

Таблица 2

Теоретические и реальные размеры резцов для LM-активаторов

Номер LM-активатора	Расчетная средняя сумма 4-х резцов из таблицы	Средняя сумма 4-х резцов по результатам измерения на моделях челюстей	Различие между средними расчетными расстояниями с данными измерений на моделях челюстей
45	33,8	29,9	3,9
50	35,0	30,6	4,4
55	36,2	31,8	4,4
60	37,4	33,4	4,0
65	38,6	34,1	4,5
Среднее	-	-	4,2

суммы 4-х резцов пациентов с расчетной средней суммой резцов из измерительной таблицы (табл. 2).

Обращает внимание тот факт, что для номеров LM — активатора (с 45 до 65) сумма резцов по таблице должна бы составлять от 33,8 мм до 38,6 мм. Однако данные значения сумм резцов расцениваются, как относительная и абсолютная макродентия. В клинике указанные значения сумм встречаются у пациентов редко и очень редко. Следовательно, они не могут быть признаны морфологическим критерием для данного диапазона номеров LM-активаторов.

Как показал наш опыт, наиболее востребованными и комфортными для использования были LM-активаторы с 45 по 65 номера, подобранные по линейке, но при этом

сумма резцов составляла от 29,9 до 34,1 мм. Показатель различия табличных и реальных размеров резцов варьировал от 3,9 до 4,5 мм и в среднем составил 4,2 мм.

Затем были рассчитаны трансверзальные размеры аппаратов, заложенные в их конструкцию, исходя из среднего табличного значения суммы 4-х резцов верхней челюсти. Расчетные данные сопоставлены с аналогичными на моделях пациентов. В таблице 3 представлена ширина зубных рядов в точках Pont с использованием коэффициентов Linder-Hart.

Результаты сопоставления трансверзальных размеров зубных рядов пациента с размерами аппарата показали, что ни в одном из случаев определения номера аппарата с помощью измерительной линейки ширина челюстей пациентов не была больше, заложенной в аппарате, то есть аппарат не мог оказывать давление на альвеолярные отростки. Более того, аппарат оказывался несколько шире зубных рядов и работал на рост и расширение.

Таким образом, определение номера LM-активатора по сумме 4-х резцов с применением измерительной таблицы LM-Activator приводит к выбору LM-Activator, размер, которого, как правило, оказывается на 3-4 номера меньше от оптимально рекомендуемого. Измерительная линейка LM-OrthoSizer LM 9400 позволяет оптимально подбирать требуемый размер LM-активатора. Учитывая, что измерительная линейка не всегда и не у каждого ортодонта находится на рабочем столе, при определении номера LM-активатора по измерительной таблице LM-Activator, мы рекомендуем увеличивать сумму 4-х резцов верхней челюсти пациента, применив уточняющий коэффициент, равный 4,2 мм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковтонюк П.А. и др. Морфологическое обоснование к повышению эффективности лечения зубочелюстных аномалий миофункциональным трейнером // Материалы 12-го Дальневосточного международного симпозиума стоматологов «Новые технологии в стоматологии». — Владивосток, 2006. — С. 220-225.
2. Спецаков Д.А. Профилактика развития аномалий прикуса с помощью LM — Activator // Стоматология сегодня. — 2005. — № 9. — С. 47.
3. Спецаков Д.А. Применение LM — Activator на этапе лече-

ния мышечно-суставной дисфункции ВНЧС // Стоматология сегодня. — 2006. — № 5. — С. 49.

4. Саблина Г.И., Стародубцева А.Е., И.Л. Кузнецова. Опыт использования преортодонтического трейнера // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины. — Иркутск, 2003. — С. 206-208.

5. Хроменкова К.В. Клинический опыт применения миофункциональных аппаратов у детей // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2009. — № 1. — С.48-51.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м-н Юбилейный, 100, e-mail: soboleva-ort@nm.ru
Галина Иннокентьевна Саблина — доцент, к.м.н., Петр Алексеевич Ковтонюк — доцент, к.м.н.,
Соболева Наталья Николаевна — заведующая кафедрой, к.м.н., доцент.

© ПЕРЛОВСКАЯ В.В., САПУХИН Э.В. — 2011
УДК 616.5 — 089 — 053.2

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОБШИРНЫМИ ДЕФЕКТАМИ КОЖИ МЕТОДОМ ЭКСПАНДЕРНОЙ ДЕРМОТЕНЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Валентина Вадимовна Перловская¹, Эдуард Владимирович Сапухин²

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра детской хирургии, зав. — д.м.н., проф. В.Н. Стальмахович; ²ГУЗ Иркутская государственная областная детская клиническая больница, гл. врач — д.м.н., проф. Г.В. Гвак)

Резюме. В статье представлены результаты лечения детей с обширными дефектами кожи методом экспандерной дермотензии. Предложен оригинальный способ эндоскопической имплантации эндоэкспандеров, отличием которого является улучшение косметического результата, профилактика интра- и послеоперационного кровотечения, сокращение сроков лечения. В работе подробно изложена техника операции. По предложенному способу выполнено 12 операций. Во всех случаях послеоперационных осложнений не получено.

