия) не подкреплены общей учебной программой.

Противоречивость нормативных документов создает неудобства и в оформлении всей последующей документации. Например, при лицензировании определенного вида деятельности возникают трудности: по какой специальности будет работать пластический хирург, выполняющий операции как на лице, так и на теле? К примеру, многие реконструктивные операции на лице при врожденных расщелинах челюстно-лицевой области успешно выполняются в учреждениях косметологического профиля, в частности, в «Институте пластической хирургии и косметологии» МЗ СР РФ по запатентованным технологиям, в косметологической лечебнице «Институт красоты» и других частных косметологических клиниках, что говорит о многогранности специальности «пластический хирург». В то же время как быть, если хирург способен на основании большого опыта проводить пластические операции без ущерба для больного на структурах носа, уха, лица, но при этом имеет базовое образование как общий хирург? Необходимы достаточно четкие критерии определения границ допуска хирурга к деятельности в сфере пластической хирургии.

Несовершенство организации порождает путаницу в терминологии и в мировоззрении врачей. Методологическая путаница в самом названии специальности закономерно приводит к необоснованному неологизму

терминов. Смесь англо-франко-латиноязычных выражений порой заводит в тупик даже самих профессионалов, не говоря уж о начинающих специалистах. Так, многочисленная трактовка специальности включает термины «пластический хирург», «хирург-пластик», «пластикохирург», «хирург-косметолог», «эстетический хирург» и ряд других. Все эти трудности могут быть устранены с введением единой специальности, которая могла бы определить единые цели и задачи данной отрасли медицины для нашей страны. В настоящее время многие подходы к различным методам интегрированы в нашу медицину, что с одной стороны, с практической точки зрения, имеет положительное значение, а с другой стороны — отрицательное, так как на отечественном рынке появляются как не лицензированные иностранные специалисты, так и не сертифицированное оборудование, лекарственные препараты, использование которых не всегда приводит к повышению качества медицинского обслуживания.

Вопросы пластической хирургии давно назрели и требуют незамедлительного решения и юридического признания, пересмотра номенклатуры Минсоцздравом РФ и внесение в неё хирургической специальности — пластическая хирургия. Естественно, это решение повлечет за собой немалые затраты на создание учебных программ, определение штатно-нормативной базы и подтверждение статуса головных учебных и научно-исследовательских учреждений и многое другое, этому присущее.

Руководствуясь уставом Международной ассоциации пластических и эстетических хирургов, следует считать, что эстетическая хирургия (считают, что к эстетическим операциям следует относить и работы и услуги по косметологии) не является самостоятельной специальностью, а представляет собой один из узких разделов пластической хирургии. Таким образом, в пластическую хирургию должны входить два больших раздела — реконструктивная и эстетическая хирургия. Грани меж-

ду этими разделами не существует, один раздел дополняет другой.

За этим следуют весьма непростые вопросы, которые требуют решения. Кто может называться пластическим хирургом? Какую первичную специализацию он должен пройти? Какие документы должен иметь хирург, для выполнения данного вида деятельности?...

Принятие законодательно субспециальности «пластический хирург» будет способствовать эффективному обучению специалистов на специализированных кафедрах, факультетах повышения квалификации, значительно упростится и упорядочится деятельность лицензионных комиссий.

В дополнение к вышесказанному предлагаем к рассмотрению программы, необходимые для обучения врачей — хирургов для присвоения специальности «пластический хирург».

Основные монографии, статьи по реконструктивной и пластической хирургии, которые используют в настоящее время хирурги, оказывающие услуги по хирургической косметологии.

1. Неробеев А.И. Восстановительные операции на мягких тканях головы и шеи. — Москва: Медицина, 1988, 270 стр.

2. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная эстетическая хирургия. СПб: Гиппократ, 1998, 743 с.

3. Безрукова В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М.: Медицина, 2000, т. 1-2

4. Козин И.А. — Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица. М.: «Мартис». 1996. 563 с.

5. Кручинский Г.В. — Пластика ушной раковины. — М-ва, 1975, 175 с.

6. Михельсон Н.М. — Восстановительные операции челюстно-лицевой области. М-ва: «Медицина», 1962, 236 стр.

7. Фришберг И.А. — Косметические операции на лице. М.: Медицина, 1984, 207 с.

8. Фришберг И.А. — Хирургическая коррекция косметических операций женской груди. М.: Наука, 1997. 256.

9. Вишневский А.А., и др. Пластическая хирургия молочной железы. М.: Медицина, 1987. 221 с.

10. Золтан Я. — Реконструкция женской молочной железы. Будапешт: Академия наук Венгрии. 1989. 237 с.

11. Переверзев В.А. — Медицинская эстетика, Волгоград: Нижне-Волжское изд-во, 1987. 238 с.

12. Чухриенко Д.А., Люлько А.В. Атлас операций на молочной железе. Киев. 1987

14. Лимберг А.А. Планирование местно-пластических операций. Ленинград. 1963

15. Пшениснов К.П., Гагарин В.В. — Ринопластика I: Хирургическая анатомия носа и анализ пропорций лица. // Избранные вопросы пластической хирургии. — Ярославль: «Диа-пресс». 2000. Т.1. № 4. 47 с.

16. Шимановский Ю.К. Операции на поверхности человеческого тела. Киев. 1865

17. Converse J.M. Reconstructive Plastic Surgery. Philadelphia: Lippincott Comp. 1977. VI-V.

18. Sheen J.H. Atsthetic Rhinoplasty. St.Louis: Mosby. 1978. 608 pp.

19. Gillies H.D., Millard D.R. The principle and art of plastic surgery. Boston: Little Brown, 1957

20. Bostwic G.III. Aesthetic and Reconstructive Breast Surgery. St.Louis: Mosby. 1983. 742 pp.

21. Georgiade N.G. // Aesthetic Dreast Surgery. 1983

22. Gooldwin R.M. — Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast. Boston: Mosby. 1976

23. Courtiss E.H. How to avoid and how to treated it // Aesthetic Surgery trouble. 1978

25. Chen W.P. Oculoplastic Surgery. The essentials. New York: Thieme, 2001. 499 pp.

26. Papel I.D. // Facial Plastic and Reconstructive Surgery. St.Louis: Mosby, 1992

27. Krause Ch.J. // Aesthetic Facial Surgery. Philadelphia: Lippincott Comp. 1991. 779 pp.

28. Beeson W.H. // Surgery of the aging Face St.Louis: Mosby Comp. 1986. 338 pp.

29. Rees Ih.D. // Aesthetic Plastic Surgery. 1980.

Список авторских свидетельств на изобретение по разделу «пластическая хирургия» ИПХ и К МЗ СР РФ:

1. №430845 «Способ хирургического понижения высокой спинки носа» от 14.02.74. Автор: Н.С.Руденко. Заявитель: МНИИК

2. №506400 «Способ пластики уплощенного хрящевого отдела носа» от 21.11.75г.

Автор: Н.С.Руденко. Заявитель: МНИИК.

3. №513689 «Способ исправления деформации носа» от 22.01.76г.

Автор: И.А.Козин. Заявитель: МНИИК.

4. №520978 «Способ исправления носовой перегородки» от 22.03.76г.

Автор: И.А.Козин. Заявитель: МНИИК.

5. №542513 «Способ восстановления филтума» от 21.09.76г.

Автор: И.А.Козин. Заявитель: МНИИК.

6. №556804 «Способ образования складки кожи верхнего века» от 14.01.77г. Автор: И.А.Фришберг. Заявитель: МНИИК.

7. №799735 «Способ хейлоринопластики при односторонней расщелине верхней губы» от 1.01.81г.

Авторы: В.А.Виссарионов, И.А.Козин. Заявитель: МНИИК.

8. №825033 «Способ коррекции деформации носа» от 4.01.81г.

Автор: И.А.Козин. Заявитель: МНИИК.

9. №831117 «Способ коррекции лука Купидона при его деформациях» от 21.01.81г.

Автор: В.А.Виссарионов. Заявитель: МНИИК.

10. №908341 «Способ хейлоринопластики при двусторонней неполной расщелине верхней губы» от 2.11.81 г.

Автор: И.А.Козин. Заявитель: МНИИК.

11. №921536 «Способ реконструкции кончика носа у взрослых» от 21.12.81г.

Авторы: В.А.Виссарионов, И.А.Козин. Заявитель: МНИИК.

12. №938964 «Способ углубления преддверия рта после двусторонней расщелины» от 23.02.82г.

Автор: И.А.Козин. Заявитель: МНИИК.

13. №944557 «Способ хейлоринопластики» от 23.03.82г.

Автор: И.А.Козин. Заявитель: МНИИК.

14. №950349 «Способ пластики нижнего отдела верхней губы после двусторонней врожденной расщелины» от 14.04.82г.

Автор: И.А.Козин. Заявитель: МНИИК.

15. №950350 «Способ реконструкции верхней губы после двусторонней врожденной расщелины» от 14.04.82 г.

Автор: И.А.Козин. Заявитель: МНИИК.

16. №950351 «Способ создания филтума при двусторонней врожденной расщелине верхней губы» от 14.04.82г.

Автор: И.А.Козин. Заявитель: МНИИК.

17. №950352 «Способ реконструкции носа при односторонней и двусторонней асимметричной врожденной расщелине верхней губы» от 14.04.82 г.

Авторы: И.А.Козин, В.А.Виссарионов. Заявитель: МНИИК.

18. №950353 «Способ создания перегородки носа при двусторонней симметричной врожденной расщелине верхней губы» от 14.04.82 г.

Автор: И.А.Козин. Заявитель: МНИИК.

19. №1050681 «Способ удаления избытков кожи лба (морщин)» от 30.10.83 г.

Автор: В.М.Эзрохин. Заявитель: МНИИК.

20. №1175447 «Способ формирования свода кончика носа при хейлоринопластике» от 1.05.85 г.

Автор: В.А.Виссарионов. Заявитель: МНИИК.

21. №1191061 «Способ пластики передней стенки живота» от 15.06.85 г.

Автор: В.А.Виссарионов. Заявитель: МНИИК.

22. №1204194 «Способ коррекции основания крыльев носа» от 15.09.85 г.

Автор: В.А.Виссарионов. Заявитель: МНИИК.

23. №1217359 «Способ хейлоринопластики при двусторонней расщелине верхней губы» от 15.11.85 г.

Автор: В.А.Виссарионов. Заявитель: МНИИК.

24. №1289470 «Способ пластики верхней губы» от 15.10.86 г.

Автор: В.А.Виссарионов. Заявитель: МНИИК.

25. №1337064 «Способ лечения обширных грыж живота» от 15.05.87 г. Авторы: В.А.Виссарионов, В.Г.Веселков. Заявитель: МНИИК.

26. №1533659 «Способ реконструкции верхней губы» от 3.09.89 г.

Автор: В.А.Виссарионов. Заявитель: МНИИК.

1999

1. №2124338 «Способ устранения колобомы нижнего века» от 10.01.99.

Авторы: Виссарионов В.А., Мальчикова Л.П.

2. №2128011 «Способ подготовки кожного лоскута для погружной аутодермопластики» от 27.03.99.

Авторы: Виссарионов В.А., Ткаченко А.Е., Игумнова Ю.Э.

3. №2135102 «Способ изменения размеров и контуров женской груди» от 27.08.99.

Авторы: Виссарионов В.А., Карпова Е.И., Григорьев Г.И., Ивакина И.Ю., Дарьевич Е.Н.

4. №2138230 «Способ эстетической коррекции верхних век».

Авторы: Виссарионов В.А., Калганова И.В., Карякина И.А.

2000

5. №2147420 «Способ устранения небо-глоточной недостаточности».

Авторы: Виссарионов В.А., Карпова Е.И., Лобачева Е.Л.

6. №2148644 «Способ контроля на цитотоксичность биогелей с использованием штамма перевиваемых лейкоцитов человека Л-41 КД/84» от 25.07.00.

Авторы: Глинских Н.П., Виссарионов В.А., Бахарев А.А., Карпова Е.И., Бурыгина Н.А., Малоющенко О.И.

2001

7. №2165232 «Способ оценки внутриглазного давления» от 20.04.01.

Авторы: Виссарионов В.А., Обрубов С.А., Сидоренко Е.И., Федорова В.Н., Рогожина И.В., Грищенко С.В.

8. №2165735 «Способ оценки эффективности верхней блефаропластики» от 27.04.01

Авторы: Виссарионов В.А., Обрубов С.А., Федорова В.Н., Грищенко С.В.

9. №2170432 «Способ оценки воздействия инъекционного ПААГ на организм человека»

Авторы: Виссарионов В.А., Позина Н.В., Карпова Е.И., Конюшенко Е.В., Миронов Е.В., Мальчикова Л.П., Мальчиков И.А.

10. № «Способ лечения недоразвития верхней челюсти.»

Автор: Косырева Т.Ф.

13. №2172490 «Способ прогнозирования воспалительных заболеваний молочной железы при эндопластике».

Авторы: Тенчурина Т.Г.

14. №2127203 «Способ лечения осложнений после инъекционной контурной пластики полиакриламидными гелями». Авторы: Тенчурина Т.Г.

15. Способ устранения колобомы нижнего века. Патент на изобретение № 2124338 от 10.01.99. Авторы: Виссарионов В.А., Мальчикова Л.П.

16. Способ подготовки кожного лоскута для погружной аутодермопластики. Патент на изобретение № 2128011 от 27.03.99. Авторы: Виссарионов В.А., Ткаченко А.Е., Игумнова Ю.Э.

16. Способ изменения размеров и контуров женской груди. Патент на изобретение № 2135102 от 27.08.99. Авторы: Виссарионов В.А., Карпова Е.И., Григорьев Г.И., Ивакина И.Ю., Дарьевич Е.Н.

17. Способ эстетической коррекции верхних век. Патент на изобретение № 2138230. Авторы: Виссарионов В.А., Калганова И.В., Карякина И.А.

18. Способ устранения небо-глоточной недостаточности. Патент №2147420. Авторы: Виссарионов В.А., Карпова Е.И., Лобачева Е.Л.

19. Способ контроля на цитотоксичность биогелей с использованием штамма перевиваемых лейкоцитов человека Л-41 КД/84. Патент № 2148644 от 25.07.00. Авторы: Глинских Н.П., Виссарионов В.А., Бахарев А.А., Карпова Е.И., Бурыгина Н.А., Малюшенко О.И.

20. Способ оценки эффективности верхней блефаропластики. Патент на изобретение № 2165735 от 27.04.01. Авторы: Виссарионов В.А., Обрубов С.А., Фёдорова В.Н., Грищенко С.В.;

21. Способ лечения недоразвития верхней челюсти. Патент № 2174416 от 10.10.01. Авторы: Косырева Т.Ф., Тюпенко Г.И.;

22. Способ устранения эпикантуса. Патент № 2179424 от 2002 года. Авторы: Катаев М.Г., Неробеев А.И., Филатова И.А., Кононец О.А.;

23. Способ прогнозирования воспалительных заболеваний молочной железы при эндопластике. Патент № 2172490 от 20.08.01. Авторы: Тенчурина Т.Г. в соавторстве;

24. Способ лечения осложнений после эндопротезирования гидрогелями. Патент № 2182466 от 20.05.02. Авторы: Тенчурина Т.Г. в соавторстве;

27. Способ лечения сухого кератоконъюнктивита после эстетической блефаропластики. Патент на изобретение № 2197201 от 27.01.03. Авторы: Обрубов С.А., Сидоренко Е.И., Грищенко С.В., Имамалиева Г.А., Виссарионов В.А., Обрубова Г.А.;

28. Способ устранения деформации крыла носа после односторонней хейлопластики. Патент на изобретение № 2219855 от 27.12.03. Авторы: В.А. Виссарионов, И.А. Карякина, Э.П. Мохова;

29. Способ устранения птоза брови. Патент на изобретение № 2223734 от 20.02.04. Авторы: С.В. Грищенко, В.А. Виссарионов, С.Н. Лобанова;

30. Способ диагностики птоза брови. Патент на изобретение № 223728 от 20.02.04. Авторы: С.В. Грищенко, В.А. Виссарионов, С.Н. Лобанова.

2.7. Положение о специалисте

1. Общая часть

1.1. Врач-пластический хирург — специалист с высшим медицинским образованием по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», прошедший послевузовскую подготовку (интернатуру, ординатуру) по специальности «Хирургия».

Для пластических хирургов, выполняющих работы и услуги по косметологии хирургической (код 06.037) и получивших сертификат по специальности «пластическая хирургия» необходимо дополнительное усовершенствование по челюстно-лицевой хирургии в государственных образовательных учреждениях, имеющих лицензию на право ведения образовательной деятельности.

1.2. Врач-пластический хирург может работать в хирургических отделениях научно-исследовательских институтов, медицинских учреждений и других хозяйствующих объектах, имеющих лицензию на право осуществления вида деятельности — «медицинская деятельность».

1.3. В своей работе врач-пластический хирург руководствуется настоящим Положением, нормативными документами Российской Федерации по охране здоровья населения.

1.4. Назначение и увольнение врача-пластического хирурга осуществляется приказом руководителя учреждения (предприятия) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2. Обязанности врача-пластического хирурга

2.1. Добросовестно и профессионально выполнять свои функциональные обязанности.

2.2. Участвовать:

— в организации диагностики и лечения пациентов с заболеваниями и недостатками лица и тела;

— в организации применения современных методов профилактики и реабилитации больных;

— в популяризации методов пластической хирургии среди населения и медицинской общественности;

— в проведении клинической экспертизы.

2.3. Осуществлять:

— планирование и анализ хирургической работы;

— обследование пациентов перед применением методов пластической хирургии.

2.4. Обязан знать:

— приемы хирургической диагностики и терапии, современные методы диагностики, лечения и реабилитации пациентов взрослого и детского возраста;

— принципы оказания лекарственной и неотложной медицинской помощи;

— основы законодательства об охране здоровья населения и нормативные документы, определяющие деятельность органов управления здравоохранением;

— основы функционирования бюджетно-страховой медицины.

2.5. Соблюдать:

— правила техники безопасности при работе с аппаратурой и приборами, требования санитарно-эпидемиологического режима;

— принципы врачебной этики и деонтологии в своей врачебной практике.

2.6. Контролировать соблюдение правил эксплуатации медицинского оборудования средним и младшим медицинским персоналом.

2.7. Оформлять медицинскую документацию установленного образца в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.8. Постоянно повышать уровень теоретической и практической профессиональной подготовки и повышать квалификацию на циклах усовершенствования в государственных образовательных медицинских учреждениях, имеющих лицензию на право образовательной деятельности.

2.9. Внедрять в свою работу современные технологии и последние достижения медицинской науки.

2.10. Консультировать врачей лечебно-профилактических учреждений по вопросам применения методов пластической хирургии.

2.11. Врач-пластический хирург подчиняется непосредственно заве-

дующему отделением (кабинетом) или руководителю лечебно-профилактического учреждения.

3. Права врача-пластического хирурга

3.1. Привлекать в необходимых случаях врачей других специальностей для обследования и лечения пациентов, нуждающихся в медицинской помощи по пластической хирургии.

3.2. Осуществлять руководство средним и младшим медицинским персоналом и контролировать выполнение ими служебных обязанностей.

3.3. Участвовать в работе совещаний, научно-практических конференций, семинарах, съездах различного уровня по вопросам пластической хирургии.

3.4. Участвовать в работе научных обществ, ассоциаций по профилю своей специальности, состоять членом различных профессиональных и общественных организаций.

3.5. Отстаивать свои права в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4. Ответственность пластического хирурга

4.1. Несет ответственность за нечеткое и несвоевременное выполнение своих профессиональных обязанностей, предусмотренных настоящим Положением и правилами внутреннего трудового распорядка.

4.2. Несет ответственность за несоответствие проводимых врачебных манипуляций установленным стандартам.

4.3. Несет ответственность за несоблюдение правил техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима.

4.4. Несет ответственность за невыполнение требований к ведению медицинской и другой документации, необходимой при выполнении своих профессиональных обязанностей.

2.8. Квалификационная характеристика специалиста

В соответствии с требованиями специальности врач-пластический хирург должен знать и уметь:

1. Общие знания:

- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации;

- организация лечебно-профилактической помощи в больницах и лечебно-поликлинических учреждениях, организация неотложной помощи;

- всемирная служба медицины катастроф;

- правовые вопросы деятельности врача;

- вопросы медицинской этики и деонтологии;

- деятельность учреждения и врача в условиях страховой медицины;

- экономика в здравоохранении;

- социально-психологические вопросы управленческого труда в здравоохранении;

- методы клинического обследования пациентов, основные лабораторные, рентгенологические и инструментальные виды диагностики всех возрастных групп;

- основы неврологического и ортопедического обследования пациентов хирургического профиля;

- общие принципы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния систем кровообращения, дыхания, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, мочеполовой системы, желез внутренней секреции, органов системы крови;

- принципы диагностики и оказания экстренной медицинской помощи при неотложных (угрожающих жизни) состояниях;

- основы компьютерной грамоты и компьютеризации в здравоохранении;

- основы статистических методов обработки результатов в здравоохранении.