Ключевые слова: обширные дефекты кожи, экспандерная дермотензия, эндоскопическая имплантация, способ.

THE TREATMENT OF CHILDREN WITH THE EXTENSIVE SKIN DEFECTS BY THE METHOD OF EXPANDER DERMOTENSIA WITH THE USE OF ENDOVIDEO SURGERY

V.V. Perlovskaya¹, E.V. Sapuhin²

(¹Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education; ²Irkutsk Regional Children's Hospital)

Summary. The results of treatment of children with the extensive skin defects by the method of expander dermatensia are presented in this paper. The special method of the endoscopic implantation of endoexpanders is presented here, the differences of which are the improvement of the cosmetic result, the prevention of intra — and postoperative bleeding, the reduction of treatment terms. The technique of the operation is described in detail in this work. The 12 operations have been executed by the method suggested. The postoperative complications were not revealed in all cases.

Key words: extensive skin defects, expander dermatensia, endoscopic implantation, method.

Хирургическое лечение больных с обширными дефектами кожи представляет особую проблему в детской хирургии. В подавляющем большинстве случаев причиной таких дефектов являются рубцовые поражения, в меньшей степени — обширные опухолевидные образования, тяжелые травматические и некробиотические повреждения мягких тканей. Актуальность проблемы в детском возрасте обусловлена, прежде всего, тем, что в процессе развития ребенка рост рубцовой ткани заметно отстает от роста здоровых тканей, что сопровождается возникновением вторичных изменений в опорно-двигательной сфере, нередко, приводящих к различного рода деформациям и уродствам. Для хирургического восстановления кожного покрова применяется значительное количество методов кожной пластики, среди которых предпочтенье отдается местно — пластическим операциям, преимуществом которых является возможность сохранить текстуру, цвет, толщину, эластичность и чувствительность ткани, тождественной предполагаемой зоне интересов, обеспечивая восстановление кожного покрова по своим качествам соответствующего данной анатомической области [6]. Нередко проведению подобных операций препятствует дефицит местных тканей. При значительной площади раневой поверхности данная задача может быть решена путем предварительного растяжения смежных с дефектом тканей, которое реализуется применением тканевых эндоэкспандеров. Впервые в 1957 г. американский ученый С.С. Neuman при лечении больного с рубцовым дефектом кожи применил метод растяжения ткани резиновым баллоном. Кожный дефект был полностью ликвидирован [3, 7]. В последующем метод экспандерной дермотензии совершенствовался и нашел широкое применение в реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии. В отечественной практике также накоплен опыт хирургического лечения больных с последствиями ожогов путем растяжения тканей с помощью эндоэкспандеров [1, 2, 3, 4]. Однако у данного способа есть определенные недостатки, к которым следует отнести близость от дефекта кожи (рубцово — пораженная кожа, мягкотканая опухоль) операционного разреза, составляющего по длине 1/3-1/2 длины основания эндоэкспандера, что на втором этапе лечения иссечение сформированного на этом месте рубца, приводит к уменьшению пластического материала. Также, проведение гемостаза с помощью рыхлой тампонады марлевой салфеткой, смоченной в 3%-ном растворе перекиси водорода, не только удлиняет интраоперационное время, но и ухудшает заживление раны и качество пластического материала. Кроме этого, вероятность развития экссудации и геморрагии вызывает необходимость дренирования ложа экспандера, что повышает риск развития инфекционных осложнений. Так же к недостаткам данного способа относится то, что ушивание послеоперационной раны чревато повреждением экспандера. Немаловажным является и то, что тканевое растяжение начинают не ранее 10-14-х суток после операции, что значительно удлиняет срок лечения.

Цель работы — разработать методику эндоскопической имплантации эндоэкспандеров при обширных дефектах кожи.