2. Общие умения:

- методы клинического обследования пациентов с деформациями и дефектами тканей различной локализации всех возрастных групп;

- проведение пластических операций пациентам с деформациями и де-

фектами лица, тела, различных органов или систем всех возрастных групп;

- оценка результатов до и после проведенных хирургических операций пациентов с различными эстетическими недостатками различной локализации;

- проведение реанимационных мероприятий при осложненных состояниях;

- проведение реабилитационных мероприятий прооперированных пациентов всех возрастов;

- оформление медицинской документации;

- проведение санитарно-просветительской работы среди населения;

- пользование персональным компьютером;

- анализ результатов, проведенных операций с учетом статистических методов обработки информации.

3. Специальные знания и умения.

Врач-пластический хирург должен знать:

- предмет, задачи и разделы пластической хирургии как самостоятельной медицинской дисциплины;

- содержание основных научно-практических направлений пластической хирургии;

- действующие инструктивно-методические документы по организации деятельности службы пластической хирургии;

- задачи и структуру региональных клинических центров (институтов) пластической хирургии;

- методику проверки организации службы пластической хирургии в структурах органов управления здравоохранением;

- принципы планирования деятельности учреждений службы пластической хирургии и их отчетности;

- организацию санитарно-профилактической работы среди населения;

- основы анатомии человека, топографической анатомии;

- основы строения мышц;

- основы кровообращения (микrocircуляции);

- основы нейрофизиологии;

- нормальную и патологическую физиологию кожи;
- опорно-двигательный аппарат и смежные системы;
- морфологическое строение кожи, придатков кожи и кожи волосяной части головы; мышечной и нервной системы;
- анатомию челюстно-лицевой области, а также других отделов, подвергающихся оперативному вмешательству по поводу коррекции недостатков врожденного и приобретенного характера, и основные законы развития патологических изменений в них;
- физиологию кожи, основные формы состояния подкожно-жировой клетчатки, мышц, жировой ткани, кости, сухожилий, нервов и основные законы развития патологических изменений в них;
- классификации лоскутов, методы их использования и функциональное предназначение;
- детскую и юношескую патологию косметологических недостатков;
- возрастные изменения мягких тканей лица и тела;
- трофические нарушения кожи нервов, мышц, сосудов, сухожилий;
- эмоциональные нарушения пациентов с косметологическими недостатками;
- диагностику острых и неотложных состояний: острого живота, кардиальной сферы, легочных, почечных и неврологических нарушений, основные принципы врачебной тактики в этих случаях;
- общие принципы хирургических техник при недостатках лица, тела;
- основные хирургические пособия, используемые в пластической хирургии лица, тела и т.д.;
- основные принципы реабилитационного лечения пациентов в послеоперационном периоде;
- основные принципы назначения физиотерапевтических процедур, массажа в послеоперационном периоде;
- особенности показаний и противопоказаний к проведению конкретных хирургических пластических операций.

Пластический хирург должен уметь провести:

- дифференциальный диагноз со смежной патологией, в том числе со специфическими воспалительными, обменными и интоксикационными и объемными процессами; а также эндокринопатиями, знать современные методы диагностики этих состояний у взрослых и детей;
- построение лечебного алгоритма в пластической хирургии;
- диагностику и лечение сложных в диагностическом плане пациентов.

4. Врач-пластический хирург должен владеть техникой проведения простых медицинских процедур:

- Сбором анамнеза и жалоб в пластической хирургии;
- Пересадкой тканей с сохранением сосудистых связей: местной пластикой встречными треугольными лоскутами, ротационными лоскутами, лоскутом на сосудистой ножке, лоскутом на одной ножке;
- Пластикой стебельчатым лоскутом;
- Свободной пересадкой кожи;
- Устранением дефектов различных областей лица и тела;
- Первичной пластикой при травмах мягких тканей лица и шеи;
- Лечением больных с параличами мимических мышц.

Пластический хирург, выполняющий работы в учреждениях косметологического профиля, должен владеть техникой проведения следующих простых медицинских услуг — ПМУ:

- Эстетическими операциями при возрастной атрофии кожи лица и шеи на поверхностных и глубоких структурах
- Восстановительными и эстетическими операциями в различных областях лица и тела
- Коррекцией передней брюшной стенки (абдоминопластика)
- Липосакцией локального отложения подкожного жира в области лица, тела, конечностей
- Маммопластикой: протезирование груди, устранениептоза груди
- Реконструктивной маммопластикой при гипертрофии груди

— Пластическими операциями в области подбородка или щеки

- Костной пересадкой
- Местнопластическими операциями при рубцовых деформациях и дефектах
- Пластикой носа
- Репозицией костей носа
- Реконструкцией носа
- Кожной пластикой для закрытия раны
- Устранением лопухости
- Устранением дефектов ушной раковины
- Формированием ушной раковины при аотии/микротии
- Армированием кожи золотыми нитями: кожи лица и подбородка, кожи лица, кожи шеи, кожи височной области, кожи лба, кожи подбородка, подключичной области с грудиной
- Врач пластический хирург должен владеть местной инфильтрационной анестезией

— пластический хирург обязан владеть правилами оформления необходимой медицинской документации (историй болезни, амбулаторных карт и др.).

2.9. Учебные планы и профессиональные программы подготовки в интернатуре, ординатуре

Образовательные программы по пластической хирургии для врачей-хирургов, выполняющих работы по косметологии хирургической, согласованы на Ученом Совете «Института пластической хирургии и косметологии» МЗ СР РФ (протокол № 8 от 29.10.2004).

Образовательные программы составлены по программам организаций:

Учебного центра Института пластической хирургии и косметологии МЗ СР РФ, г. Москва

Государственной медицинской академии, Факультета повышения квалификации и последипломной переподготовки специалистов здравоохранения, г. Ярославль

Центрального научно-исследовательского Института стоматологии кафедра реконструктивной и эстетической хирургии РМАПО, г. Москва.

2.10. Образовательные программы профессиональной переподготовки по специальности «пластическая хирургия», код – 040126.XX

Цикл общего усовершенствования (ОУ) по пластической хирургии профессиональной подготовки для хирургов по специальности 040126.XX (продолжительность цикла – 1 год (1488 ч.))

№ п/п	Наименование темы	Лекции	Практич. занятия	Семинары	Всего
1	2	3	4	5	6
1	Понятие, цель и задачи пластической хирургии История пластической хирургии	3		3	6
		2		4	6
2	Основные принципы, технологии в пластической хирургии Методы пластической хирургии Материалы для современной пластической хирургии	2	2	2	6
		2	2	2	6
		1	3	2	6
3	Проблемы пересадки тканей, лоскуты и трансплантаты. Имплантируемые материалы	3	2	3	6
		1		3	6
4	Методики растяжения кожи. Применение тканевых экспандеров Культуры клеток покровных тканей, кератиноциты и фибробласты	2	8	2	12
		2	6	4	12
		2	8	2	12
5	Заживление ран. Особенности формирования и классификация рубцовой ткани. Гипертрофические и келоидные рубцы. Первичная хирургическая обработка ран Повторная обработка ран Коррекция рубцов в различных областях тела. Татуаж.	2	8	2	12
		4	16	4	24
		4	4	4	12
		1	4	1	6
		2	6	4	12
6	Микрохирургия. Понятие, принципы. Экспериментальная микрохирургия Клиническая микрохирургия и свободная пересадка тканей	4	6	2	12
		8	16		24
7	История развития и перспективы микрохирургии. Микрохирургическая техника. Микрохирургическая техника сосудистых анастомозов. Шов периферических нервов. Классификация лоскутов по типу кровоснабжения и тканевым компонентам. Перфорантные лоскуты и лоскуты с атипичным кровотоком	4	6	2	12
		4	16	4	24
		4	16	4	24
		2	6	4	12
		2	3	1	6
		2	6	4	12
8	Донорские зоны. Требования к донорским зонам. Техника забора лоскутов.	2	8	2	12
		2	8	2	12
9	Осложнения при микрохирургической пересадке тканевых трансплантатов. Осложнения со стороны донорских областей.	4	6	2	12
		4	6	2	12
10	Костная пластика. Классификация. Показания. Мышечно-периостальные и свободные костные лоскуты	4	6	2	12
		2	6	4	12
11	Методы забора и фиксации костных ауто трансплантатов.	2	8	2	12
12	Микрохирургическая пересадка костных трансплантатов.	2	8	2	12
13	Мышечные лоскуты	6	6	6	18
14	Сложные лоскуты фасций и сухожилий	1	3	2	6
15	Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи	6	6	6	12

16	Оперативные доступы к сосудам и органам шеи и головы	4	4	4	12
17	Пороки развития головы и шеи	9		9	18
18	Повреждения мягких тканей головы, травма лицевого скелета	9		9	18
19	Краниофасциальная хирургия	2	2	2	6
20	Врожденные расщелины губы. Первичная коррекция	8	12	4	24
21	Вторичные деформации верхней губы	2	8	2	12
	Реконструкция век и бровей.	2	6	2	12
	Коррекция птоза верхних век	4	6	2	12
22	Реконструкция ушной раковины.	2	6	4	12
	Реконструкция носа	8	8	8	24
23	Реконструктивные операции при опухолях головы и шеи	2	6	4	12
24	Клиническая анатомия верхней конечности Хирургическая анатомия кисти	2 8	6 2	4 2	12 12
25	Повреждения верхней конечности и кисти. Классификация.	4	4	4	12
	Особенности оказания первой помощи при травме кисти	2	8	2	12
26	Особенности лечения обширных дефектов кисти.	4	6	2	12
	Свободная и несвободная кожная пластика на кисти	4	6	2	12
27	Восстановительная хирургия сухожилий разгибателей кисти	2	8	2	12
	Восстановление сухожилий сгибателей кисти	4	6	2	12
28	Восстановительная хирургия сосудов пальцев и кисти.	2	8	2	12
	Хирургия нервов кисти	4	6	2	12
	Ревматоидный артрит кисти	2	8	2	12
29	Инфекции и пр. заболевания кисти	2	8	2	12
	Опухоли кисти	2	8	2	12
	Контрактуры и тугоподвижность кисти	4	4	4	12
	Реплантации кисти и пальцев	4	6	2	12
30	Вопросы реабилитации больных с повреждениями и последствиями повреждении верхней конечности и кисти	4	6	2	12
31	Клиническая анатомия нижней конечности. Бедро и колено.	2	6	4	12
	Анатомия голени и стопы	6	4	2	12
	Травматические повреждения нижних конечностей.	2	8	2	12
	Особенности лечения травм нижней конечности	2	8	2	12
32	Реконструктивные операции при тяжелых травмах голени и стопы	2	8	2	12
33	Реконструкция нижней конечности при опухолях и сосудистых заболеваниях	8	6	2	12
34	Пигментные невусы и доброкачественные опухоли кожи.	4	2	6	12
35	Злокачественные опухоли кожи. Лимфаденэктомия	2	6	4	12
36	Меланома кожи. Биопсия сторожевого узла	4	4	4	12
37	Термические ожоги. Классификация и принципы лечения	4	6	2	12
38	Химические, лучевые и электроожоги	4	6	2	12
39	Отморожения, принципы лечения и реконструктивной хирургии	2	6	4	12
40	Пороки развития наружных гениталий. Гипо- и эписпадия	2	4	6	12
41	Операции при пороках развития уrogenитальной области	4	4	4	12
42	Ядерный транссексуализм. Методы хирургической коррекции	4	6	2	12
43	Особенности практики эстетической хирургии	6	2	4	12

44	Организация службы пластической хирургии в косметологических учреждениях, психологические и юридические особенности работы с пациентами	2	8	2	12
45	Современные методики пластической хирургии в коррекции косметологических недостатков. Эндоскопическая техника, лазерные и ультразвуковые технологии	4	6	2	12
46	Косметологические недостатки при различных заболеваниях	2	8	2	12
47	Хирургическая анатомия молочной железы	4	6	2	12
48	Пороки развития, физиологические изменения и заболевания молочной железы	4	6	2	12
49	Увеличивающая маммопластика. Выбор имплантата.	4	6	2	12
50	Техника увеличивающей маммопластики. Ревизионные операции	4	4	4	12
51	Редукционная маммопластика.	4	6	2	12
	Коррекция птоза молочных желез	2	6	4	12
	Сочетания увеличивающей маммопластики с коррекцией птоза	4	6	2	12
52	Реконструкция молочных желез при врожденной патологии. Синдром Поланда.	4	6	2	12
	Реконструкция молочной железы после мастэктомии с помощью тканевых экспандеров и эндопротезов	4	4	4	12
	Реконструкция молочной железы лоскутами с осевым кровоснабжением	4	6	2	12
53	Обследование женской груди. Предопухолевые заболевания молочных желез	4	6	2	12
54	Гинекомастия и ее хирургическая коррекция	4	6	2	12
55	Лоскуты в реконструкции молочной железы	4	6	2	12
56	Имплантаты молочной железы	4	4	4	12
57	Эстетическая хирургия век	2	8	2	12
58	Эстетическая хирургия стареющего лица. Лоб и средняя зона	2	8	2	12
	Эстетическая коррекция нижней зоны лица и шеи	2	6	4	12
	Пилинги и шлифовки кожи, механические, химические и лазерные методики	4	6	2	12
59	Эстетическая ринопластика. Диагностика и принципы планирования	2	8	2	12
	Методы первичной ринопластики. Закрытый метод	4	4	4	12
60	Осложнения ринопластики. Вторичная ринопластика	2	8	2	12
61	Деформации ушных раковин	2	8	2	12
	Эстетическая хирургия ушной раковины	4	6	2	12
62	Особенности анестезии при проведении эстетических операций на лице	2	8	2	12
63	Пред- и послеоперационное ведение пациентов после эстетических операции на лице.	4	6	2	12
64	Принципы и методы липоскульптуры. Липосакция	2	8	2	12
	Ультразвуковая липосакция	4	2	6	12
65	Анатомия и виды деформации передней брюшной стенки	2	4	2	12
	Методы абдоминопластики	4	6	2	12
66	Реконструкция передней брюшной стенки	4	6	2	12

67	Пролежни	2	2	2	6
68	Остеомиелит, методы санации и реконструкции	2	6	4	12
69	Компрессионно-дистракционный остеосинтез, методы удлинения костей	4	4	4	12
70	Сочетание КДА и микрохирургических методов реконструкции	4	6	2	12
71	Психологические аспекты пластической хирургии	2	8	2	12
72	Особенности пластических операций у детей	4	12	8	24
73	Особенности эстетических операций у детей	4	12	8	24
74	Особенности пластических операций у пожилых	3	6	9	18
75	Роль профессиональных обществ в развитии пластической хирургии	3	–	3	6
76	Лицензирование работ и услуг по пластической хирургии	3		3	6
77	Экзамен			6	6
78	Всего (часы)	397	719	372	1488

**Программа профессиональной переподготовки врачей-хирургов
(цикл первичной специализации по пластической хирургии – 040126.XX)
(продолжительность цикла – 500 ч.)**

№	Наименование раздела	Лекции	Практ. занятия	Семинары	Итого:
1	2	3	4	5	6
1	Основные организационные принципы деятельности службы пластической хирургии: Исторический обзор развития пластической хирургии	2			2
2	Понятие, цель, задачи пластической, реконструктивной и эстетической хирургии	1			1
3	Роль и место пластической хирургии в структуре оказания специализированной косметологической помощи населению. Косметика и косметология				
4	Основные принципы организации работы отделения пластической хирургии: учет, отчетность, контроль, ведение медицинской и финансовой документации в хирургическом отделении стационара (работа стационара и поликлиники). Психологические, юридические особенности работы с пациентами.	1			1
5	Современные методики пластической хирургии. Лазерные, ультразвуковые технологии	1		2	3
6	Общая часть:	2		2	4
	Классификация врожденных и приобретенных косметических дефектов, подлежащих корригирующим оперативным вмешательствам				
9	Понятие эстетической социально-эмоциональной неудовлетворенности личности вследствие наличия косметического дефекта	1			1

10	Показания к корригирующим пластическим операциям. Гармония лица и тела	1			1
11	Прогнозирование последствий хирургической коррекции эстетических дефектов	1			1
12	Принципы отбора пациентов к хирургическим операциям по психосоматическому статусу	1			1
13	Клинико-лабораторные и другие методы обследования пациентов	1		1	2
14	Общие принципы подготовки пациента к операциям	1		2	3
15	Абсолютные и относительные противопоказания к хирургическим операциям	1			1
16	Общие принципы техники операций эстетического характера: хирургический инструментарий	2	4		6
17	Специфика проведения разрезов	2	8	2	12
18	Общие принципы закрытия ран в эстетической хирургии	2			2
19	Виды и выбор шовного материала	2			2
20	Техника наложения, виды косметических швов. Время снятия швов	2	6		8
22	Биологическая функция косметического шва, влияние шовного материала на процессы заживления операционной раны	2			2
23	Особенности кровоснабжения кожи различных отделов лица и тела и их роль в профилактике трофических расстройств	3			3
24	Алло- и ауто трансплантаты, применяемые в эстетической хирургии	2			2
25	Особенности местного и общего обезболивания	2			2
26	Осложнения после эстетических операций общего и местного характера. Профилактика осложнений		4		4
27	Ринопластика:	2	6		8
	Анатомические и топографические особенности строения носа и близлежащих тканей				
28	Возрастные особенности эстетической ринопластики	2		2	4
29	Классификация врожденных и приобретенных дефектов носа	1			1
30	Понятие гармоничной характеристики носа	1			1
31	Показания и противопоказания к косметическим корригирующим операциям при деформациях носа	1	4	2	7
32	Предоперационная подготовка пациента к эстетической ринопластике	1	4		5
33	Подготовка операционного поля и способы обезболивания при ринопластике	1	4		5
34	Общие принципы проведения разрезов при корригирующих операциях в области носа	1	4	2	7
35	Особенности ведения послеоперационного периода	2	4		6
36	Возможные осложнения и отдаленные результаты (катанамнез) при корригирующих операциях в области носа. Функциональные нарушения после ринопластики и их устранение	1	4		5
37	Методы коррекции деформаций концевого отдела носа	0,5	4	2	6,5

38	Методы коррекции длинного носа	0,5	4	2	6,5
39	Методы операций по устранению горба носа	1	4	2	7
40	Методы операций по устранению искривления носа	1	2		3
41	Методы коррекции западения спинки носа	1	2		3
42	Методы операций по поводу ринофимы	1			1
43	Эстетическая отопластика:	2	2		4
	Анатомические и топографические особенности строения ушных раковин и близлежащих тканей				
44	Возрастные критерии при планировании отопластики	1			1
45	Классификация врожденных и приобретенных дефектов ушных раковин	2			2
46	Гармонические характеристики ушных раковин в косметологии	2			2
47	Показания и противопоказания к корригирующим операциям на ушных раковинах	2	2	2	6
48	Общие принципы предоперационной подготовки пациента к отопластике	1	2	2	5
49	Подготовка операционного поля и способы обезболивания при отопластике	1	2		3
50	Общие принципы проведения разрезов при корригирующих операциях на ушных раковинах	1			1
51	Особенности послеоперационного ведения пациентов после отопластики	1	4		5
52	Возможные осложнения и отдаленные результаты отопластики	1	2	2	5
53	Подготовка и особенности хирургической коррекции редких деформаций ушных раковин	1	4		3
54	Эстетическая блефаропластика:	2			2
	Особенности анатомического строения тканей верхних и нижних век				
	Показания и противопоказания к операциям в области верхних век	2			2
	Техника проведения операций в области верхних век	2	6		8
	Техника проведения операций в области нижних век	2	6		8
	Возможные осложнения после проведения блефаропластики, их предупреждение и лечение	1	4		5
	Особенности ведения пациентов после блефаропластики	2	4		6
	Показания к операциям коррекции опущенных бровей, техника вмешательств	2	2		4
	Показания и техника операций при частичных и полных дефектах брови	2	2		4
	Хирургическая коррекция рубцов: анатомо-клиническая характеристика рубцов кожи	2	2		4
	Функциональные нарушения рубцового характера и сроки их оперативной коррекции	2	2		4
	Виды хирургической коррекции рубцов кожи (лечение, местная пластика, пластика лоскутами на питающих ножках)	2	4	2	8