Материалы и методы

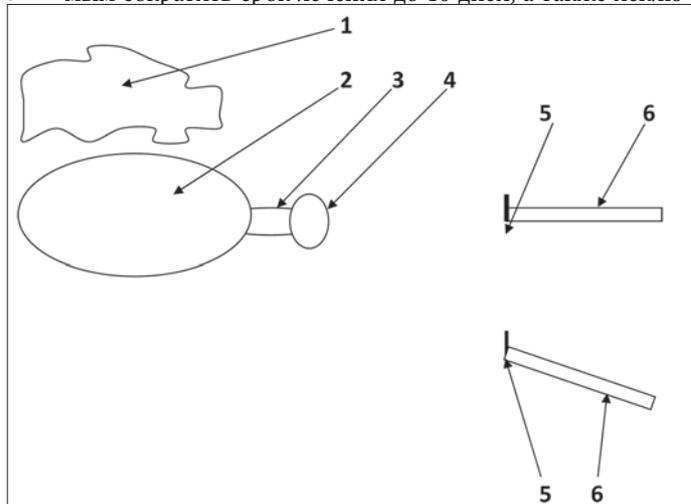
Для имплантации эндоэкспандеров мы используем оригинальную эндоскопическую методику

(патент РФ №2008114690, В.В. Перловская и соавт.). Методика направлена на повышение эффективности лечения, за счет улучшения косметического результата, профилактики интра — и послеоперационного кровотечения, а также сокращения сроков лечения [5].

Для осуществления предложенного способа используют комплекс эндоскопической аппаратуры и инструментов с визуализацией изображения на монитор. Выбор эндоэкспандера (один или несколько) обусловлен площадью дефекта. Сущность предлагаемого способа поясняется фигурой 1, на которой показана схема его осуществления, где: 1 — рубец, 2 — баллон эндоэкспандера, 3 — клапанная трубка эндоэкспандера, 4 — клапан эндоэкспандера, 5 — кожный разрез, 6 — троакары.

После обработки операционного поля проводят разметку бриллиантовым зеленым границ ложа баллона эндоэкспандера 2, которая должна отстоять от края рубца 1 на 2 см, а также расположение его клапанной трубки 3 и клапана 4. На отдаленном расстоянии — не менее одной длины клапанной трубки 3 эндоэкспандера от размеченной границы ложа эндоэкспандера, и не менее 5 см друг от друга, выполняют два разреза 5, соответствующих диаметру троакара 6. В каждый из разрезов 5 устанавливают по троакару 6. Через один из троакаров 6 вводят эндоскоп, через другой — эндоскопический диссектор. Под видеоконтролем создают подкожную эмфизему, проводят пневмопрепаровку, осуществляют гемостаз электрокоагуляцией, тем самым формируют ложе эндоэкспандера. Далее один из кожных разрезов увеличивают до размера, достаточного для проведения через него эндоэкспандера, предварительно сложенного по длине в виде трубки. При помощи эндоскопического манипулятора сложенный эндоэкспандер проводят в сформированное ложе и под видеоконтролем эндоскопа расправляют. Через клапан 4 вводят физиологический раствор до полного расправления баллона 2. Клапан 4 фиксируют лигатурой, проведенной под клапанной трубкой 3 с выведением нити на кожу. Кожную рану ушивают наглухо.

Имплантация эндоэкспандера осуществляется через доступ, отдаленный как от ложа его будущего стояния, так и от зоны растяжения тканей. Это позволяет начать дилатацию на следующие сутки после операции и, тем самым сократить срок лечения до 10 дней, а также исклю-



Фиг.1 1 — рубец, 2 — баллон эндоэкспандера, 3 — клапанная трубка эндоэкспандера, 4 — клапан эндоэкспандера, 5 — кожный разрез, 6 — троакары.

чает риск расхождения краев кожной раны и, тем самым, позволяет избежать, связанных с этим, осложнений. Кроме этого, способ позволяет провести надежный гемостаз интраоперационно, что не требует интраоперационного дренирования ложа эндозксандера и сокращает риск инфекционных осложнений. Важным преимуществом предлагаемого способа является и достижение улучшенного, по сравнению с известными, косметического эффекта, за счет достаточного количества пластического материала и отсутствия осложнений.

Методика была внедрена в клинику после одобрения локального этического комитета ГУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница (протокол № 3 от 17.02.2008 г.). В работе с пациентами соблюдались этические принципы, предьявляемые Хельсинской Декларацией Всемирной медицинской ассоциации World Medical Association Declaration of Helsinki (1964, 2000 ред.)

В хирургическом отделении ГУЗ Иркутская государственная областная детская клиническая больница с 2004 года было прооперировано 32 ребенка с обширными дефектами кожи с использованием метода эндозксандерной дермотензии. Причиной дефектов у 28 (87,5%) пациентов явились рубцовые поражения, и по два случая рубцовой алопеции и пигментного невуса. Из них было 19 (59,4%) мальчиков и 13 (40,6%) девочек. Возраст пациентов распределялся следующим образом: до 3-х лет — 3 случая (9,3%), от 3-х до 7-ми лет — 10 пациентов (3,2%), от 7-ми до 14-ти лет — 15 детей (46,8%) и от 14-ти до 17-ти лет — 4 человека (12,5%). Некоторые дети были оперированы несколько раз. Всего было выполнено 38 операций. При этом наиболее часто локализация дефекта была в области конечностей (84,2%), у трех пациентов — в области шеи, на передней грудной клетке — 4 случая (10,5%) и в области передней брюшной стенки в 2-х наблюдениях (5,3%). Эндоскопическая имплантация эндозксандеров осуществлялась у 12 — ти пациентов (37,5%) (основная группа), у одного ребенка дважды, с промежутком в 2 года в различных анатомических зонах. Одномоментно, через один доступ

было установлено 3 эндозксандера в 4 — х случаях, 2 эндозксандера — 3 — х наблюдениях.