Новые подходы в коррекции рубцовых деформаций и дефектов	2	4	2	8
Хирургия доброкачественных новообразований:	2	2		4
Классификация доброкачественных новообразований кожи, их клиническая характеристика	1			1
Техника удаления новообразований кожи, ведение после операционного периода и вопросы онкологической настороженности при лечении больных с новообразованиями кожи	2	2	2	6
Устранение избытков кожи лба: Возрастные изменения в области мягких тканей лба	1	2		3
Планирование операционных разрезов при операциях в области лба	1	2		3
Техника операций натяжения кожи лба изолированно и с манипуляциями на глубоких тканях	1	2		3
Особенности послеоперационного периода после операций в области лба	1	4		5
Хирургическая коррекция возрастных проявлений в области висков, щек и шеи: Общие вопросы патогенеза изменений мягких тканей лица	2	8	2	12
Клинические проявления старения мягких и твердых тканей лица	2	2		4
Отбор пациентов для операций натяжения кожи щек и шеи	2	4		6
Особенности предоперационной подготовки и проведения обезболивания при натяжении кожи щек и шеи	2	4		6
Особенности кожных разрезов у мужчин и женщин при натяжении кожи лица и шеи	2	4		6
Техника выделения и натяжения кожи при старении тканей лиц и шеи	2	4		6
Анатомия поверхностной мышечно-апоневротической системы лица (SMAS) и техника его выделения	2	8		10
Локализация подкожной жировой клетчатки лица и способы её удаления	1			1
Особенности ведения пациентов после операций натяжения мягких тканей лица и шеи		4		4
Коррекция птоза молочных желез: Эстетика груди, гармонические особенности молочных желез	2	6		8
Классификация опущений молочных желез	2			2
Отбор пациентов к маммопластике и прогнозирование результатов лечения		4	2	6
Вопросы медикаментозной подготовки и проведение различного вида наркозов при маммопластике	1	2	2	5
Оперативные доступы при операциях устранения птоза молочных желез	2		2	4
Техника операций устранения птоза молочных желез		4		4
Техника операций устранения птоза молочных желез с манипуляциями на железистой ткани		4		4
Особенности проведения послеоперационного периода у пациенток с птозом молочных желез		4		4

Показания к коррекции вторичных изменений после устраненияптоза молочных желез	2		2	4
Коррекция гипертрофии молочных желез: Эстетическая и клиническая характеристика гипертрофированных молочных желез	2	4		6
Классификация гипертрофии молочных желез	2			2
Отбор пациентов к операциям и прогнозирование результатов лечения	2	2		4
Классификация оперативных доступов при редукционной маммопластике	1			1
Виды перемещения соска на различных питающих ножках	1	4		5
Техника различных видов резекций железистой ткани	1			1
Особенности ведения пациентов в послеоперационном периоде и сроки эстетической реабилитации после частичных резекций молочных желез		4	2	6
Эндопротезирование молочных желез: Клиническая характеристика недоразвития молочных желез	4	8		12
Обзор хирургических способов увеличения молочных желез алло- и аутоматериалами	2		2	4
Особенности применения силиконовых эндопротезов и виды тканевых изменений при их использовании	2	2		4
Оперативные доступы при эндопротезировании груди и их характеристики	1	2		3
Техника использования силиконовых эндопротезов	1	2		3
Особенности проведения послеоперационного периода после эндопротезирования груди		4	2	6
Осложнения после использования эндопротезов груди и способы их лечения		2	2	4
Использование гидрогелей для контурной пластики груди (исторический аспект проблемы)	3	2		5
Комплексный подход к оценке дефектов мягких тканей груди после мастэктомии и способы их устранения	1	2	2	5
Вакуум-отсасывающие операции в области лица и тела: Удаление избыточного подкожного жира — история методов и существующие базовые теории	1	4		4
Специальная аппаратура и её возможности	1			1
Показания для вакуум-отсасывания подкожного жира и правила отбора пациентов для операций	1	4		5
Техника проведения вакуум-отсасывания подкожного жира		4		4
Особенности проведения вакуум-отсасывающих операций на лице и теле	1	2		3
Особенности ведения пациентов в послеоперационном периоде и лечение специфических локальных проявлений после вакуум-отсасывания жира		2		2
Хирургическая коррекция деформаций живота: Клиническая характеристика деформаций передней стенки живота		2		2
Обзор хирургических доступов для проведения абдоминопластики	2	2		4

Отбор пациентов для эстетической абдоминопластики и планирование хирургических вмешательств	1	2		3
Техника операций натяжения передней стенки живота с укреплением мышц.	2	2		4
Способы пластики пупка при выполнении эстетической абдоминопластики	1			1
Особенности проведения послеоперационного наблюдения и лечение возможных осложнений после абдоминопластики	2	4	2	8
Использование элементов эстетической абдоминопластики в реконструкции передней брюшной стенки при грыжевых дефектах	2	6		8
Заключительное занятие. Экзамен			2	2
ИТОГО часов:	159	278	63	500

Программа усовершенствования врачей-хирургов по специальности

«Пластическая хирургия» – 040126.XX

(продолжительность цикла – 144 ч., 1 раз в 5 лет)

№	Наименование раздела	Лекции	Практизант	Семинары	Итого
1	2	3	4	5	6
1	Исторический обзор развития пластической хирургии Понятие, цель, задачи пластической, реконструктивной и эстетической хирургии Роль и место пластической хирургии в структуре оказания специализированной косметологической помощи населению	1			1
2	Общая часть: Классификация врожденных и приобретенных косметологических дефектов, подлежащих корригирующим оперативным вмешательствам	1			1
3	Понятие эстетической социально-эмоциональной неудовлетворенности личности вследствие наличия косметологического дефекта Абсолютные и относительные противопоказания к хирургическим операциям	1			1
4	Прогнозирование последствий хирургической коррекции эстетических дефектов. Принципы отбора пациентов к хирургическим операциям по психосоматическому статусу Общие принципы подготовки пациента к операциям	1		1	2
5	Общие принципы техники операций эстетического характера. Специфика проведения разрезов. Общие принципы закрытия ран в эстетической хирургии.	1	4	1	6
6	Виды и выбор шовного материала Техника положения, виды косметических швов. Время снятия швов. Биологическая функция косметического шва, влияние шовного материала на процессы заживления операционной раны Понятие шовного осложнения, способы профилактики и лечения	1	4		5

7	Алло- и аутотрансплантаты, применяемые в пластической хирургии	0,5			0,5
8	Особенности местного и общего обезболивания	0,5			0,5
9	Осложнения после пластических операций общего и местного характера. Профилактика осложнений		2		2
10	Современные методики пластической хирургии. Лазерные, ультразвуковые технологии и другие	0,5			0,5
11	Ринопластика: Анатомические и топографические особенности строения носа и близлежащих тканей. Возрастные особенности эстетической ринопластики Классификация врожденных и приобретенных дефектов носа Показания и противопоказания к эстетическим корригирующим операциям при деформациях носа Предоперационная подготовка пациента к эстетической ринопластике, способы обезболивания	2	4	1	7
12	Общие принципы проведения разрезов при корригирующих операциях в области носа	0,5	1	1	2,5
13	Возможные осложнения и отдаленные результаты (катанамнез) при корригирующих операциях носа Функциональные нарушения после ринопластики и их устранение. Особенности ведения послеоперационного периода	0,5	2	1	3,5
14	Методы коррекции деформаций концевой отдела носа. Методы коррекции длинного носа Методы операций по устранению горба носа. Методы операций по устранению искривления носа. Методы коррекции западения спинки носа	0,5	4		4,5
15	Методы операций по поводу ринофимы	0,5	1	1	2,5
16	Эстетическая отоластика: Анатомические и топографические особенности строения ушных раковин и близлежащих тканей Возрастные критерии при планировании отоластики. Классификация врожденных и приобретенных дефектов ушных раковин Гармонические характеристики ушных раковин в косметологии. Показания и противопоказания к корригирующим операциям на ушных раковинах. Общие принципы предоперационной подготовки пациента к отопластике	1	4	1	6
17	Подготовка операционного поля и способы обезболивания при отопластике		1		1
18	Общие принципы проведения разрезов при корригирующих операциях на ушных раковинах	1			1
19	Особенности послеоперационного ведения пациентов после отоластики. Возможные осложнения и отдаленные результаты отоластики		2	1	3
20	Подготовка и особенности хирургической коррекции редких деформаций ушных раковин	1	1	1	3
21	Эстетическая блефаропластика: Особенности анатомического строения тканей верхних и нижних век. Показания и противопоказания. Техника проведения операций в области верхних и нижних век	0,5	4	1	5,5

22	Возможные осложнения после проведения блефаропластики, их предупреждение и лечение Особенности ведения пациентов в послеоперационном периоде		2		2
23	Показания к операциям коррекции опущенных бровей, техника вмешательств. Показания и техника операций при частичных и полных дефектах брови	1	1		2
24	Хирургическая коррекция рубцов: анатомо-клиническая характеристика рубцов кожи. Функциональные нарушения рубцового характера и сроки их оперативной коррекции Виды хирургической коррекции рубцов кожи (лечение, местная пластика, пластика лоскутами на питающих ножках) Новые методики при оперативных вмешательствах на коже по поводу рубцов	1	2	1	4
25	Хирургия доброкачественных новообразований: Классификация доброкачественных новообразований кожи, их клиническая характеристика Техника удаления новообразований кожи, ведение после операционного периода и вопросы онкологической настороженности при лечении больных с новообразованиями кожи	1	2	1	4
26	Устранение избытков кожи лба: Возрастные изменения в области мягких тканей лба. Планирование операционных разрезов при операциях в области лба. Техника операций натяжения кожи лба изолированно и с манипуляциями на глубоких тканях. Особенности послеоперационного периода после операций в области лба	1	2	1	4
27	Хирургическое лечение возрастных проявлений в области висков, щек и шеи: Общие вопросы патогенеза изменений мягких тканей лица	1	2		3
28	Клинические проявления старения мягких и твердых тканей лица Отбор пациентов для операций натяжения кожи щек и шеи Особенности предоперационной подготовки и проведения обезболивания при натяжении кожи щек и шеи Особенности кожных разрезов у мужчин и женщин при натяжении кожи лица и шеи Техника выделения и натяжения кожи при атрофии кожи лица и шеи	1	4	1	6
29	Анатомия поверхностной мышечно-апоневротической системы лица (SMAS) и техника ее выделения	0,5			0,5
30	Локализация подкожной жировой клетчатки и методы её удаления	0,5			0,5
31	Особенности ведения пациентов после операций натяжения мягких тканей лица и шеи		2		2
32	Коррекция птоза молочных желез: Эстетика груди, гармонические особенности молочных желез. Классификация опущений молочных желез. Отбор пациентов к операциям и прогнозирование результатов лечения	1	2	1	4

34	Вопросы медикаментозной подготовки и проведение различного вида наркозов при пластике молочной железы	0,5	1	1	2,5
35	Классификация оперативных доступов при операциях устранения птоза молочных желез. Техника операций устранения птоза молочных желез. Техника операций с манипуляциями на железистой ткани Особенности проведения послеоперационного периода у пациенток с птозом молочных желез. Показания к коррекции вторичных изменений	1	4	2	7
36	Коррекция гипертрофии молочных желез: Эстетическая и клиническая характеристика гипертрофированных молочных желез. Классификация гипертрофии молочных желез Отбор пациентов к операциям и прогнозирование результатов лечения	2	2		4
37	Обоснование оперативных доступов при редукционной маммопластике	1			1
38	Виды перемещения соска на различных питающих ножках	0,5	1		1,5
39	Техника различных видов резекций железистой ткани. Особенности ведения пациентов в послеоперационном периоде и сроки эстетической реабилитации после частичных резекций молочных желез	1	1	1	3
40	Эндопротезирование молочных желез: Клиническая характеристика недоразвития молочных желез	1	1		2
41	Обзор хирургических способов увеличения молочных желез алло- и аутоматериалами	1	2	1	4
42	Особенности применения силиконовых эндопротезов и виды тканевых изменений при их использовании. Оперативные доступы при эндопротезировании груди и их характеристики Техника использования силиконовых эндопротезов. Особенности проведения послеоперационного периода после эндопротезирования груди. Осложнения при использовании эндопротезов груди и подходы к их лечению	1	2	2	5
43	Использование гидрогелей для контурной пластики груди (историческая справка)	0,5	1		1,5
44	Комплексный подход к оценке дефектов мягких тканей груди после мастэктомии и способы их устранения	2	4	1	7
45	Вакуум-отсасывающие операции в области лица и тела: Удаление избыточного подкожного жира — история методов и существующие базовые теории. Специальная аппаратура и её возможности. Показания для вакуум-отсасывания подкожного жира и правила отбора пациентов для операций. Техника проведения вакуум-отсасывания подкожного жира Особенности проведения вакуум-отсасывающих операций на лице и теле и ведения пациентов в послеоперационном периоде и лечение специфических локальных проявлений после вакуум-отсасывания жира	2	4	1	7
46	Хирургическая коррекция деформаций живота. Клиническая характеристика деформаций передней стенки живота	1	2		3
47	Обзор хирургических доступов для проведения абдоминопластики	1	2	1	4

	Отбор пациентов для эстетической абдоминопластики и планирование хирургических вмешательств Техника операций натяжения передней стенки живота с укреплением мышц и без них Способы пластики пупка при выполнении эстетической абдоминопластики Особенности проведения послеоперационного наблюдения и лечение возможных осложнений после абдоминопластики				
48	Использование элементов эстетической абдоминопластики в реконструкции передней брюшной стенки при грыжевых дефектах	1	2		3
49	Новые подходы и технологии в пластической хирургии (с учетом современных достижений)	1		1	2
50	Заключительное занятие. Экзамен			2	2
	ИТОГО:	34	81	29	144

Программа тематического усовершенствования для врачей-хирургов по специальности «Пластическая хирургия» – 040126.XX по теме «Имплантаты в пластической хирургии лица и тела»
(код по номенклатуре работ и услуг – 06.037)
(продолжительность цикла – 83 часа)

№	Наименование раздела	Лек-ции	Практ. занят.	Семи-нары	Итого
1	2	3	4	5	6
1	Контурная пластика груди. Особенности анатомии груди. Иннервация, кровоснабжение, лимфосистема	4			4
2	Отбор пациентов для контурной пластики груди. Показания и противопоказания для проведения манипуляции. Понятия гипоплазии, инволюции, птоза молочной железы. Классификация птоза.	2		2	4
3	Увеличивающая маммопластика. Особенности обезболивания. Виды имплантатов.	2		3	5
4	Особенности ведения пациентов после контурной пластики груди. Правила поведения пациентов.	2		2	4
5	Возможные осложнения после контурной пластики груди. Причины их возникновения. Лечение осложнений.	2	2		4
6	УЗИ до и после контурной пластики груди.	2			2
7	Контурная пластика голеней и бедер Особенности анатомии голени и бедра. Иннервация, кровоснабжение, лимфосистема.	2	2		4
8	Отбор пациентов для контурной пластики голеней и бедер. Показания и противопоказания для проведения операций		4		4
9	Методика контурной пластики голеней и бедер гидратантными имплантатами. Особенности обезболивания.		3	2	5
10	Особенности ведения пациентов после контурной пластики голеней и бедер. Правила поведения пациентов.		2	2	4

11	Возможные осложнения после контурной пластики голеней и бедер. Причины их возникновения. Лечение осложнений.		4		4
12	Контурная пластика лица. Особенности анатомии лица. Иннервация, кровоснабжение, лимфосистема	2		2	4
13	Показания и противопоказания для проведения контурной пластики лица.		4		4
14	Методика контурной пластики щек, губ, носогубных складок, подбородка и морщин лба и мелких дефектов лица с использованием различных гелей	2	4		6
15	Особенности ведения пациентов после контурной пластики лица		2		2
16	Возможные осложнения после контурной пластики лица. Причины их возникновения. Лечение осложнений.		5		5
17	Заключительное занятие - экзамен			2	
Итого:		20	34	29	83

Программа тематического усовершенствования для врачей-хирургов по специальности «Пластическая хирургия» – 040126.XX по теме «Реконструктивная хирургия врожденных дефектов лица» (код по номенклатуре работ и услуг – 06.037) (продолжительность цикла – 72 часа)

№	Наименование раздела	Лек-ции	Практ. занят.	Семи-нары	Итого
1	2	3	4	5	6
1	Демографические показатели и причины возникновения врожденных пороков развития лица	2			2
2	Классификация дефектов челюстно-лицевой области	2			2
3	Клиника деформаций и дефектов верхней губы, носа, ушных раковин. Синдромные поражения	2	4		6
4	Основные принципы комплексной реабилитации больных с врожденной патологией лица и челюстей	1	2	1	4
5	Первичная реконструктивная хирургия врожденных дефектов верхней губы и концевой отдела носа	2	4	2	8
6	Особенность деформаций верхней губы и носа после первичной хейлопластики	2	2		4
7	Реконструктивная хирургия остаточных и вторичных деформаций верхней губы и носа	1	2	1	4
8	Устранение костных дефектов верхней челюсти	2	2	2	6
9	Косые и поперечные расщелины лица	2	2	2	6
10	Использование кожного лоскута в восстановительной хирургии челюстно-лицевой области	1	2	1	4
11	Принципы устранения деформаций костного остова носа	1	2	1	4
12	Устранение деформаций носовой перегородки	1		2	3
13	Восстановительная отоластика при микротии и анотии	2	5	2	9
14	Восстановление слезно-носового канала	2	3		5

15	Устранение дефектов губ	2	2		2
16	Устранение дефектов носа. Тканевая экспансия	1	2		3
17	Заключительное занятие. Экзамен			2	2
	Итого:	26	31	15	72

Программа тематического усовершенствования для врачей-хирургов по специальности «Пластическая хирургия» – 040126.XX по теме «Коррекция птоза и гипертрофии молочных желез»

(код по номенклатуре работ и услуг – 06.037)

(продолжительность цикла – 77 часов)

№	Наименование раздела	Лекции	Практ. Занят.	Семинары	Итого
1	2	3	4	5	6
1	Эстетика молочных желез, гармонические особенности	3		2	5
2	Классификация и клинические проявления при птозе молочных желез	2			2
3	Отбор пациентов к операциям и прогнозирование результатов лечения		5		5
4	Медикаментозная подготовка и виды обезболивания при маммопластике	2		2	4
5	Классификация и особенности оперативных доступов при операциях устранения птоза молочных желез	2	3		5
6	Техника операций устранения птоза молочных желез устранением избытков кожи	2	3		5
7	Техника операций устранения птоза молочных желез с манипуляциями на жировой и железистой тканях	2	3		5
8	Особенности проведения послеоперационного периода у пациенток с птозом молочных желез	1	4		5
9	Показания к коррекции вторичных изменений после устранения птоза молочных желез	3		2	5
10	Эстетические и клинические характеристики гипертрофии молочных желез	4			4
11	Классификация гипертрофии молочных желез	2		3	5
12	Отбор пациенток к операциям и прогнозирование результатов лечения		5		5
13	Классификация оперативных доступов при редукционной маммопластике	2		2	4
14	Классификация видов перемещения соска на различных питающих ножках	2		3	5
15	Техника различных видов резекций железистой ткани	2		3	5
16	Особенности ведения пациенток в послеоперационном периоде и сроки эстетической реабилитации после частичных резекций молочных желез		4		4
17	Заключительное занятие экзамен			3	3
	Итого:	29	28	20	77

Программа тематического усовершенствования для врачей-хирургов по специальности «Пластическая хирургия» – 040126.XX по теме «Липосакция» (код по номенклатуре работ и услуг – 06.037) (продолжительность цикла – 72 часа)

№	Наименование раздела	Лекции	Практика	Семинары	Итого
1	2	3	4	5	6
1	История вопроса липосакции	2			2
2	Теоретические основы липосакции	4			4
3	Физические и функциональные изменения после липосакции	6			6
4	Аппаратура и инструментарий	2			2
5	Механическое удаление жировой ткани	6	4		10
6	Ультразвуковое удаление жировой ткани	6	4		10
7	Методики липосакции: «Сухой» способ, «влажный» способ, гипернабухание	6	12		18
7	Ведение послеоперационного периода		4		4
8	Осложнения и их лечение	2			2
9	Ассистенция на операциях		12		12
10	Заключительное занятие. Реферат.			2	2
	Итого	34	36	2	72

2.11. Профессионально-квалификационные требования для аттестации специалистов на высшую, первую и вторую квалификационные категории

Инструктивно-методические указания по аттестации врачей на присвоение квалификационной категории по специальности «пластическая хирургия»

Квалификационная категория присваивается врачам пластической хирургии за стабильные и качественные показатели проделанной работы за последние 3 года с учетом стажа работы врача по специальности (для высшей квалификационной категории обычно не менее 10 лет, первой квалификационной категории — не менее 7 лет и для второй квалификационной категории — не менее 5 лет); специальной теоретической и практической подготовки, прохождения ординатуры, аспирантуры, курсов специализации и усо-

вершенствования; наличия печатных трудов, изобретений, выступлений с научно-практическими докладами на врачебных конференциях, научных обществах, врачебных съездах, глубокое знание литературы по специальности и смежным дисциплинам.

Высшая, первая и вторая квалификационные категории могут быть присвоены врачам пластической хирургии на основании Положения об аттестации врачей-специалистов независимо от места работы (стационар, поликлиника, медицинский центр и другие учреждения здравоохранения).