Остальные больные лечились по общепринятой методике и составили группу контроля из 20 — ти пациентов (62,5%).

Результаты и обсуждение

При оценке результатов лечения выявлено, что в основной группе имеется сокращение сроков лечения на 2 недели, осложнений не было, косметический эффект хороший. В группе контроля имели место следующие осложнения: несостоятельность кожных швов — 1, серома ложа эндозксандера — 1, нагноение ложа эндозксандера — 1, пролежень над эндозксандером — 1, пролежень над клапанной трубкой — 1, интраоперационная перфорация эндозксандера — 1. Срок лечения в этой группе при неосложненном течении в среднем составил 57 дней, при наличии осложнений этот срок в среднем увеличивался на 14 дней.

Таким образом, предлагаемый способ пластики повышает эффективность проводимого хирургического лечения обширных дефектов кожи, улучшает эстетический результат, сокращает сроки лечения. Способ может быть использован в пластической хирургии специалистом, владеющим приемами эндоскопической техники.

Предлагаемый способ позволяет:

- провести надежный гемостаз и, следовательно,
- не требует интраоперационного дренирования ложа экспандера,
- не требует дополнительных разрезов кожи при установке нескольких эндозксандеров,
- начать дилатацию на следующие сутки после операции,
- исключить риск расхождения кожной раны, что обеспечивается, отдаленным от зоны растяжения, кожным доступом,
- сократить срок лечения на 10-14 дней,
- улучшить косметический эффект при различной локализации кожного дефекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев А.Е. Пластика рубцовых поражений кожных покровов методом эндозксандерной дермотензии у детей: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997. — 221с.
2. Ваганова Н.А. Хирургическое лечение послеожоговых рубцовых облысений методом тканевого расширения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1992. — 23 с.
3. Гераськин А.В., Хагуров Р.А., Елизаров Н.С. Метод баллонной дермотензии в лечении обширной скальпированной раны волосистой части головы // Детская хирургия. — 2009. — №3. — С.52.
4. Григорьева Т.Г. Дермотензия и эпидермальные клеточные трансплантаты в превентивной и восстановительной

- хирургии ожогов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Харьков, 1991. — 44 с.
5. Перловская В.В., Белик А.А., Сапухин Э.В. Способ пластики обширных дефектов кожи: 2364346 Российской Федерации №2008114690; заявл. 14.04.084 опублик. 20.08.09.
6. Marcs M. W., Argenta L. C., Thorton J. W. Burn management: the role of tissue expanders. // Clin. Plast. Surg. — 1987. — Vol. 14. — P. 543-548.
7. Masser M. R. Tisser expansion: a reconstructive revolution or a cornucopia comhlications // Br. J. Past. Surg. — 1990. — Vol. 43. — P. 344-348.

Информация об авторах:

Перловская Валентина Вадимовна — к.м.н., ассистент, e-mail: perlovskaya_valentina@mail.ru,
Сапухин Эдуард Владимирович — к.м.н., заведующий блоком, e-mail: sapukhin@yandex.ru

© КОЧКИН А.В., ФИЛИПОВА Т.П., НОВИЦКАЯ О.Н., КАНЯ О.В., ЗАХАРОВА В.А. — 2011
УДК 616.8-002.5:[616.98:578.828НIV]

СЛУЧАЙ НЕТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО МЕНИНГИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО БОЛЬНОГО

Александр Викторович Кочкин², Татьяна Павловна Филиппова¹, Ольга Николаевна Новицкая³,
Олег Витославович Каня⁴, Валентина Александровна Захарова³

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра фтизиопульмонологии, зав. — д.м.н. Т.П. Филиппова; ²Иркутский институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, центральная научно-исследовательская лаборатория, зав. — к.м.н., доц. А.В. Стародубцев;

³ГУЗ «Иркутский областной противотуберкулёзный диспансер», гл. врач — к.м.н. М.Е. Кошечев;

⁴ГУЗ «Иркутское областное патологоанатомическое бюро», начальник — к.м.н., доц. Л.П. Гришина)