Аттестуемые врачи-пластические хирурги должны знать вопросы медико-социальной экспертизы, организации и тактики медицинской службы МЧС, патологию, клинику и лечение заболеваний, вызываемых оружием массового поражения, принципы медицинской защиты населения и правила пользования индивидуальными средствами защиты от оружия массового поражения.

Врач-пластический хирург, претендующий на присвоение квалификационной категории, как правило, должен быть членом научно-практического общества.

При отнесении врачей к высшей, первой или второй категориям, следует руководствоваться требованиями, изложенными ниже.

ВЫСШАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ КАТЕГОРИЯ присваивается **врачу — пластическому хирургу:**

— имеющему высокую теоретическую и практическую подготовку по вопросам организации пластической хирургии;

— имеющему высокую теоретическую и практическую подготовку по вопросам пластической хирургии, челюстно-лицевой хирургии, рентгенологии, общей хирургии, терапии;

— умеющему квалифицированно решать вопросы организации пластической хирургии в хирургическом отделении;

— умеющему квалифицированно применять методы пластической хирургии как при плановых операциях, так и в экстренных ситуациях у взрослых и детей;

— умеющему оказать квалифицированную помощь при возникновении осложнений вследствие хирургических операций;

— ознакомленному с современными методиками ультразвукового, рентгенологического, биохимического обследования пациентов;

— имеющему опыт практической работы в области пластической хирургии не менее 10 лет;

— имеющему высокие производственные показатели в практической работе и принимающему активное участие в научно — практической деятельности, в подготовке и повышении квалификации врачей по вопросам пластической хирургии;

По своим знаниям и опыту работы он может обеспечить квалифицированное руководство различным учреждением, выполняющим работы по пластической хирургии, может быть назначен на должность главного специалиста органов управления здравоохранением.

ПЕРВАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ КАТЕГОРИЯ присваивается врачу — пластическому хирургу:

— имеющему теоретическую и практическую подготовку в вопросах организации пластической хирургии;

— имеющему стаж постоянной работы в этой специальности (с объемом, согласно утвержденным нормативам) не менее 7 лет;

— имеющему хорошую теоретическую и практическую подготовку по вопросам пластической хирургии, челюстно-лицевой хирургии, рентгенологии, общей хирургии, терапии;

— квалифицировано решающему вопросы тактики пластической при различных косметических недостатках у взрослых и детей врожденного и приобретенного характера;

— умеющему оказать квалифицированную помощь при возникновении осложнений после хирургических вмешательств;

— ориентирующемуся в современных методиках ультразвукового, рентгенологического, биохимического обследования пациентов;

— имеющему необходимый навык для проведения анализа деятельности различных подразделений;

— имеющему хорошие производственные показатели в практической работе и принимающему участие в подготовке и повышении квалификации врачей по своей специальности;

— знающему современные методы медикаментозного лечения больных с эстетическими недостатками врожденного и приобретенного характера и научные исследования в этой области;

— имеющему представление о получаемых эстетических результатах, умеющему организовать хирургическую помощь пациентам с эстетическими недостатками и смежной патологией, провести инструктаж по уходу за телом в послеоперационном периоде (с точки зрения теоретических представлений пластической хирургии);

По своим знаниям и опыту работы он может руководить службой в районе и занимать место руководителя хирургического отделения.

ВТОРАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ КАТЕГОРИЯ присваивается врачу-пластическому хирургу:

— имеющему стаж постоянной работы в этой специальности (с объемом, согласно утвержденным нормативам) не менее 5 лет;

— имеющему достаточную теоретическую и практическую подготовку по вопросам пластической хирургии у взрослых и детей для самостоятельной работы в любых подразделениях службы;

— владеющему комплексом современных диагностических и хирургических методик по пластической хирургии;

— владеющему знаниями и навыками в челюстно-лицевой хирургии, рентгенологии, общей хирургии, терапии, необходимыми для решения вопросов хирургической деятельно-

сти в специальности «пластическая хирургия»;

— знающему современные методы хирургического лечения пациентов с недостатками врожденного и приобретенного характера и научные исследования в этой области;

— имеющему представление о прогнозируемых и получаемых эстетических результатах, умеющему организовать хирургическую помощь пациентам и проводить инструктаж по уходу за телом в послеоперационном периоде;

— имеющему необходимые навыки для проведения анализа деятельности подразделения по месту работы;

— имеющему хорошие производственные показатели в своей деятельности и участвующему в подготовке врачей по специальности.

По своим знаниям и опыту он может самостоятельно работать врачом в любых учреждениях службы пластической хирургии.

2.12. Тестовые задания для проведения квалификационного экзамена на получение сертификата специалиста для аттестации

Билет № 1

1. Понятия, цель, задачи пластической хирургии

2. Клиническая микрохирургия и свободная пересадка тканей

3. Диагностика и принципы планирования. Методы первичной ринопластики.

Билет № 2

1. Основные принципы, технологии пластической хирургии

2. Микрохирургическая техника сосудистых анастомозов

3. Реконструкция молочной железы

Билет № 3

1. Использование элементов эстетической абдоминопластики в реконструкции передней стенки живота при грыжевых дефектах

2. Гинекомастия и её хирургическая коррекция

3. Деформации ушных раковин

Билет № 4

1. Анатомия поверхностной мышечно-апоневротической системы лица и техники её выделения

2. Термические ожоги. Классификация и принципы лечения

3. Меланома кожи. Биопсия сторожевого узла

Билет № 5

1. Проблемы пересадки тканей, лоскуты, трансплантаты

2. Особенности формирования и классификации рубцовой ткани. Гипертрофические и келоидные рубцы.

3. Повторная и отсроченная обработка ран.

Билет № 6

1. Методики растяжения кожи. Применение тканевых экспандеров

2. Ринопластика. Диагностика и принципы планирования.

3. Татуировки. Коррекции рубцов различных областей тела.

Билет № 7.

1. Микрохирургия. Понятие, принципы. Клиническая микрохирургия и свободная пересадка тканей.

2. Реконструкция век и бровей

3. Методы забора и фиксации костных трансплантатов.

Билет № 8

1. Реконструктивная хирургия врожденных дефектов лица

2. Осложнения при микрохирургической пересадке тканевых трансплантатов.

3. Сложные лоскуты фасций и сухожилий.

Билет № 9

1. Классификация дефектов челюстно-лицевой области

2. Перфорантные лоскуты и лоскуты с атипичным кровотоком

3. Восстановительная отоластика при микротии и анотии

Билет № 10

1. Устранение дефектов носа. Тканевая экспансия.

2. Современные методики пластической хирургии.

3. Увеличивающая маммопластика. Выбор имплантата.

Билет № 11

1. Демографические показатели и причины возникновения врожденных пороков развития лица

2. Костная пластика. Классификация. Показания.

3. Первичная хирургическая обработка ран.

Билет № 12

1. Классификация лоскутов по типу кровоснабжения и тканевым компонентам.

2. Осложнения при микрохирургической пересадке тканевых трансплантатов.

3. Хирургическая анатомия кисти.

Билет № 13.

1. Отморожения, принципы лечения в реконструктивной хирургии

2. Вопросы реабилитации больных с повреждениями и последствиями повреждений верхней конечности и кисти.

3. Пороки развития наружных гениталий. Гипо- и эписпадия.

Билет № 14.

1. Контурная пластика груди. Особенности анатомии молочной железы: иннервация, кровоснабжение, лимфосистема.

2. Особенности анестезии при проведении пластических операций на лице

3. Донорские зоны. Требования к донорским зонам. Техника забора лоскутов.

Билет № 15.

1. Первичная реконструктивная хирургия дефектов верхней губы и концевого отдела носа.

2. Особенности ведения больных после контурной пластики голеней и бедер. Возможные осложнения.

3. Ультразвуковая липосакция.

Билет № 16

1. Особенности проведения пластических операций у детей

2. Материалы для современной пластической хирургии.

3. Татуировки. Коррекция рубцов в различных областях тела.

Билет № 17

1. Моно-, поли- и мега-лоскуты. Понятие о сосудистом бассейне.

2. Виды и способы наложения швов на кожу.

3. Анестезия в пластической хирургии.

Билет № 18

1. Липосакция. История развития метода

2. Виды и формы жировых отложений.

3. Маммопластика. Техника операций: имплантация сферических

эндопротезов. Имплантация протезов анатомической формы.

Билет № 18

1. Особенности анатомии тканей лица: кровоснабжение, мышцы, иннервация.

2. Лечение больных с посттравматическими контрактурами. Рубцовые изменения кожного покрова.

3. Операции при повреждениях и дефектах тканей различной локализации.

Билет № 19

1. Особенности пересадки кровоснабжаемых ауто трансплантатов. Общая характеристика метода. Показания к операциям. Нарушения гемодинамики в зоне микрососудистого анастомоза.

2. Костная пластика. Виды костно-пластических операций

3. Деление лоскутов по составу тканей.

Билет № 20

1. Пластика сухожилий. Виды пластических операций на сухожилиях.

2. Пластические операции при дефектах мышц.

3. Операции на лице. Блефаропластика. Хирургическая техника. Осложнения

Билет № 21

1. Дефекты мягких тканей кисти (без нарушений периферического кровообращения). Поверхностные и глубокие. Пластика при устранении рубцовых деформаций и контрактур.

2. Ринопластика. Послеоперационные деформации кончика носа.

3. Дефекты мягких тканей голени. Выбор метода пластики и донорского источника в зависимости от расположения дефекта.

Билет № 22.

1. Общая характеристика и классификации дефектов тканей стопы.

2. Супрапериостальная подтяжка тканей верхних двух третей лица.

3. Документальное оформление согласия пациента на пластические операции

Билет № 23

1. Общие аспекты кровоснабжения передней брюшной стенки. Кожно-фасциальные лоскуты на ветвях межреберных сосудов.

2. Пластика дефектов сосудов. Виды и варианты сосудов. Основные техники наложения микрососудистого шва (пластика)

3. Мастопексия. Патогенез и классификация птоза молочных желез. Показания, противопоказания и планирование операции.

Билет № 24

1. Острая ишемия и выживаемость тканей. Механизмы метаболических нарушений при острой

ишемии. Реперфузионные повреждения тканей.

2. Комплексы тканей из бассейна поверхностной височной артерии (височно-теменные лоскуты). Общая и микрохирургическая анатомия.

3. Хирургическое лечение келоидных и гипертрофических рубцов.

Билет № 25

1. Общие закономерности микрососудистой анатомии тканей и типы кровоснабжения лоскутов.

2. Принципы хирургического закрытия ран и варианты их реализации.

3. Операции при повреждениях и дефектах различных локализаций.

2.13. Предложения по изменению номенклатуры (классификатора), прошедшие экспертизу в экспертной группе Совета по кадровой политике при Министерстве здравоохранения социального развития Российской Федерации:

НОМЕНКЛАТУРА (КЛАССИФИКАТОР) специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации

Основная специальность	Специальность, требующая углубленной подготовки
040100 лечебное дело	
040101 акушерство и гинекология	
040102 аллергология и иммунология	
040103 анестезиология и реаниматология	040103. 01 токсикология
040104 дерматовенерология	
040105 генетика	
040106 инфекционные болезни	
040107 клиническая лабораторная диагностика	
040108 лечебная физкультура и спортивная медицина	
(в ред. Приказа Минздрава от 06.02.2001 № 31)	
040109 неврология	040109. 01 (040123.01) мануальная терапия 040109. 02 рефлексотерапия
040110 общая врачебная практика (семейная медицина)	
040111 отоларингология	040111. 01 сурдология – оториноларингология
040112 офтальмология	
040113 патологическая анатомия	
040114 профпатология	
040115 психиатрия	040115. 01 психотерапия 040115. 02 (040127.02) сексология
040116 психиатрия – наркология	
040117 радиология	
040118 рентгенология	
040119 скорая медицинская помощь	
040120 социальная гигиена и организация здравоохранения	
040121 судебно-медицинская экспертиза	

040122	040122.01 гастроэнтерология 040122.02 гематология 040122.03 гериатрия 040122.04 диетология 040122.05 кардиология 040122.06 клиническая фармакология 040122.07 нефрология 040122.08 пульмонология 040122.09 ревматология 040122.10 (040126.06) трансфузиология 040122.11 ультразвуковая диагностика 040122.12 функциональная диагностика
040123 травматология и ортопедия	040123.01 (040109.01) мануальная терапия
040124 физиотерапия	
040125 фтизиатрия	
040126 хирургия	040126.01 колопроктология 040126.02 нейрохирургия 040126.04 сердечно-сосудистая хирургия 040126.05 торакальная хирургия 040126.06 (040122.10) трансфузиология 040126.08 челюстно-лицевая хирургия 040126.10 эндоскопия 040126. XX пластическая хирургия
(в ред. Приказа Минздрава РФ от 02.04.2001 № 98)	
040127 эндокринология	040127.01 диабетология 040127.02 (040115.02) сексология
040128 онкология	
(введена Приказом Минздрава РФ от 02.04.2001 № 98)	
040129 урология	
040200 педиатрия	
040201 педиатрия	040201.01 (040202.01) детская онкология 040201.02 детская эндокринология
040202 детская хирургия	040202.01 (040201.01) детская онкология
040203 неонатология	
040300 медико-профилактическое дело	
040301 бактериология	
040302 вирусология	
040303 общая гигиена	040303.01 гигиена детей и подростков 040303.02 гигиеническое воспитание 040303.03 гигиена питания 040303.04 гигиена труда 040303.05 коммунальная гигиена 040303.06 радиационная гигиена
040304 дезинфектология	
040305 паразитология	
040306 социальная гигиена и организация госсан-эпидслужбы	
040307 санитарно-гигиенические лабораторные исследования	

040308 эпидемиология	
040400 стоматология	
040401 стоматология	040401.01 ортодонтия 040401.02 стоматология детская 040401.03 стоматология терапевтическая 040401.04 стоматология ортопедическая 040401.05 стоматология хирургическая
040500 фармация	
040501 управление и экономика фармации	
040502 фармацевтическая технология	
040503 фармацевтическая химия и фармакогнозия	
040600 сестринское дело	
040700 валеология	
012200. 03 биофизика	
012201. 03 медицинская кибернетика	
012300. 02 биохимия	
012301. 02 медицинская биохимия	

Примечание:

1. Подготовка специалистов по основным специальностям проводится через интернатуру (по специальностям, определяемым Минздравом России), ординатуру, аспирантуру.
2. Подготовка по специальностям, требующим углубленной подготовки, проводится через профессиональную переподготовку, ординатуру при наличии сертификата по соответствующей основной специальности.
3. Специалист, имеющий высшее медицинское, фармацевтическое образование имеет право на подготовку и получение основной специальности либо специальности, требующей углубленной подготовки, только при наличии допуска к соответствующей должности.

Перечень соответствия врачебных и провизорских специальностей должностям специалистов

№	Наименование врачебной (провизорской) должности	Наименование врачебной (провизорской) специальности
1. Руководители учреждений		
1.	Главный врач (директор, заведующий, начальник)	Социальная гигиена и организация здравоохранения или клиническая специальность
2.	Главный врач центра Госсанэпиднадзора – главный государственный санитарный врач, главный врач (руководитель, директор, начальник)	Социальная гигиена и организация госсанэпид-службы или медико-профилактическая специальность
3.	Заведующий – провизор	Управление и экономика фармации или провизорская специальность
4.	Заместитель главного врача (директора, заведующего, начальника)	Социальная гигиена и организация здравоохранения или клиническая специальность
5.	Заместитель главного врача центра Госсанэпиднадзора, заместитель главного врача, (руководителя, директора, начальника)	Социальная гигиена и организация госсанэпид-службы или медико-профилактическая специальность
6.	Заместитель заведующего провизор	Управление и экономика фармации или провизорская специальность

II. Руководители структурных подразделений учреждений (отделов, отделений, лабораторий, кабинетов и др.)		
7.	Заведующий (начальник)	По профилю подразделения
7а.	Заведующий приемным отделением	По профилю любого лечебного подразделения, входящего в структуру учреждения, кроме параклинических подразделений
7б.	Заведующий организационно методическим отделом (кабинетом)	Социальная гигиена и организация здравоохранения или клиническая или медико-профилактическая специальность
8.	Заведующий санитарно-гигиеническим отделом	По профилю любого гигиенического подразделения (должности врача, входящего в состав (штат) отдела)
III. Врачи-специалисты		
9	Врач – акушер-гинеколог	Акушерство и гинекология
10	Врач – акушер-гинеколог цехового врачебного участка	Акушерство и гинекология
11	Врач – аллерголог-иммунолог	Аллергология и иммунология
12	Врач – анестезиолог-реаниматолог	Анестезиология и реаниматология
13	Врач – гастроэнтеролог	Гастроэнтерология
14	Врач – гематолог	Гематология
15	Врач – генетик	Генетика
16	Врач – гериатр	Гериатрия
17	Врач – дерматовенеролог	Дерматовенерология
18	Врач – детский онколог	Детская онкология
19	Врач – детский хирург	Детская хирургия
20	Врач – детский эндокринолог	Детская эндокринология
21	Врач – диabetолог	Диabetология
22	Врач – диетолог	Диетология
23	Врач – инфекционист	Инфекционные болезни
24	Врач – кардиолог	Кардиология
25	Врач клинической лабораторной диагностики	Клиническая лабораторная диагностика
26	Врач – клинический фармаколог	Клиническая фармакология
27	Врач – колопроктолог	Колопроктология
28	Врач – лаборант – генетик	Лабораторная генетика
29	Врач по лечебной физкультуре	Лечебная физкультура и спорт
30	Врач по спортивной медицине	Лечебная физкультура и спорт
31	Врач – методист	Социальная гигиена и организация здравоохранения или социальная гигиена и организация гос-санэпидслужбы или клиническая или медико-профилактическая специальность (в зависимости от учреждения, в котором работает специалист)
32	Врач мануальной терапии	Мануальная терапия
33	Врач – невролог	Неврология
34	Врач – нейрохирург	Нейрохирургия
35	Врач – нефролог	Нефрология
36	Врач общей практики (семейный врач)	Общая врачебная практика (семейная медицина)

37	Врач – онколог	Онкология
38	Врач – отоларинголог	Отоларингология
39	Врач – офтальмолог	Офтальмология
40	Врач – офтальмолог – протезист	Офтальмология
41	Врач – патологоанатом	Патологическая анатомия
42	Врач – пластический хирург	Пластическая хирургия
43	Врач – педиатр	Педиатрия
44	Врач – педиатр участковый	Педиатрия
45	Врач – педиатр городской (районный)	Педиатрия или социальная гигиена и организа- ция здравоохранения
46	Врач – неонатолог	Неонатология
47	Врач приемного отделения	По профилю любого лечебного подразделения, входящего в состав учреждения, кроме паракли- нических подразделений
48	Врач – профпатолог	Профпатология
49	Врач – психотерапевт	Психотерапия
50	Врач – психиатр	Психиатрия
51	Врач – психиатр участковый	Психиатрия
52	Врач – психиатр детский	Психиатрия
53	Врач – психиатр детский участковый	Психиатрия
54	Врач – психиатр подростковый	Психиатрия
55	Врач – психиатр подростковый участковый	Психиатрия
56	Врач – психиатр – нарколог	Психиатрия – наркология
57	Врач – психиатр – нарколог участковый	Психиатрия – наркология
58	Врач – пульмонолог	Пульмонология
59	Врач – радиолог	Радиология
60	Врач – рентгенолог	Рентгенология
61	Врач – ревматолог	Ревматология
62	Врач – рефлексотерапевт	Рефлексотерапия
63	Врач – сексолог	Сексология
64	Врач – сердечно-сосудистый хирург	Сердечно – сосудистая хирургия
65	Врач скорой медицинской помощи	Скорая медицинская помощь или по профилю специализированной бригады
66	Врач – статистик	Социальная гигиена и организация здравоохра- нения или социальная гигиена и организация гос- санэпидслужбы (в зависимости от учреждения, в котором работает специалист)
67	Врач – судебно-медицинский эксперт	Судебно – медицинская экспертиза
68	Врач – судебно-психиатрический эксперт	Психиатрия
69	Врач – сурдолог-оториноларинголог	Сурдология – оториноларингология
70	Врач – сурдолог – протезист	Сурдология
71	Врач – терапевт	Терапия
72	Врач – терапевт участковый	Терапия
73	Врач – терапевт подростковый	Терапия

74	Врач – терапевт участковый цехового врачебного участка	Терапия Оториноларингология
75	Врач здравпункта	Терапия
76	Судовой врач	Терапия или хирургия или общая врачебная практика
77	Врач – токсиколог	Токсикология
78	Врач – торакальный хирург	Торакальная хирургия
79	Врач – травматолог – ортопед	Травматология и ортопедия
80	Врач – трансфузиолог	Трансфузиология
81	Врач ультразвуковой диагностики	Ультразвуковая диагностика
82	Врач – уролог	Урология
83	Врач – физиотерапевт	Физиотерапия
84	Врач – фтизиатр	Фтизиатрия
85	Врач – фтизиатр участковый	Фтизиатрия
86	Врач функциональной диагностики	Функциональная диагностика
87	Врач – хирург	Хирургия
88	Врач – эндокринолог	Эндокринология
89	Врач – эндоскопист	Эндоскопия
90	Врач – бактериолог	Бактериология
91	Врач – вирусолог	Вирусология
92	Врач по гигиене детей и подростков	Гигиена детей и подростков
93	Врач по гигиене питания	Гигиена питания
94	Врач по гигиене труда	Гигиена труда
95	Врач по гигиеническому воспитанию	Гигиеническое воспитание
96	Врач – дезинфектолог	Дезинфектология
97	Врач по коммунальной гигиене	Коммунальная гигиена
98	Врач по общей гигиене	Общая гигиена
99	Врач – паразитолог	Паразитология
100	Врач по радиационной гигиене	Радиационная гигиена
101	Врач по санитарно гигиеническим лабораторным исследованиям	Санитарно-гигиенические лабораторные исследования
102	Врач – эпидемиолог	Эпидемиология
103	Врач – ортодонт	Ортодонтия
104	Врач – стоматолог	Стоматология
105	Врач – стоматолог детский	Стоматология детская
106	Врач – стоматолог – терапевт	Стоматология терапевтическая
107	Врач – стоматолог – ортопед	Стоматология ортопедическая
108	Врач – стоматолог – хирург	Стоматология хирургическая
	Врач – челюстно – лицевой хирург	Челюстно – лицевая хирургия
110	Провизор – технолог	Фармацевтическая технология
111	Провизор – аналитик	Фармацевтическая химия и фармакогнозия

Рак важно вовремя распознать!

В 2000 году на базе Российского научного центра рентгено-радиологии под руководством его директора — академика РАМН, профессора В.П. Харченко — был создан Федеральный маммологический центр Минздрава России. Специалисты Центра разработали систему обследования женщин, включающую в себя современные диагностические и лечебные технологии. Здесь можно пройти обследование и лечение различных женских заболеваний. Рассказывает руководитель Маммологического центра МЗ и СР РФ Надежда Ивановна Рожкова:

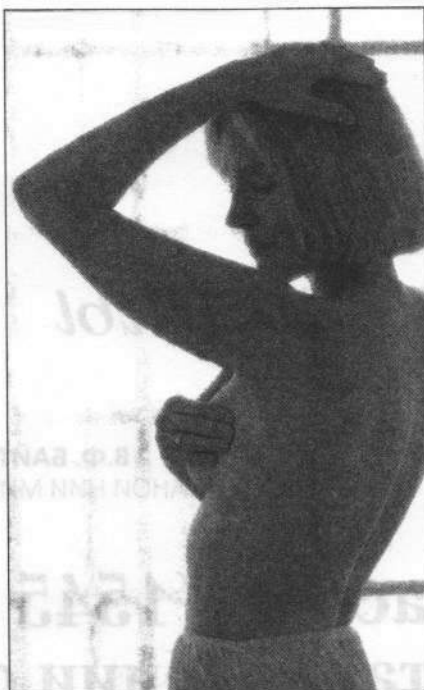
— Заболеваемость раком молочной железы имеет неуклонную тенденцию к росту. За последние двадцать лет она выросла на 64 процента, увеличивается и частота доброкачественных заболеваний.

К сожалению, женщины часто сами виноваты в том, что болезнь оказывается запущенной. Так, больше половины представительниц прекрасного пола знают, что после сорока лет надо регулярно делать маммографию, но в реальности ее делают лишь 13 процентов. Так что проблема профилактики рака молочной железы сегодня является актуальной и необходимой.

Раннее обнаружение опухоли (на той стадии, когда ее невозможно еще прощупать) — залог успешного лечения. Около 97% женщин, вовремя обнаруживших раннюю стадию рака, полностью излечиваются, причем в большинстве случаев без потери молочной железы.

Программа ранней диагностики рака предписывает:

- регулярное самообследование молочных желез независимо от возраста;
- после 20 лет — ежегодное клиническое обследование у специалиста и ультразвуковое исследование молочных желез;
- после сорока лет — маммографическое обследование один раз в два года.



По-прежнему главным методом при обследовании женщин остается рентгеновская маммография, позволяющая выявлять небольшие опухоли, которые не прощупываются при первичном осмотре. Впрочем, появились и новые технологии, их активно использует Федеральный маммологический центр. Электроимпедансная маммография, основанная на измерении изменения электропроводимости тканей молочной железы, помогает выделить пациенток в группу риска, она выявляет неблагоприятное и, по существу, предсказывает зарождение опухоли. Верный диагноз с высокой точностью (96%) дает дуктография — исследование млечных протоков. При кистах высоко эффективно склерозирование их под контролем УЗИ. В отличие от обычной пункции, аспирационная вакуумная биопсия позволяет с точностью до 1 мм попасть в опухоль, при этом точность диагноза повышается до 95-98 процентов. Более того, с помощью вакуумной биопсии можно амбулаторно удалить небольшое доброкачественное образование в течение часа. В недалеком будущем

мы планируем такую технологию как использование сфокусированного пучка лазера для термической обработки опухоли под контролем магнитно-резонансной томографии. Это очень дорогостоящая операция, в мире она только входит в практику.

Мы благодарны за информационную поддержку известной корпорации Estee Lauder, которая вот уже двенадцать лет возглавляет всемирную кампанию по борьбе против рака молочной железы (кстати, символ этой кампании — розовая ленточка с девизом «Победим рак молочной железы сегодня и навсегда»). Также мы благодарны за спонсорскую поддержку всемирно известным компаниям «Avon», «Johnson&Johnson», «Бионорика АГ». Благодаря общим усилиям, созданы мобильные маммографические комплексы, которые объезжают регионы России (за два последних года было обследовано более 14 000 женщин из 31 города России), современным оборудованием оснащен Маммологический центр, в регионах созданы кабинеты маммографии и реабилитации.

Благодаря тому, что Маммологический центр функционирует на базе Российского научного центра рентгено-радиологии (РНЦРР), который располагает современной аппаратурой и разнопрофильными специалистами, мы можем проводить своевременную диагностику и качественное лечение не только заболеваний молочных желез, но и различных органов и систем. В РНЦРР действуют диагностический и хирургический отделы, отделы лучевой терапии и радиационной медицины, отделения онкоурологии и гинекологии, а также имеется поликлиническое отделение, где можно пройти комплексное обследование с использованием цитогенетических и молекулярно-биологических методов исследования.

«МИР АЭРОФЛОТА»,
ноябрь (№4) 2004

Раздел V. История медицины

В.Ф. БАЙТИНГЕР, Д.Н. СИНICHEВ, В.И. СЕРЯКОВ
АНОИ НИИ МИКРОХИРУРГИИ ТНЦ СО РАМН, ТОМСК

Gaspard Tagliacozzi (1545 – 1599) и его роль в становлении современной пластической хирургии

Оценка красоты и поиск эстетического идеала человеческого тела не являются исключительным достижением современного общества. Понятие эстетики человеческого тела тем или иным образом проявляется во всех культурах и особенно в западной культуре, которая зародилась в Древней Греции и достигла высочайшего развития в Эпоху Возрождения (XIV – XVI век). Оценка красоты человеческого тела составляла часть культуры жителей Италии. Пришло ясное понимание всего ужаса обезображенного лица. Эти люди привлекали внимание светского общества, все развлечения и забавы которого были ограничены исключительно публичными, гражданскими и религиозными акциями. Период с 1530 по 1600 годы был временем многочисленных дуэлей и военных конфликтов, наступивших после относительной стабильности средних веков. В Европе, в первой половине 15 века,



Рис. 1. Гаспар Таглиякоцци

сицилийская семья военного врача Бранка стала знаменитой благодаря широкому применению индийского метода ринопластики. В 1450 году ими был усовершенствован лоскут со лба и лоскуты из области щек

для ринопластики. Сын Бранка, Антоний, начинает проводить пластику носа, губы и уха, используя кожу плеча. В это же время братья Бояни занимались этим искусством в Неаполе. Они совершали даже турне по Европе с целью проведения этих операций. Члены семьи Вианео в Калабрии также широко использовали в своей практике методы пластической хирургии. В те годы эту хирургию нередко называли *chirurgia decoratoria*, *dermatoplastica* et *autoplastica*. Искусство ринопластики было замкнуто в рамках касты или рода, передавалось устно, а также из рук в руки детям и близким родственникам.

В 1565 году 20-летний итальянский юноша Гаспар Таглиякоцци поступает в старейший университет Европы — Болонский (основан в 1088 году). Он изучает классические труды Авиценны, Маиминидес, Гиппократ и Галена. Он практикует, как все студенты того времени, технику речи, аргументации и дискуссии.

Гаспар приобретает богатые знания по философии, астрономии и теологии. Анатомию человека Гаспар Таглиакоцци изучает у знаменитого итальянского анатома и хирурга Джулио Аранци (1530 -1589). Этот ученый широко известен в наше время в связи с открытым им венозным протоком, который во внутриутробной жизни соединяет воротную и нижнюю полую вены и заменяется после рождения венозной (аранциевой) связкой. Кроме этого, серьезные уроки хирургии Гаспар Таглиакоцци получил у Альдрованди и Кардано. Они имели безупречную репутацию как виртуозные хирурги и великолепные знатоки анатомии.

В 1570 году Гаспар Таглиакоцци закончил свое обучение в Болонском университете. Для получения докторской степени ему необходимо было сдать массу экзаменов. Сначала ему необходимо было предстать перед папским наместником для сдачи экзамена по религии, согласно Постановлению Пию V.

В доказательство верности католической церкви Гаспар Таглиакоцци дал клятву не лечить пациента, если тот прежде не исповедуется в своих грехах в трехдневный срок. Неисполнение данной клятвы приводило к отмене докторского титула. В возрасте 25-ти лет Гаспар Таглиакоцци был избран преподавателем анатомии Болонского университета. Профессор анатомии и медицины Джулио Аранци поручает своему молодому сотруднику преподавание анатомии студентам Университета в Болонье. Анатомические вскрытия являлись важным событием в общественной жизни Болоньи: на вскрытиях присутствовали знатные люди, в этот день в городе проходили великолепные концерты. В обязанности Таглиакоцци, как и остальных преподавателей, входило украшение анатомического театра камчатными тканями, установка факелов. (Рис. 3). Его учитель имел к тому времени широкую известность в Европе как крупный ученый-анатом и хирург. В 1564 году Джулио Аранци издал сразу две книги: «Книга о человеческом плоде», в которой описал



Рис. 2. Методика ринопластики по Таглиакоцци

артериальный проток, позднее неправильно названный боталловым, а также «Анатомические наблюдения», где описал перегородки сердца, узелки полулунных заслонок (аранциевы узелки). Профессор Аранци имел небольшой опыт в ринопластике, поэтому известных публикаций на эту тему у него не было. Самый большой опыт ринопластики в это время имели сицилийская семья Бранко и семья Вианео из Калабрии. Реконструкцией носа занимались также профессор Габриель Фаллопий (1523-1619) из Падуанского университета и знаменитый французский хирург Амбруаз Парэ (1510-1590). Оба врача высказывались по поводу результатов кожных пластик носа в весьма пренебрежительном тоне. Гаспар Таглиакоцци принял мужественное решение — усовершенствовать технику пластики носа у пациентов, получивших увечье, и у пораженных сифилисом. Втайне от циркульников-хирургов он открывает в Болонье свой якобы косметический прием, целью которого является возвращение красоты лица.

В 1576 году в возрасте 31 года Гаспар Таглиакоцци становится чле-

ном Колледжа медицины и философии и получает второй врачебный чин — коллегиальный доктор. Его интерес к пластической хирургии лица объясним, если учитывать большую частоту ранений, полученных во время дуэлей холодным оружием, а также нанесением увечий носа и ушей в качестве наказания за нарушение законов. Такие были времена. Гаспар Таглиакоцци, исправляя ошибки и сражаясь с предрассудками, совершенствовал собственную хирургическую технику ринопластики. Основой для своих изысканий, возможно, были наблюдения за некоторыми пациентами, прооперированными Вианео, а также информация от путешествующих хирургов (Фиораванти). Наибольший интерес Таглиакоцци привлекала сицилийская семья Бранко, которая хранила секреты ринопластики индийских и арабских хирургов, использовавших для этого мягкие ткани не только со лба, но и с передней поверхности плеча. «Я посвятил себя этому настолько усердно и прилежно, насколько было возможно, так как это часть моей профессии, для того, чтобы этот раздел хирургии был закончен и опубликован для общей пользы» — писал Г. Таглиакоцци. Результаты усовершенствованной им ринопластики стали известны все большему числу хирургов. Знаменитый врач и преподаватель анатомии профессор Падуанского университета Джироламо Меркуриале публично выразил свое восхищение результатами реконструкции носа, которых достиг болонский хирург Таглиакоцци.

В 1585 году Д. Меркуриале обратился письменно к Г. Таглиакоцци с просьбой прояснить ряд вопросов, касающихся ринопластики. В 1587 году Д. Меркуриале публикует текст этого письма как дополнение к своему второму изданию книги «De Decoratione». И только через 12 лет после выхода в свет книги Д. Меркуриале болонский хирург Таглиакоцци завершил работу над своей книгой «De Curtorum Chirurgia per Insitionem» (Хирургия дефектов всажи-

ванием) с описанием пластики носа и губы из кожи плеча. По Таглиякоцци, операция восстановления носа производилась в шесть приемов: после тщательного измерения на передней поверхности плеча двумя параллельными разрезами очерчивался лоскут кожи и отслаивался от подлежащей ткани, под него подводился кусок полотна, который менялся ежедневно в течение 14 дней. Через 14 дней периферическая ножка отрезалась и лежала свободно еще 14 дней, проходя стадию детства (*pueritia*), юности (*adolescentia*) и старости (*senectus*); когда лоскут начинал сморщиваться, тогда его пересаживали на освеженный дефект носа, и руку удерживали сложной повязкой в течение 20 дней (рис.2), после чего лоскут отрезали. Через 14 дней образовывали крылья и перегородку носа. Таглиякоцци впервые подробно описывает пластику губы из кожи плеча, причем приводит рисунок с подшитым к губе лоскутом и фиксированной рукой. Он описывает также частичную пластику уха, для которой кожные лоскуты выкраиваются позади уха.

Книга Г. Таглиякоцци стала краеугольным камнем для развития современной пластической хирургии, а способ восстановления носа лоскутом с внутренней поверхности плеча стал известен как «итальянский способ пластики носа».

За издание этой книги взялся венецианский издатель Bindoni. Прежде эта книга прошла рецензирование и была освидетельствована чиновниками католической церкви на предмет богохульства. Никаких замечаний чиновники не высказали и разрешили издателю ее публиковать. Первое издание книги Таглиякоцци вышло в 1597 году, за два года до смерти ее автора. Она была посвящена покровителю и другу Г.Таглиякоцци герцогу Vincenzo Gonzaga, поэтому на первой странице его книги был помещен герб покровителя. В настоящее время сохранились два экземпляра первого издания книги Таглиякоцци: один в Библиотеке Университета Болоньи, который был дарован Сенату,



Рис. 3. Анатомический театр (XVI век) из W.Hogarth (1697–1764)

другой в Национальной Библиотеке Парижа, принадлежавший Гастону д'Орлеанс. Едва высохли чернила первого издания книги Таглиякоцци, как появилось второе, пиратское издание. Оно было выполнено на более тонкой бумаге и с гравировками худшего качества известным венецианским печатником Роберто Меиотти. У этого издателя была очень плохая репутация. Он уже имел опыт выпуска пиратских изданий, за что был осужден судебной палатой Инквизиции и наказан отлучением от церкви. В 1598 году появляется третье издание книги «De Curtorum Chirurgia per Insitionem» во Франкфурте-на-Майне, посвященное Conde Ranzov. Четвертое издание книги Таглиякоцци появилось уже через 232 года по-

сле его смерти. Оно было отпечатано в Германии в 1831 году как результат возобновившегося интереса к ринопластике в связи с активной хирургической деятельностью в этом направлении знаменитого немецкого хирурга Johann Friedrich Dieffenbach.

В ноябре 1599года в Болонье в возрасте 54 лет умирает Гаспар Таглиякоцци. Согласно завещанию, он был похоронен в церкви монастыря San Juan Bautista. Несколько месяцев спустя одна из монашек монастыря, страдающая слуховыми галлюцинациями, услышала среди ночи странные голоса. Вздвигнувшись этим событием, она обсуждает его с настоятелем монастыря, и они приходят к выводу, что эти голоса, — из потустороннего мира. А

виноват в этом недавно захороненный в монастыре Гаспар Таглиакоцци, нарушавший якобы при жизни религиозные запреты изменений тела человека с помощью хирургии. Это мнение активно поддерживал и распространял злейший враг Таглиакоцци Gian Girolamo Sbaraglia. По приказу инквизиции труп Г.Таглиакоцци был выкопан, перенесен и захоронен вне стен города до той поры, пока будет проводиться необходимое расследование. Это вызвало большое возмущение многих жителей Болоньи. Тяжба по делу Таглиакоцци была выиграна его современниками, и инквизицией был отдан приказ вернуть его останки на первоначальное место, а все обвинительные документы уничтожить. Однако строгие правила Инквизиции были нарушены. Сохранилась рукописная страница обвинения, приклеенная к экземпляру знаменитой книги Таглиакоцци, хранящейся в библиотеке Archiginnasio.

Благодаря Gian Girolamo Sbaraglia, которому принадлежал этот экземпляр книги, мы знаем о суде после смерти. После вторичного захоронения Г.Таглиакоцци на территории монастыря San Juan Bautista прошло много времени. Многочисленные войны и повреждения, нанесенные монастырю, привели к потере его могилы.

После смерти Таглиакоцци пластические операции на лице еще какое-то время выполняли его ученики. Наступал известный период упадка и забвения хирургии в Европе, а вместе с этим и забвение знаменитого итальянского хирурга Гаспара Таглиакоцци. И только в 1794 году в Европе вновь возродился интерес к пластической хирургии лица. Он был связан с публикацией в Англии анонимного письма об индийском методе ринопластики. В 1816 году это таинственное письмо прочитал молодой английский хирург Joseph Constantine Carpue, который восстановил в оригинальном варианте исполнение индийского метода ринопластики.

Впоследствии жители Болоньи, гордившиеся своим земляком, поставили ему памятник: фигуру, держащую в руке нос.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рауэр А.Е., Михельсон Н.М. Пластические операции на лице. М.:Медгиз, 1943.
2. Gnudi M.T., Webster J.P. The life and times of Gaspare Tagliacozzi, Surgeon of Bologna (1545-1599). New York: Herbert Reichner, 1950.
3. Karger-Decker B. Von Arzney bis Zipperlein. Berlin, 1992.
4. Zeis E. Die Literatur und Geschichte der plastischen Chirurgie. Leipzig, 1863.

Рис. 4. Памятник Гаспару Таглиакоцци



Раздел VI. Информация

ЕВРОПЕЙСКИЙ КОМИТЕТ ПО ГАРАНТИЯМ КАЧЕСТВА И ИЗДЕЛИЯМ
МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ (EQUAM)

Декларация по имплантатам молочной железы от 23 июня 2000 г.

ЕQUAM — Европейский Комитет по Гарантиям Качества и изделиям медицинского назначения в пластической хирургии — организация, изучающая вопросы возможного причинения пациенту при применении медицинской продукции, устройств и технологий без соответствующих показаний. Организация ставит своей целью обеспечение гарантии для пациентов безопасного применения различных устройств и технологий, используемых в пластической хирургии. Последняя декларация EQUAM была опубликована 23 июня 2000г.

1) С момента опубликования предыдущей декларации (1998г.) силикон продолжает оставаться широко применяемым материалом, необходимым в повседневной медицинской практике. В настоящее время не существует лучшего альтернативного материала, который используется всех отраслях медицины. Сегодня сили-

кон используется при изготовлении различных медицинских устройств, а также для изготовления имплантатов, используемых в пластической хирургии. Эти изделия необходимы не только для применения в эстетических целях, но в реконструктивной хирургии, а также при изготовлении устройств и систем, необходимых для поддержания жизнеобеспечения пациента.

2) Проведенные дополнительные медицинские исследования не выявили какой-либо зависимости между наличием у пациентки имплантатов молочной железы, наполненных силиконом и возникновением аутоиммунных заболеваний, болезней соединительной ткани, а также возникновением онкологических заболеваний.

3) Данные последних научных, клинических и эпидемиологических исследований, собранные EQUAM, свидетельствуют о том, что наличие

у пациентов имплантатов молочной железы, наполненных силиконовым гелем, не является причиной развития аутоиммунных заболеваний и заболеваний соединительной ткани.

4) Нет научных доказательств существования таких явлений как силиконовая аллергия, силиконовая интоксикация, атипичная болезнь или «новое силиконовое заболевание». Существует нормальная реакция организма на любые имплантаты как на инородное тело, что не является иммунным заболеванием.

5) Имплантаты молочной железы, наполненные силиконовым гелем, не оказывают побочных эффектов на развитие плода во время беременности женщины и не оказывают влияния на здоровье ребенка при грудном вскармливании.

6) Пациентки с имплантатами молочных желез должны регулярно проходить обследование, и, ЕСЛИ ЭТО необходимо, обследоваться с

применением дополнительных инструментальных методов.

7) Лабораторные тесты по выявлению силикона не имеют клинической ценности. В организме человека не было выявлено специфических антител к силикону.

8) Не существует достоверных научных доказательств связи наличия имплантатов, наполненных силиконовым гелем, и наличием неврологических заболеваний или симптоматики.

9) EQUAM согласен с ИОМ в том, что имплантаты молочной железы могут сами по себе вызывать серьезные локальные осложнения, которые являются следствием медицинского или хирургического вмешательства, и связанного с этим риска.

10) EQUAM считает чрезвычайно важным информирование пациентов об опасности и риске; равно как и о всех преимуществах увеличительной или реконструктивной пластики молочных желез, что отражено в Информационном Листке Пациента и в Форме-Соглашении с пациентом, которые обязатель-

но предоставляются пациентам при обсуждении тактики лечения.

11) EQUAM признает необходимость существования согласованных и специфицированных стандартов Европейского Сообщества для имплантатов молочной железы. EQUAM одобряет принципы Соглашения по имплантатам молочной железы.

12) EQUAM призывает к продолжению клинических и фундаментальных научных исследований для получения наиболее достоверной информации о частоте случаев разрыва имплантатов и для определения оптимальных сроков долговечности имплантатов, наполненных силиконовым гелем, равно как наполняемых и физраствором, и другими материалами.

13) EQUAM надеется, что Европейский и Всемирный Регистр пациентов будет решающим при идентификации информации по возникшим осложнениям, таким как капсулярная контрактура или разрыв имплантата. Необходимо создать базу данных отдаленных результатов по исследованию молочных желез у па-

циентов с имплантатами молочной железы. При создании такой базы данных необходимо соблюдать принципы конфиденциальности и хранить тайну пациента.

14) Объективные сообщения в средствах массовой информации необходимы для разрешения сомнений пациентов. EQUAM будет продолжать обеспечивать средства массовой информации об имплантатах молочной железы и новых технологиях в пластической хирургии.

15) После оценки соответствующих данных, EQUAM присоединяется к Британскому Агентству по Медицинским Устройствам от 6 июня 2000 г. в их рекомендациях по удалению у пациенток имплантатов, наполненных соевым маслом (Trilucent).

16) На основании имеющихся знаний EQUAM подтверждает безопасность использования имплантатов молочной железы, наполненных силиконовым гелем и физиологическим раствором.

Жан Г. Позэль, м. д.; президент
Морис Топаз, м. д.; секретарь

Consensus declaration on breast implants

EQUAM, the European Committee on Quality Assurance and Medical Devices in Plastic Surgery, raises concerns regarding the potentially deleterious use of products, devices and technology, or their application in unsuitable indications. EQUAM aims to ensure that both medical devices and technologies used in plastic surgery are safe, and to guarantee the safety of patients.

On 23 June 2000, EQUAM issued its consensus declaration, which read as follows:

1) Since EQUAM's 1998 declaration, silicone has continued to be a widely used and essential material in every day life. No better alternative material has become available. In all fields of medicine and surgery, implants and medical devices made of silicone re-

main essential not only for aesthetics, but also for reconstructive procedures and to support survival.

2) Additional medical studies have not demonstrated any association between silicone-gel filled breast implants and traditional auto-immune or connective tissue diseases, cancer nor any other malignant disease. These studies re-affirm prior data. 2,3, 4

3) EQUAM states that there are new conclusive scientific, clinical, immunological and epidemiological data indicating that silicone-gel filled breast implants do not cause any traditional auto-immune or connective tissue diseases. 5,6, 8, 9

4) EQUAM continues to believe that there is no scientific evidence that silicone allergy, silicone intoxication, atypical disease or a «new silicone dis-

ease» exist. Normal foreign body reaction occurs with every type of implant but this is not immune disease. 10,11, 12, 13, 14

5) Silicone-gel filled breast implants do not adversely affect pregnancy, fetal development, breastfeeding or the health of breastfed children. 15 16, 17, 18

6) Patients with breast implants should have regular follow-up and, if indicated, appropriate imaging of the breasts. 19,20, 21

7) Laboratory tests to detect silicone are of no clinical value. No specific antibodies against silicone have been detected. 23, 2A, 25

8) There is no valid scientific evidence to associate silicone or silicone-gel filled breast implants with neurological disease or symptoms. 29

9) EQUAM agrees with the IOM that breast implants can produce severe local complications by themselves, which may result in medical and surgical interventions with their associated risks. 31

10) EQUAM believes it is extremely important to advise the patients of the hazards and risks as well as the benefits of breast augmentation or reconstructive surgery and has prepared a Patients Information and Consent Form to be used in discussion with the patient.

11) EQUAM believes there is a continuing need for a functioning, harmonised, specific EU-standard for breast implants. EQUAM endorses

the Guidelines for Conformity Assessment of Breast Implants.

12) EQUAM calls for continuous clinical and basic science research to provide more accurate information on rupture rates of breast implants and better definition of the longevity of all silicone gel, saline, and other filler materials of breast implants.

13) EQUAM believes that a European and world-wide registry of patients is crucial for identifying information on short-term complications such as capsular contracture or rupture, and to provide a database for long-term research on breast implants. Principles of confidentiality and the safeguarding of the

privacy of patients must be maintained for such a registry to be successful.

14) Objective media reports contribute to the reassurance of patients. EQUAM will continue to provide updated information about implants and new technologies in plastic surgery to the media.

15) After evaluation of current data, EQUAM joins the British Medical Devices Agency in their recommendation of June 6, 2000 for removal of the soybean oil-filled (Trilucent) implants.

16) Based on current knowledge, EQUAM confirms the safe use of silicone gel and saline-filled breast implants.

Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе

Принято Европейским совещанием по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994

О ДЕКЛАРАЦИИ

В Амстердаме 28 – 30 марта 1994 г. под эгидой Европейского регионального бюро ВОЗ (WHO Regional Office for Europe) – (WHO/EURO) по приглашению Правительства Нидерландов проходило Европейское консультативное совещание по правам пациента (The European Consultation on the Rights of Patients). В его работе приняли участие 60 представителей из 36 государств-членов ВОЗ. Целью Совещания было определение принципов и стратегии в вопросах обеспечения прав пациентов в контексте процессов реформирования систем здравоохранения, происходящих в настоящее время во многих странах.

Настоящее Совещание завершило длительный подготовительный этап работы, в ходе которой WHO/EURO провел в европейских странах серию исследований по оценке состояния дел в области прав пациента. Выявленные в ходе исследований общая заинтересованность, политические

тенденции и появление нормативных законодательных инициатив свидетельствуют о том, что настало время оказать поддержку многим европейским странам с целью дальнейшего развития политики в области защиты прав пациентов. Результаты исследований опубликованы в книге «Права пациентов в Европе» (The Rights of Patients in Europe), WHO, 1993. При поддержке правительства Нидерландов, широком участии правительств и неправительственных учреждений европейских стран эксперты-специалисты в области прав пациентов составили общий документ «Основы концепции прав пациента» (The Principles of Patients' Rights), призванный оказать помощь в становлении политики в области прав пациентов в любой стране.

«Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе» является общеевропейской программой действий и излагает основные принципы в том виде, в котором они были утверждены Амстердам-

ским Совещанием. Данную Декларацию следует рассматривать как руководство для граждан и пациентов по совершенствованию отношений с производителями медицинских услуг и руководителями здравоохранения. Основы прав пациента, утвержденные Амстердамским Совещанием, должны стать надежной базой и активным средством дальнейшего развития новых тенденций в деле охраны здоровья.

Полностью материалы Амстердамского Совещания будут опубликованы отдельным изданием в текущем году.

Копенгаген, апрель 1994 г.

Европейское консультативное совещание ВОЗ по правам пациента, проходившее в Амстердаме с 28 по 30 марта 1994 г., приняло прилагаемый документ «Основы концепции прав пациента в Европе: общие положения (Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework)», представляющий собой

свод основных принципов, направленных на поддержку и осуществление прав пациента на территории европейских государств-членов ВОЗ.

На Совещании детально рассмотрены возможные направления действий в области защиты прав пациентов, опирающихся на основные принципы этого документа и практический опыт участников Совещания. Их суть изложена ниже.

СТРАТЕГИИ В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

Выбор стратегии в вопросах обеспечения прав пациентов и их обязанностей должен быть тщательно подготовлен с тем, чтобы намерения могли гарантированно перерасти в действия, что обеспечит поддержку со стороны заинтересованных сторон. Ни одна акция не совершается автоматически вслед за принятием решения; для достижения оптимального эффекта требуется время.

Ситуации в разных странах неодинаковы в силу различий действующих в них законодательств, организации национальных служб здравоохранения, экономических условий, социальных, культурных и нравственных ценностей; однако существуют некоторые общие принципы политики в области защиты прав пациента, которые могут быть должным образом адаптированы к условиям каждой отдельно взятой страны. Мы призываем все заинтересованные стороны инициировать и пересматривать множественные стратегии осуществления этой политики, которые, вероятнее всего, будут включать следующие компоненты:

- принятие законодательных или подзаконных актов, определяющих права и обязанности пациентов, представителей медицинской профессии и учреждений здравоохранения,

- принятие периодически пересматриваемых медицинских и других профессиональных кодексов, хартий прав пациентов и иных аналогичных документов, созданных на основе согласия и взаимопонимания между

представителями граждан, пациентов, медицинских работников и политиков,

- развитие сотрудничества среди и между пациентами, производителями и поставщиками медицинских услуг, учитывающего различие взглядов здоровых граждан и потребителей медицинских услуг,

- оказание поддержки со стороны правительства созданию и успешной работе неправительственных общественных организаций, чья деятельность связана с отстаиванием прав пациентов,

- организацию в национальном масштабе дискуссий и конференций с участием всех заинтересованных сторон, что способствовало бы возникновению и развитию взаимопонимания,

- привлечение средств массовой информации с целью информирования населения, побуждения сторон к конструктивному диалогу, поддержки осведомленности населения в области прав и обязанностей пациентов и потребителей медицинских услуг, а также органов, их представляющих,

- улучшение подготовки в области приобретения навыков общения и защиты прав как для работников здравоохранения, так и для пациентов и других потребительских групп с целью правильного понимания задач и роли всех участников взаимодействия,

- обеспечение проведения исследований с целью оценки и документирования эффективности законодательных мер и других методов и инициатив, предпринятых в различных странах в области обеспечения прав пациента.

МЕЖДУНАРОДНАЯ АКЦИЯ

Предполагается, что сотрудничество между ВОЗ, Советом Европы и Европейским Сообществом в поддержку прав пациентов будет в дальнейшем расширяться на базе акции, предпринятой в результате Совещания. Последовательность проводимой политики, скоординированные стратегии ее осуществления, правильное понимание того, как наи-

лучшим образом задействовать имеющиеся ресурсы и возможности, являются важными компонентами существующего в Европе движения за обеспечение прав пациента, их врачей и советников. Решающая роль в вопросах обеспечения прав пациента отводится международным неправительственным общественным организациям.

Прошедшая Региональная конференция ВОЗ (Копенгаген, 5 — 9 декабря 1994 г.) по политике в области здравоохранения (WHO Regional Conference on Health Policy) явилась важным этапом борьбы за обеспечение прав пациента в Европе. На проведенной 25 — 28 марта 1996 г. Региональной конференции ВОЗ в Вене по проблемам систем здравоохранения в изменяющейся Европе (WHO Regional Conference on Health Care Systems in Transition in Europe) были рассмотрены вопросы, касающиеся прав, роли и обязанностей как пациентов, так и медицинских работников. В адрес ВОЗ поступило предложение о том, что ее Региональному бюро необходимо наладить соответствующие механизмы контроля за происходящими в странах событиями с тем, чтобы сообщать о результатах наблюдений на Венской конференции.

ОСНОВЫ КОНЦЕПЦИИ ПРАВ ПАЦИЕНТА В ЕВРОПЕ: ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Введение

1. Предпосылки

Социальные, экономические, культурные, этические и политические перемены способствовали расширению движения общественной мысли в Европе за детальную разработку и осуществление концепции прав пациента. Отстаиваются новые, более прогрессивные концепции прав пациента. Отчасти этот процесс является следствием проводимой государствами-членами ВОЗ политики, ставящей в центр внимания наиболее полное претворение этой концепции в жизнь как из уважения к человеку, так и ради достижения справедливого равенства в вопросах

охраны здоровья. Делается акцент на поощрение индивидуального выбора (и возможности беспрепятственно его сделать), а также на обязательстве разработать механизмы обеспечения качественной медицинской помощи.

Такие перемены в системах здравоохранения как нарастающая комплексность, деперсонализация и дегуманизация медицинской практики, бюрократические издержки, и тем более прогресс, достигнутый в медицинской науке, технологии и вопросах организации здравоохранения, придают особое значение и важность проблеме права каждого человека на свободное волеизъявление и необходимости переформулировки гарантий других прав пациента.

Одновременно, движение за права человека приобрело особую значимость с тех пор как в 1945 г. государства-члены ООН подтвердили в Уставе ООН свою приверженность делу соблюдения основных прав человека. Вслед за этим в декабре 1948 г. была принята Всеобщая Декларация Прав Человека и 4 ноября 1950 г. подписано Европейское Соглашение по Правам Человека. Правительства различных стран уделяют все большее внимание этим вопросам. Предпринятое ВОЗ исследование проблемы соблюдения прав пациента в Европе свидетельствует о нарастающей тенденции к универсализации принципов и подходов, принятых в ряде стран, независимо от структуры систем здравоохранения в этих странах. По всей видимости, настало время поддержать эти тенденции.

Настоящий документ является попыткой сформулировать ряд принципов, отражающих эволюцию концепции прав пациента, применимых к обстоятельствам, в которых здравоохранение будет функционировать в будущем.

Настоящие Основы концепции прав пациента в Европе были сформулированы с учетом результатов работы всех звеньев, задействованных в разработке документов, относящихся к правам пациентов. Однако

предыдущие попытки были направлены в основном на определение прав некоторых групп лиц, относились к определенным видам деятельности в системе здравоохранения или рассматривали права пациентов в свете обязанностей медицинских работников и лечебных учреждений по отношению к ним. Настоящий документ — попытка изменить эти взгляды, исходя из мнений пациентов как потребителей медицинских услуг и партнеров в системе здравоохранения и его подразделений. Документ преднамеренно сформулирован в общих чертах, избегая, насколько возможно, ссылок на частности или наглядные примеры. Однако очевидно, что представленное изложение обобщенных взглядов охватывает основные принципы концепции, которые могут быть приняты в каждой отдельно взятой стране с целью обеспечения гарантий соблюдения прав пациента. В тексте документа не отражены способы реализации этих прав, поскольку они определяются условиями конкретной страны. Тем не менее, был создан проект возможных путей реализации, в надежде, что предлагаемые рекомендации могут быть в дальнейшем модифицированы в каждой отдельно взятой стране в соответствии с конкретными задачами и обстоятельствами.

2. Руководящие принципы

В настоящем документе концепция медицинской помощи базируется на принципах, сформулированных в резолюции Ассамблеи Всемирной организации здравоохранения о здоровье для всех [World Health Assembly resolution on health for all (HFA)] (WHA 30.43 от 19 мая 1977 г.) и на связанной с ними модели медицинской помощи, провозглашенной Алма-Атинской Декларацией (12 сентября 1978 г.). Согласно этим принципам, концепция медицинской помощи включает весь спектр услуг, направленных на обеспечение и защиту здоровья, профилактику, диагностику, лечение, уход и реабилитацию. Следовательно, пациент нуждается во множестве производи-

телей медицинских услуг и сам может выступать во множестве ролей — от нуждающегося в постороннем уходе тяжелого больного до клиента, обращающегося за советом, который бы помог ему, как потребителю и покупателю медицинских услуг, сделать свой выбор. Состояние пациента может варьировать от полного здоровья до терминального.

Обращаясь к теме прав пациента, необходимо различать его социальные и индивидуальные права. Социальные права в области охраны здоровья связаны с социальными обязательствами, взятыми на себя или возложенными на правительство, общественные или частные организации по разумному обеспечению всего населения медицинской помощью. Что является разумным в терминах объема и номенклатуры доступных услуг, степени совершенства и специализации медицинских технологий, определяют политические, социальные, культуральные и экономические факторы. Социальные права также связаны с равной доступностью медицинской помощи для всех жителей страны или географического региона и устранением финансовых, географических, культуральных, социальных, психологических и иных дискриминирующих барьеров.

Социальные права — достояние всего общества. Они определяются уровнем развития общества в целом и, в какой-то мере, политической ориентацией на приоритеты в развитии общества.

В отличие от социальных, индивидуальные права пациента легче определить и легче проверить их исполнение. Под индивидуальными подразумеваются такие права как право на целостность личности, на невмешательство в личную жизнь, на конфиденциальность и религиозные убеждения. Хотя настоящий документ направлен на развитие социальных прав, его доминирующий акцент смещен в область индивидуальных прав. Концептуальные основы настоящего рассмотрения прав пациентов в значительной сте-

пени основаны на ряде межправительственных деклараций о свободах и правах человека. В намерения авторов входило не формулирование принципиально новых прав пациента, а создание единой, последовательной концепции в области отношений «пациент — медицина». По сходным причинам документ не рассматривает общие права, обязанности и меры ответственности, поскольку они устанавливаются законодательством каждой страны.

В документе поднимается вопрос о разумных ограничениях прав пациента. По большей части эти ограничения не включены в текст документа с тем, чтобы наиболее простым и доступным образом декларировать достаточно широкий перечень прав. Уместно разъяснить суть основных возможных ограничений. Ограничения в правах пациента обычно определяет закон. Важно, чтобы ограничения прав пациента не затрагивали имманентных прав человека и не выходили за требования закона. На практике эти ограничения продиктованы необходимостью поддержания общественного порядка, требованиями охраны здоровья членов общества и необходимостью соблюдения прав каждого гражданина.

В некоторых случаях причиной ограничения прав пациента являются интересы третьей стороны (так называемая доктрина «конфликта интересов»), когда неограниченность прав пациента может нанести серьезный ущерб третьим лицам и нет иного выхода предотвратить этот ущерб иначе как путем ограничения прав пациента. В других случаях аналогичные меры оправданы в целях защиты самого пациента (так называемые «терапевтические ограничения»). Однако, поскольку в настоящем документе излагаются общие принципы, вышеупомянутые ограничительные исключения из прав пациента в него не включены.

Задачи документа

Основы концепции прав пациента в Европе следует рассматривать как поддержку нарастающего интере-

са во многих государствах к проблеме защиты прав пациентов. В рамках настоящего документа сделана попытка отразить и выразить надежды людей не только на улучшение доступной им медицинской помощи, но и на более полное признание их прав как пациентов. В документе отражены перспективные возможности и производителей медицинских услуг, и пациентов. Это предопределяет взаимодополняющую природу прав и обязанностей: пациенты несут обязанности по отношению к себе за медицинскую самопомощь и перед производителями медицинских услуг, а производители медицинских услуг могут рассчитывать на такую же защиту своих прав, как и все остальные граждане. В основу создания настоящего документа положена посылка о том, что формулирование прав пациента позволит людям в большей мере осознать свою ответственность при обращении за медицинской помощью и что отношения пациента и производителя медицинских услуг будут строиться на взаимной поддержке и уважении.

Пациенты должны знать о своих практических возможностях в деле улучшения системы здравоохранения. Их активное участие в процессе диагностики и лечения часто необходимо, а порой и незаменимо. Оно чрезвычайно важно при предоставлении производителям медицинских услуг всей необходимой для диагностики и лечения информации. В установлении отношений доверительного диалога пациент — производитель медицинских услуг роли каждой из сторон важны в равной степени.

В самом деле, подчеркнуть роль пациента в деле обеспечения доступности медицинской помощи необходимо еще раз, особенно в условиях современных сложных систем здравоохранения, существование которых поддерживается на деньги общества, экономное расходование которых является обязанностью и медицинских работников, и пациентов. Поскольку участие пациента в процессе клинической подготовки

врачей возможно лишь с его информированного согласия, они должны знать, что именно от них согласия зависит подготовка завтрашних компетентных специалистов.

3. Проведение в жизнь

Каждой стране предстоит решить, как наилучшим образом использовать подобный документ, исходя из проводимой политики в области здравоохранения, практических условий данной страны, возможностей законодательной поддержки прав пациента.

Хотя в целях ясности некоторые предложения сформулированы очень четко, текст документа является по сути руководством, которое может быть обсуждено в ходе политической дискуссии в масштабах страны, а также использовано при формулировании или переформулировании национальной политики, законов или подзаконных актов по всем затронутым вопросам или любому из них. Хочется надеяться, что этот документ будет иметь непосредственную ценность для всех заинтересованных сторон, включая пациента и организации потребителей, вовлеченные в систему здравоохранения профессиональные ассоциации врачей и других медицинских работников, ассоциации больниц и других лечебных учреждений.

4. Цели

Исходя из вышеизложенного, «Основы концепции прав пациента в Европе» могут рассматриваться как документ, который создан для того, чтобы:

- подтвердить основные права человека в области охраны его здоровья и, в особенности, чтобы защитить его достоинство и целостность личности, а также чтобы обеспечить уважение к пациенту как к личности;
- предложить на рассмотрение государств-членов ВОЗ свод основных принципов, лежащих в основе концепции прав пациента, которые могут быть использованы при формулировании или переформулировании политики в области охраны прав пациента;

— помочь пациентам извлечь максимальную пользу при обращении за услугами системы здравоохранения и смягчить остроту тех проблем, с которыми они могут столкнуться в рамках этой системы;

— способствовать становлению и развитию взаимовыгодных отношений между пациентами и медработниками и, в частности, поощрять активность пациентов;

— укрепить существующие и создать новые возможности диалога между организациями пациентов, медицинских работников, организаторов здравоохранения, а также другими заинтересованными структурами;

— привлекать в национальном, региональном и международном масштабе внимание к возникающим проблемам и способствовать развитию международного сотрудничества в области защиты права пациента;

— обеспечить защиту основных прав человека и гуманизацию медицинской помощи, включая помощь наиболее ранимым, таким как дети, психические больные, пожилые и тяжелобольные.

Основы концепции

При создании Основ концепции прав пациента в Европе были использованы следующие межправительственные документы:

— Всеобщая декларация прав человека (The Universal Declaration of Human Rights) (1948)

— Международное соглашение по гражданским и политическим правам (The International

Convention on Civil and Political Rights) (1966)

— Международное соглашение по экономическим, социальным и культурным правам (The International Convention on Economic, Social and Cultural Rights) (1966)

— Европейская конвенция по правам и основным свободам человека (European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms) (1950)

— Европейская общественная хартия (European Social Charter) (1961)

1. Права пациентов

1. Права человека и человеческие ценности в здравоохранении

Подходы, изложенные во «Введении», следует понимать как приложения к концепции охраны здоровья, а система здравоохранения, в свою очередь, должна отражать заложенные в них общечеловеческие ценности. Никакие ограничения прав пациентов не должны нарушать права человека, и каждое ограничение должно иметь под собой правовую базу в виде законодательства той или иной страны. Осуществление нижеперечисленных прав должно происходить не в ущерб здоровью других членов общества и не нарушать их человеческих прав.

1.1 Каждый человек имеет право на уважение собственной личности.

1.2 Каждый человек имеет право на самоопределение.

1.3 Каждый человек имеет право на сохранение своей физической и психической целостности, а также на безопасность своей личности.

1.4 Каждый человек имеет право на уважение его тайн.

1.5 Каждый человек имеет право иметь собственные моральные и культурные ценности, религиозные и философские убеждения.

1.6 Каждый человек имеет право на защиту собственного здоровья в той мере, в которой это позволяют существующие меры профилактики и лечения болезней, и должен иметь возможность достичь наивысшего для себя уровня здоровья.

2. Информация

2.1 Для всеобщей пользы информация о медицинских услугах и о том, как лучше ими воспользоваться, должна быть доступна широкой общественности.

2.2 Пациенты имеют право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая медицинские факты относительно своего состояния, данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых и альтернативных методов лечения, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о

диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий.

2.3 Информация может быть скрыта от пациента лишь в тех случаях, если есть веские основания полагать, что предоставление медицинской информации не только не принесет пользы, но причинит пациенту серьезный вред.

2.4 Информацию следует сообщать в доступной для пациента форме, минимизируя использование непривычных для него терминов. Если пациент не говорит на обычном в данной стране языке, необходимо обеспечить ту или иную форму перевода.

2.5 Пациент имеет право отказаться от информации, и это его желание должно быть выражено в явной форме.

2.6 Пациент имеет право выбрать лицо, которому следует сообщать информацию о здоровье пациента.

2.7 Пациент должен иметь возможность ознакомиться со «вторым мнением».

2.8 При поступлении в лечебно-профилактическое учреждение пациент должен получить сведения об именах и профессиональном статусе тех, кто будет оказывать ему медицинские услуги, а также о правилах внутреннего распорядка.

2.9 При выписке из лечебно-профилактического учреждения пациент имеет право потребовать и получить выписку из истории болезни с указанием диагноза и проведенного лечения.

3. Согласие

3.1 Информированное осознанное согласие пациента является предварительным условием любого медицинского вмешательства.

3.2 Пациент имеет право отказаться от медицинского вмешательства или приостановить его проведение. Последствия подобного отказа следует тщательно разъяснить пациенту.

3.3 Если пациент не в состоянии выразить свою волю, а медицинское вмешательство необходимо по неотложным показаниям, следует предполагать, что согласие на такое вмешательство есть; исключением

может являться случай, когда пациент ранее заявил, что не согласится на медицинское вмешательство в ситуации, подобной той, в которой он оказался.

3.4 В случаях, когда требуется согласие законного представителя пациента, но получить таковое не представляется возможным в связи с неотложностью ситуации, медицинское вмешательство может быть осуществлено, не дожидаясь согласия законного представителя пациента.

3.5 В случаях, когда требуется согласие законного представителя пациента, последнего (ребенка или взрослого) тем не менее следует привлекать к процессу принятия решения в той мере, в какой позволяет их состояние.

3.6 В случаях, когда законный представитель пациента не дает согласия на медицинское вмешательство, а врач или иной производитель медицинских услуг считает, что в интересах пациента вмешательство следует провести, решение должно быть принято судом или другой арбитражной инстанцией.

3.7 Во всех иных случаях, когда пациент не в состоянии дать информированное осознанное согласие, а его законный представитель или лицо, уполномоченное на это пациентом, отсутствуют, необходимо сделать все возможное, чтобы процесс принятия решения был полноценным, с учетом всего, что известно по данному случаю, а также того, что можно предположить относительно желания пациента.

3.8 Согласие пациента необходимо во всех случаях консервации и использования любых компонентов человеческого тела. Допустимо предполагать, что согласие получено во всех тех случаях, когда компоненты тела используются для целей диагностики, лечения или ухода за пациентом.

3.9 Необходимо осознанное информированное согласие пациента на его участие в процессе клинического обучения.

3.10 Осознанное информированное согласие пациента является

необходимым предварительным условием его участия в научном исследовании. Все протоколы должны быть подвергнуты соответствующей этической экспертизе. Подобные исследования не могут проводиться с участием лиц, неспособных выразить свою волю, за исключением случаев, когда получено согласие законного представителя и исследование проводится в интересах пациента. В исключительных случаях недееспособные пациенты могут вовлекаться в обсервационные исследования, не сулящие непосредственной пользы улучшению их здоровья, при условии, что они активно не возражают против участия в исследовании, угроза их здоровью минимальна, исследование имеет важное значение и нет других возможностей его проведения.

4. Конфиденциальность и приватность

4.1 Вся информация о состоянии здоровья пациента, диагнозе, прогнозе и лечении его заболевания, а также любая другая информация личного характера должна сохраняться в секрете, даже после смерти пациента.

4.2 Конфиденциальную информацию можно раскрыть только тогда, когда на это есть ясно выраженное согласие пациента либо это требует закон. Предполагается согласие пациента на раскрытие конфиденциальной информации медицинскому персоналу, принимающему участие в лечении пациента.

4.3 Все данные, могущие раскрыть личность пациента, должны быть защищены. Степень защиты должна быть адекватна форме хранения данных. Компоненты человеческого тела, из которых можно извлечь идентификационную информацию, также должны храниться с соблюдением требований защиты.

4.4 Пациенты имеют право доступа к истории болезни, а также ко всем материалам, имеющим отношение к диагнозу и лечению. Пациент имеет право получить копии этих материалов. Однако данные, касающи-

еся третьих лиц, не должны стать доступными для пациента.

4.5 Пациент имеет право потребовать коррекции, дополнения, уточнения и/или исключения данных личного и медицинского характера, если они неточны, неполны или не имеют отношения к обоснованию диагноза и проведению лечения.

4.6 Запрещается любое вторжение в вопросы личной и семейной жизни пациента за исключением тех случаев, когда пациент не возражает против этого и необходимость вторжения продиктована целями диагностики и лечения.

4.7 В любом случае, медицинское вторжение в личную жизнь пациента безусловно предполагает уважение его тайн. Поэтому подобное вторжение может осуществляться лишь в присутствии строго необходимых для его проведения лиц, если иного не пожелает сам пациент.

4.8 Пациенты, приходящие и поступающие в лечебно-профилактическое учреждение, имеют право рассчитывать на наличие в этом учреждении инвентаря и оборудования, необходимого для гарантии сохранения медицинской тайны, особенно в тех случаях, когда медицинские работники осуществляют уход, проводят исследовательские и лечебные процедуры.

5. Лечение и организация медицинской помощи

5.1 Каждый человек имеет право на получение медицинской помощи, соответствующей состоянию его здоровья, включая профилактическую и лечебную помощь. Предоставление медицинских услуг должно соответствовать финансовым, человеческим и материальным ресурсам данного общества и обеспечивать постоянную доступность необходимой медицинской помощи для всех в равной мере, без какой-либо дискриминации.

5.2 Пациенты имеют коллективное право на определенную форму представительства своих интересов на всех уровнях системы здравоохранения при принятии решений о плани-

ровании и оценке медицинских услуг, определяющих объем, качество и характер медицинской помощи.

5.3 Пациенты имеют право на качественную медицинскую помощь, отвечающую как высоким технологическим стандартам, так и принципам человечности в отношениях между пациентом и производителями медицинских услуг.

5.4 Пациенты имеют право на преемственность медицинской помощи, подразумевающую сотрудничество всех медицинских работников и/или учреждений в деле постановки диагноза, лечения и ухода за пациентом.

5.5 В ситуациях, когда медицинская помощь должна быть оказана одновременно нескольким пациентам и медицинский работник вынужден определить очередность ее оказания, пациенты имеют право надеяться на то, что «сортировка» будет основана исключительно на медицинских критериях и на нее не повлияют никакие дискриминационные факторы.

5.6 Пациенты имеют право выбора и замены врача или иного поставщика медицинских услуг, в том числе и лечебно-профилактического учреждения.

5.7 Если, по медицинским показаниям, целесообразен перевод пациента в другое лечебно-профилактическое учреждение или выписка его домой, пациенту необходимо разъяснить причины такого перевода или выписки. Необходимым условием перевода является согласие другого лечебно-профилактического учреждения принять данного пациента. Если после выписки необходимо лечение и/или уход по месту жительства, то перед выпиской необходимо удостовериться в том, что соответствующее лечение и/или уход будут реально осуществимы.

5.8 Пациент имеет право на достойное обращение в процессе диагностики, лечения и ухода, уважительное отношение к своим культуральным и личностным ценностям.

5.9 В процессе лечения и ухода пациент имеет право на поддержку се-

мьи, родственников и друзей, а также на духовную и пастырскую помощь.

5.10 Пациенты имеют право на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний.

5.11 Умиравший имеет право на гуманное обращение и на достойную смерть.

6. Реализация прав пациентов

6.1 Осуществление перечисленных в настоящем документе прав предполагает наличие механизмов их реализации.

6.2 Должно быть обеспечено пользование перечисленными в настоящем документе правами без какой-либо дискриминации.

6.3 В процессе оказания медицинской помощи пациент может быть подвергнут лишь таким ограничениям, которые не противоречат принципам прав человека и находятся в соответствии с законодательством данной страны.

6.4 В случаях, когда сам пациент не может воспользоваться перечисленными в настоящем документе правами, их должен осуществить его законный представитель или лицо, уполномоченное на это пациентом; в случае отсутствия законного представителя или уполномоченного лица следует предпринять иные меры, направленные на представительство интересов пациента.

6.5 Каждому пациенту должна быть предоставлена информация о его правах, перечисленных в настоящем документе, и обеспечена возможность получения соответствующей консультации. Если пациент считает, что его права нарушены, он может подать жалобу. В дополнение к судебной процедуре, на уровне лечебно-профилактического учреждения и иных уровнях должны существовать независимые механизмы рассмотрения подобных жалоб и вынесения решений по ним. Эти инстанции должны информировать пациента о процедуре подачи жалобы и оказывать соответствующие независимые консультации. Они же, при необходимости, должны обе-

спечивать защиту интересов пациента от его имени. Пациенты имеют право на внимательное, справедливое, эффективное и незамедлительное рассмотрение их жалоб, а также на информацию о результатах их рассмотрения.

7. Определения

В настоящих Основах концепции прав пациента в Европе использованы следующие термины:

Пациент (ы)

Здоровый (здоровые) или больной (больные) потребитель (потребители) медицинских услуг.

Дискриминация

Различение лиц, находящихся в одинаковом, с точки зрения медицины, статусе по критериям расы, пола, религиозным и политическим убеждениям, принадлежности к национальному меньшинству либо по признаку личной антипатии.

Медицинская помощь

Врачебные, сестринские или связанные с ними услуги, оказываемые производителями медицинских услуг и лечебно-профилактическими учреждениями.

Производители медицинских услуг

Врачи, сестры, дантисты и представители других медицинских профессий.

Медицинское вмешательство

Любое обследование, лечение или иное действие, преследующее профилактическую, диагностическую, лечебную или реабилитационную цель, выполняемое врачом или иным производителем медицинских услуг.

Лечебно-профилактическое учреждение

Медицинское учреждение, подобное больнице, дому сестринского ухода или дому инвалидов.

Помощь умирающему

Медицинская помощь пациенту, оказываемая в тех случаях, когда доступными методами лечения невозможно улучшить фатальный прогноз исхода заболевания или состояния, а также медицинская помощь, оказываемая непосредственно перед смертью пациента.

Акция Interplast прошла на «отлично»

С 17 по 26 сентября в АНО НИИ микрохирургии работали врачи международной благотворительной организации Interplast-Germany Пауль Эдельман, Найоми Гонзалес Мунос и Ута Опитц.

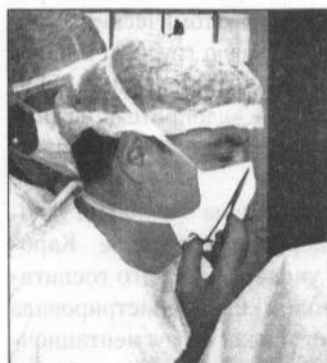
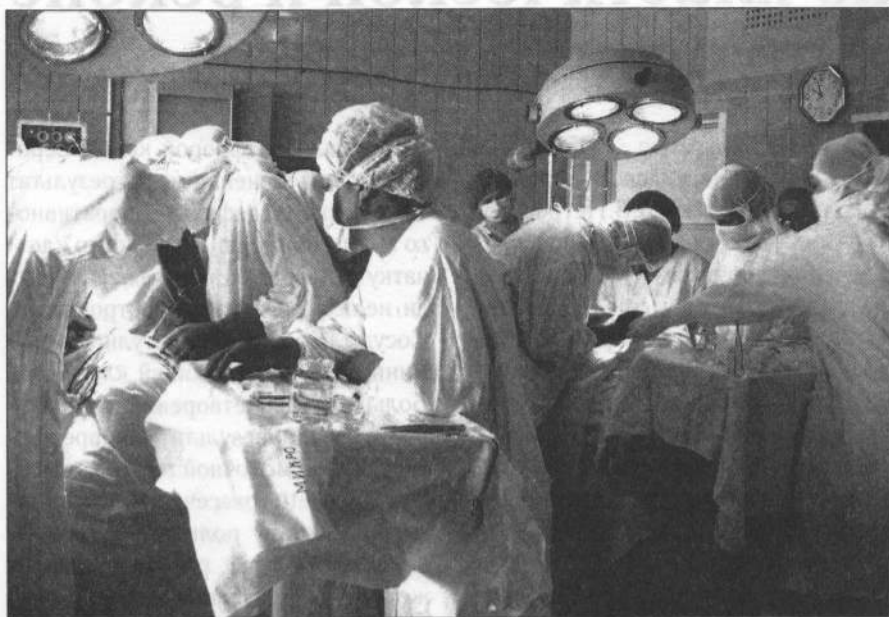
За это время было осмотрено 106 пациентов в возрасте от 3 до 16 лет из Томска, Томской области, Северска, Тувы, Кемерова, Красноярского и Алтайского краев. Все ребята с родственниками были размещены в пансионате при Областной клинической больнице. На операции были отобраны 24 ребенка. В день томские и германские микрохирурги делали 2-3 операции, а всего их было 52, поскольку одному ребенку приходилось делать несколько операций. Остальным детям операции будут делать в Томске по специальному графику, который расписан до конца года.

Все операции проходили на оборудовании НИИ микрохирургии, а расходные материалы привезли представители Interplast-Germany на сумму около 1000 евро. Помогали в проведении акции студенты-волонтеры медуниверситета, знающие немецкий язык.

«Отрадно, что у нас не было никаких осложнений после операций, — говорит директор НИИ микрохирургии, профессор Владимир Байтингер, — все шовчики были состоятельными, ни один ребенок не подхватил ОРЗ, все в добром здравии поехали домой. А родители высказывали нам огромную благодарность, для них все операции были абсолютно бесплатны».

Врачи благотворительной организации встретились в Томске с губернатором области Виктором Крессом, ректором СибГМУ Вячеславом Новицким, депутатом Госдумы области Иваном Кляйном, познакомились с городом и его окрестностями.

В.А. АНТОНОВА



Восьмой интенсивный курс по пластической и реконструктивной хирургии

26-27 октября 2005 года в Российском научном центре хирургии им.Б.В.Петровского (Москва) прошло обучение пластических хирургов из Российской Федерации, Белоруссии, Казахстана по пластической и реконструктивной хирургии молочной железы. Организаторами этого обучения стали ОПРЭХ, Международная конфедерация обществ пластической, реконструктивной и эстетической хирургии, отдел восстановительной микрохирургии РНЦХ РАМН и Международная медицинская корпорация. С лекциями и демонстрациями оперативных пособий выступили Хосе Луис Мартин дель Иерро (Испания) и Марианна Бьюсанг-Линдер (Швеция).

Профессор Х.Л.М.Иерро привел свои доказательства преимуществ установки анатомических имплантатов из инфрамаммарного доступа под большую грудную мышцу. Критике была подвергнута установка эндопротеза из подмышечной ямки. Лектор много времени уделил разметке и подбору анатомических имплантатов молочной железы, а также акцентировал внимание на необходимости учитывать при этом телосложения пациентки. Для нормостеников он рекомендовал круглый анатомический имплантат, для гиперстеников — эллипсоидный с горизонтальной осью, для астеников — эллипсоидный с вертикальной осью. Всем худым пациенткам лучше устанавливать имплантат под большую грудную мышцу, полным — в ретромаммарное пространство. Было обращено внимание на капсульные контрактуры, встречающиеся у 4% прооперированных пациенток. Ее развитие связывается с техническими погрешностями (неадекватный гемостаз ложа) и контаминацией протеза

бактериальной флорой кожи. Серома была расценена им как результат технического дефекта оперативного вмешательства. Подкожную клетчатку и поверхностную фасцию груди нельзя рассекать электроножом. Сосуды необходимо коагулировать с минимумом окружающей клетчатки. Большое удовлетворение слушателей вызвали результаты коррекции тубулярной молочной железы по методу Puckett: рассечение перетяжки по нижнему полюсу, заполнение нижнего полюса распластыванием железы без фиксации чрезкожными швами с одновременным эндопротезированием анатомическим протезом под большую грудную мышцу. Кроме того, были показаны хорошие результаты эндопротезирования молочной железы при деформациях грудной стенки.

Доктор медицины Марианна Бьюсанг-Линдер на материале Каролинского университетского госпиталя (Стокгольм) продемонстрировала не только успехи в аугментационной маммопластике, но и осложнения. Их редко показывают пластические хирурги. В программе лечения гнойных осложнений большое место было уделено антибиотикотерапии и гипербарической оксигенации. Последняя позволяет в 25% случаев получить хороший результат. Не обошла она внимание также капсульную контрактуру. Было заявлено, что обычно она развивается у курящих женщин, а также в случаях гематомы кармана. В отличие от испанского хирурга, она устанавливает дренаж (1-2 дня) через подмышечную ямку. Марианна Бьюсанг-Линдер говорила о необходимости рассечения кожи только после внутрикожной инфильтрации раствора анестетика с эпинефрином по линии будущего разреза. Важна технология ведения

послеоперационного периода. В отличие от очень активной испанской методики, она ратует за спокойное ведение с массой ограничений физического характера и специальным двухнедельным эластическим бинтованием. При выраженном птозе (послеродовом) молочных желез была рекомендована подмышечная имплантация протезов из инфрамаммарного доступа с одновременной мастопексией по Мадлен Лежур. Пациенткам после аугментационной маммопластики не рекомендуется худеть. Было обращено внимание на тот факт, что потеря веса тела на 1 кг сопровождается уменьшением массы молочной железы на 20 граммов. Хирург из Швеции показала свои великолепные результаты первичной реконструкции молочной железы. По данным Каролинского университетского госпиталя, при раке молочной железы в 70% случаев выполняется сегментарная резекция и в 30% — мастэктомия. Методика Холстеда не применяется. В 35% случаев после мастэктомии (Т2) выполняется первичная реконструкция молочной железы с использованием анатомического имплантата Becker-35 с и даже без торакодорзального лоскута. Карман для такого имплантата делают на 2,5 см ниже инфрамаммарной складки, т.к. при последующем наполнении имплантат будет подниматься. Впервые слушатели узнали о профилактической подкожной мастэктомии «здоровой» железы при односторонней мастэктомии. В Швеции такие операции выполняют тем онкобольным, у которых ближайшие родственники (мать, бабушка и др.) страдали от рака молочной железы и у них был выявлен соответствующий онкомаркер. При установке имплантата Becker-35 нельзя отсекать прикрепление большой грудной мыш-

цы, а его порт необходимо выводить близко к коже по средне-подмышечной линии. В послеоперационном периоде имплантат заполняют медленно (по 20 мл в неделю). Его перерастягивают на 10 % и в таком

состоянии оставляют на 6 месяцев. Затем из протеза удаляют часть жидкости. Формируется птоз. Под местной анестезией формируют сосок с использованием части ареолы другого соска.

Гости ответили на большое количество вопросов. Они вынуждены были признать высокий уровень российских онкологов из Санкт-Петербурга и Казани, занимающихся первичной реконструкцией молочной железы.

Пластическая и реконструктивная микрохирургия в травматологии и ортопедии

25 октября 2005 года в ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена» проходила научно-практическая конференция «Пластическая и реконструктивная микрохирургия в травматологии и ортопедии». Было заслушано 25 докладов.

Директор Института травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена, профессор Р.М.Тихилов в своем вступительном слове обратил особое внимание на значение микрохирургии в улучшении результатов лечения пациентов с дефектами мягких тканей и суставов, а также на выдающуюся роль Лауреата Государственной премии СССР, профессора А.Е.Белоусова в разработке этих вопросов. Профессор Н.Г.Губочкин (Санкт-Петербург) доложил о результатах лечения огнестрельных ранений кисти. Поврежденные нервные стволы рекомендовано восстанавливать на втором этапе. Интересным было предложение по имплантации культи нерва под перимизиум денервированной мышцы. Профессор В.Г.Голубев (Москва) показал уникальные возможности реконструктивной и пластической микрохирургии в травматологии и ортопедии. Профессор И.В.Шведовченко (С.-Петербург) доложил о возможностях реконструктивной микрохирургии в детской травматологии и ортопедии. Были продемонстрированы результаты пересадки зон ро-

ста и пересадки пальцев со стопы на кисть. По его наблюдениям, очень редко удастся запитывать стопный палец через тыльную межплюсневую артерию. Если венозная магистраль — стабильный компонент, то артериальный компонент чрезвычайно переменчивый. Палец стопы, по его данным, лучше запитывать из ветви подошвенной артериальной дуги. Остался без ответа вопрос улучшения чувствительности пальца стопы после его пересадки на кисть: дискриминационная проба до операции — 6 мм, после пересадки — 2 — 4 мм. Профессор А.Е.Белоусов (С.-Петербург) сделал великолепный доклад по кожным рубцам, призвав врачей бороться за качество будущего рубца. Самой высокой оценки заслужил доклад к.м.н. Л.А.Родомановой (С.-Петербург) по результатам применения микрохирургической техники в хирургии кисти. А.Г.Полькин (С.-Петербург) показал результаты использования префабрицированных ротационных

лучевого и локтевого лоскутов для закрытия дефектов ладонной поверхности кисти. Осложнением при использовании локтевого лоскута была нейропатия локтевого нерва. Профессор Р.М.Тихилов с соавторами (С.-Петербург) показали возможности замещения остеомиелитических дефектов в области вертлужной впадины островковым лоскутом из латеральной широкой мышцы бедра. Профессор А.Ю.Кочиш (С.-Петербург) продемонстрировал возможности пластического замещения остеомиелитических дефектов нижних конечностей поликомplexами тканей и, в частности, передне — латеральным лоскутом бедра.

В целом, многие участники научной конференции были едины в том, что в С.-Петербурге начинается возрождение чрезвычайно эффективной хирургической технологии — реконструктивной и пластической микрохирургии в травматологии и ортопедии.

ЭТО ИНТЕРЕСНО

У мужчин грудь плоская и почти невыраженная. Женская грудь, образованная двумя молочными железами, состоит из железистой ткани, опорной (соединительной) ткани и большого количества жира. У девочек грудь начинает расти за 8-10 месяцев до первой менструации. Размер груди у разных женщин различен, но соски у всех женщин выделяются на 1 см в центре околососкового кружка диаметром около 4 см.

Женская грудь очень чувствительна и является одной из эрогенных зон.

ЮБИЛЕИ**Татьяна Борисовна Богуславская**

Татьяна Борисовна Богуславская — доктор медицинских наук, профессор кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ММА им. И. М. Сеченова, окончила 2-й Московский медицинский институт им. Н. И. Пирогова в 1941 году и с первых дней Великой Отечественной войны по 1944 год находилась в рядах Красной Армии.

Славный боевой путь юности Татьяны Борисовны прошел по четырем фронтам действующей армии (от Волхова до Сталинграда). Работая хирургом медсанбата, ей приходилось оперировать раненых под свист осколков и грохот бомб в палатках, землянках, сараях, приспособленных под операционные, при этом совершенствуя свое мастерство хирурга, закаляя свой характер и волю к победе.

Вся деятельность Татьяны Борисовны Богуславской в мирное время связана с кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии Московской медицинской академии имени И. М. Сеченова, где она работала с 1947 года по 2002 год. Здесь она прошла путь от старшего лаборанта до профессора кафедры. Это были годы большой научной, педагогической и общественной деятельности под руководством академика В. В. Кованова.

В 1973 году Татьяна Борисовна успешно защитила докторскую диссертацию по хирургической анатомии задних ветвей грудных нервов. Докторская диссертация Т. Б. Богуславской состояла из двух разделов: 1) Изучение хирургической анатомии задних ветвей грудных нервов на различных участках их хода и ветвления и 2) Топографо-анатомическое обоснование харак-



тера повреждений задних ветвей грудных нервов при травмах области позвоночного столба. В ходе работы была дана характеристика повреждений шейного и верхнегрудного отделов позвоночника при вентральном сгибании ("хлыстовых повреждений") и даны практические рекомендации при ударных перегрузках торможения.

Татьяна Борисовна Богуславская является автором 70 печатных работ, в том числе одним из авторов учебника по оперативной хирургии и топографической анатомии для медицинских институтов, изданного под редакцией В. В. Кованова, соавтором множества методических пособий для врачей и студентов.

Велика заслуга Т. Б. Богуславской в деле подготовки и воспитания высококвалифицированных кадров — преподавателей, научных сотрудников и студентов. Не только в России, но и на всем постсоветском пространстве многочисленные ученики Татьяны Борисовны

не только не забывают ее четких рекомендаций по вопросам улучшения педагогической работы, но и по подготовке научных кадров.

На протяжении долгих лет работы на кафедре Татьяна Борисовна сочетает большую педагогическую и научную деятельность с общественной работой. Она избиралась председателем месткома, была ответственной за ФПК на кафедре и по работе СНО кафедры и института (хирургическая секция). Студенты, подготовленные Т. Б. Богуславской, успешно участвовали в Олимпиадах и различных научных мероприятиях.

Заслуги Т. Б. Богуславской отмечены правительственными наградами — орденом Красной Знамени и орденом Отечественной войны II ст., 10 медалями, значком "Отличнику здравоохранения". Многочисленные ученики Татьяны Борисовны из стран ближнего и дальнего зарубежья прислали ей сердечные поздравления по случаю 60-летия Победы с пожеланиями здоровья и долгих лет активной жизни.

Татьяна Борисовна Богуславская — высококвалифицированный топографоанатом, педагог, лектор. Организаторские способности и трудолюбие с легкостью сочетаются в ней с душевной теплотой, чуткостью и доброжелательностью к людям.

С 2002 года Татьяна Борисовна на пенсии, но связи с кафедрой не теряет, по всем наиболее важным проблемам кафедры коллектив советуется с ней.

Ректорат ММА им. И. М. Сеченова, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии поздравляют Татьяну Борисовну с юбилеем и желают ей здоровья, радости, благополучия во всем.

Единые требования к рукописям, представляемым в журнал «Вопросы реконструктивной и пластической хирургии»

ОБЩИЕ ПРАВИЛА. Рукопись статьи должна быть представлена в двух экземплярах на белой бумаге формата А4. Поля сверху и снизу - 2 см, справа - 1,5 см, слева - 3 см, шрифт Times New Roman. Размер шрифта 12 пунктов через 1,5 интервала в формате Word 2000. Рукопись должна включать: 1) титульный лист, 2) основной текст, 3) список литературы, 5) таблицы, 6) иллюстрации, 7) рисунки и подписи к ним. На первой странице должна быть подпись научного руководителя, заверенная печатью учреждения, на последней странице - подписи всех авторов. Электронный вариант статьи прилагается в обязательном порядке, форма представления - дискета 3.5" или компакт-диск без повреждений.

Авторы должны хранить копии всего представленного материала.

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ. Первая страница рукописи (титульный лист) должна содержать: 1) название статьи, 2) инициалы и фамилии каждого из авторов, 3) полное название лечебного учреждения и города, где выполнялась эта работа.

ТЕКСТ. Оригинальные статьи должны состоять из: 1) введения, 2) материала и методов, 3) результатов, 4) обсуждения, 5) заключения, 6) списка литературы.

Обзоры и лекции разбиваются на разделы по усмотрению автора, краткие сообщения на разделы не разбиваются.

ТАБЛИЦЫ. Все таблицы должны быть упомянуты (процитированы) в тексте. Каждая таблица печатается на отдельной странице и нумеруется по первому упоминанию ее в тексте. Разъяснения терминов, аббревиатур помещаются в сноске (примечаниях).

ИЛЛЮСТРАЦИИ. Все иллюстрации (рисунки, диаграммы, фотографии) нумеруются и представляются двух экземплярах. Подписи к ним даются на отдельном листе с указанием названия статьи и фамилии (первого) автора. В тексте должна быть ссылка на соответствующую таблицу или рисунок.

Каждая фотография должна иметь приклеенный сзади ярлычок, содержащий номер рисунка, фамилию автора и обозначение верха.

ССЫЛКИ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

Ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках под номерами в соответствии со списком литературы, в котором авторы перечисляются в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем зарубежные).

Список литературы (под заголовком «Литература») размещается в конце статьи и включает библиографическое описание всех работ, которые цитируются в тексте статьи. Работы отечественных авторов, опубликованные на иностранных языках, помещают по алфавиту среди работ зарубежных авторов, а работы зарубежных авторов, опубликованные на русском языке и кириллицей, помещают среди работ отечественных авторов.

Библиографическое описание литературных источников к статье дается в соответствии с ГОСТ 7.1-84 «Библиографическое описание документа». М., 1984.

Сокращения отдельных слов и словосочетаний приводят в соответствии с ГОСТ 7.12-77 «Сокращение русских слов и словосочетаний в библиографическом описании произведений печати». М., 1977.

ОПИСАНИЕ:

1. Монографии

Указывают в следующей последовательности: фамилию, инициалы, название монографии (полностью раскрывая все слова), номер повторного издания, место издания, издательство, год издания, страницы (от и до или количество).

В монографиях, имеющих до четырех авторов, указывают всех авторов.

Например: Георгиевский В.П., Комисаренко Н.Ф., Дмитрук С.Е. Биологически активные вещества лекарственных растений. Новосибирск: Наука, 1990. 345 с.

Монографии, написанные коллективом авторов более 4-х человек, помещают по алфавиту списке литературы по первому слову заглавия книги. После заглавия через косую черту указывают все фамилии авторов, если их четыре, или фамилии трех авторов и далее «и др.», если авторов больше. Инициалы в этом случае ставят перед фамилией авторов.

Например: Эритроциты и злокачественные новообразования/ В.В. Новицкий, Е.А. Степоява, В.Е. Гольдберг и др. Томск: СТТ, С. 280-288.

В монографиях зарубежных авторов, изданных на русском языке, после

заглавия книги через двоеточие указывают, с какого языка сделан перевод.

Редакторов книг (отечественных и зарубежных) указывают после заглавия книги через косую черту после слов «Под ред.», «Ed.», «Hrsg.».

2. Статьи из журналов и продолжающихся изданий

Выходные данные указывают в следующем порядке: фамилия, инициалы, название статьи, название источника, год, том, номер, страницы (от и до). Отделяют их друг от друга точкой. Номер от тома отделяют точкой. Название статьи отделяют от источника двумя косыми чертами.

Например: Стукс И.Ю. Дефицит магния: диагностика, терапия, профилактика // Сибирский мед. журн. 2000. Т. 15. №4. С. 42-54.

Для отечественных журналов и продолжающихся изданий том обозначают заглавной буквой Т., страницу - заглавной буквой С.

Для зарубежных журналов и продолжающихся изданий том обозначают сокращением «V.» или «Bd», страницы - буквами Р или S.

Например: Rabbany L.E, Antman E.M. The role of magnesium therapy in acute myocardial infarction // Clin. Cardiol. 1996. V. 19. N11. P. 841-844.

3. Статьи из сборников (книг)

Выходные данные указывают в следующей последовательности: фамилия, инициалы, название статьи, через две косые черты название сборника, место издания (город), год, страницы (от и до).

Например: Ткачук В.А. Регуляция кальцием аденилатциклазной системы сердца // Кальций-регулятор метаболизма. Томск, 1987. С. 25-37.

4. Авторефераты

Выходные данные указывают в следующей последовательности: фамилия, инициалы, полное название автореферата, после которого ставят двоеточие и с заглавной буквы указывают, на соискание какой степени защищена диссертация и в какой области науки, место издания, год, страницы (количество).

Например: Соловьев М.М. Лечение перфоративных язв с применением конструкций из никелида титана: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2001. 40 с.

На последней странице должны быть указаны инициалы и фамилия автора, ответственного за ведение переписки, контактные телефоны, адрес электронной почты

Summaries

BREAST RECONSTRUCTION WITH AUTOLOGOUS TISSUE AFTER MASTECTOMY

P. Graf, P. Groener, Ts.A. Brunner, D. Mueller, Kh. Khenke, E. Biemer

The authors demonstrate advantages of large breast reconstruction using pedicled latissimus dorsi flaps (TRAM-flaps) in their investigation. They also take a small (6x6 cm) fragment of musculus rectus abdominis and of anterior wall of its vaginal bed into the flap.

OUR APPROACHES TO THE CORRECTION OF MASTOPTOSIS

O.B. Dobrjakova, B.S. Dobrjakov, V.S. Goulev

The authors offer their own approach to the correction of mastoptosis. Reduction mammoplasty with cutting breast tissue is performed in case of mastoptosis combined with hypermastia. Augmentation mammoplasty or mastopexy is recommended in case of mastoptosis combined with hypo- or normomastia.

TOPOGRAPHIC-ANATOMICAL GROUNDS OF USING AXIAL TISSUE COMPLEXES FROM THE RADIAL ARTERY BED IN CHILDREN'S RECONSTRUCTIVE SURGERY

A.B. Oreshkov

The work is devoted to studying age peculiarities of radial artery structure and branching for needs of the children's reconstructive surgery. Principal possibility and high

efficacy of replacing extensive defects of hand tissue by plastics with axial complex cutaneous flaps from radial artery bed in the children beginning from early age were demonstrated.

CLINICAL ANATOMY OF THE BREAST

A.F. Kartasheva, S.E. Rybakov

Description of breast anatomy in details including innervation of the breast, its lymphatic system and musculature of the anterior thoracic wall are given in the paper.

ULTRASOUND ANATOMY OF THE BREAST AND DIAGNOSIS PROBLEMS OF DIFFUSE FIBROUS-CYSTIC MASTOPATHY (REPORT I)

V.A. Izranov, E.V. Gorbounova, O.V. Bojarova

The results of breasts' ultrasound investigation are discussed in the paper. The aim of the investigation is to develop the algorithm of ultrasound study for more clear diagnosis of diffuse pathology of the organ (fibrous-cystic mastopathy). The report I is devoted to the description of parameters of breasts' normal echographic imaging.

FETAL SURGERY: STATE OF THE ART AND PERSPECTIVES

M.O. Filippova, I.A. Tsoukanova, A.V. Karpovich

Common conceptions concerning fetal surgery state of the art are given in the paper. Perspectives of fetal-aminotic bypass, open and endoscopic surgery of the fetus are discussed.

Becer 25 000 "Кloverмед" Spectrum
эксклюзивный дистрибьютор компании
"Mentor"
Contoure Profile

Siltex Round

Sterile Sizer

Moderate Profile

High Profile

Smooth Round

Plus

Low Height

Siltex Medium

Elliptical

Smooth Crescent

Siltex Low

Rectangle

Medium Height

Tall Height

Sizer

Россия, Москва, ул. Новый Арбат 34
стр. 1, офис 501

Тел.: (095) 205-2864, 205-6126
747-8524, 747-7183

Представительство на Украине, г. Киев - ООО "Магия Красоты": 8 1038 (044) 253-7578



info@clovermed.ru

www.clovermed.ru

MENTOR



Эффект соответствует ожиданиям!

Любые заболевания, вызывающие морфологические и функциональные изменения в тканях и органах, так или иначе связаны с нарушением капиллярного кровотока.

Действительно, от того, насколько хорошо ткань, орган или клетка снабжается пластическим материалом и очищается от отработанных продуктов, зависит их восстановление и жизне-способность. Следовательно, воздействие на капиллярный кровоток — это основной путь патогенетической терапии различных заболеваний.

Препаратов, усиливающих в достаточной степени микроциркуляцию, немного. Но даже среди них подавляющее большинство обладает нежелательными побочными эффектами, одним из которых является «синдром обкрадывания», в частности, сердечной мышцы. Препаратов, созданных для местного воздействия на капиллярный кровоток, еще меньше, но и их применение ограничивается недостаточной эффективностью из-за плохой проникающей способности компонентов через кожный покров.

Средством, лишенным указанных недостатков, является косметический бальзам «Полярная звезда»

В состав «Полярной звезды» входит экстракт из живицы хвойных деревьев, который активно воздействует на стенки кровеносных сосудов, заставляя вновь открываться закрытые капилляры. Разработчики бальзама усилили эффект хвойной живицы дополнительным введением природных веществ, которые через вновь открытые капилляры начинают активно поступать к клеткам, питая и восстанавливая их. В результате исчезают тяжесть, отек, гематомы, болезненные ощущения в той области, куда наносится бальзам, и, соответственно, улучшается общее состояние, происходит ускоренное заживление ран, язв, переломов — ускоряется процесс восстановления, сокращая таким образом сроки лечения и улучшая функциональные результаты.

Антисептические свойства «Полярной звезды» позволяют применять ее в микрохирургии и травматологии в послеоперационном периоде для обработки швов и прилегающей ткани. При этом происходит более быстрое восстановление тканей и функций за счет выраженного влияния на капиллярный кровоток.

Бальзам универсален — помогает как при свежих патологических процессах (ушибы, гематомы, переломы и т.д.), так и при хронических заболеваниях, когда другие препараты и методы не приносят желаемого результата.



Авторское свидетельство Роспатента
№2250107, свидетельство на товарный
знак № 288718 от 13.05.05.

Проведенные клинические испытания показали высокую эффективность препарата. Бальзам «Полярная звезда» рекомендуется:

- Для профилактики и лечения отморожений;
- При варикозном расширении вен, хронической венозной недостаточности, тромбозах;
- При комплексном лечении трофических язв нижних конечностей;
- При лечении ушибов, растяжений, переломов;
- При диабетических ангиопатиях;
- При облитерирующих заболеваниях артерий.

И это далеко не полный перечень. Бальзам прост в применении, экономичен, абсолютно доступен по цене.

Более подробную информацию Вы можете получить по тел. (3822) 26-99-97 и e-mail: polarstarsmg@yandex.ru