

проявляется в показателях стабильности функционирования других свойств, особенно концентрированности. Не случайно многие определяют устойчивость внимания как длительность интенсивного сосредоточения (концентрированности). Третий фактор включал переключаемость внимания и отражал способность гибко изменять направленность внимания.

Исследование позволило установить, что свойства зрительного внимания человека характеризуются интериндивидуальной вариативностью и использованные аппаратно-программные средства хорошо их выявляют. Даже в относительно однородной группе студентов (возраст, образование, социальный статус) выявились различия в исследованных свойствах внимания. В данном исследовании приняли участие студенты, основная деятельность которых – обучение, предъявляющее значительные требования к вниманию. Можно было ожидать высоких результатов его исследования у наших испытуемых. Действительно, объем, распределяемость и особенно устойчивость были сильно смещены у студентов в сторону высоких значений. Распределение же показателей концентрированности, переключаемости было близко к нормальному и смещения в сторону высоких значений не выявлялось. Это могло говорить о том, что объем, распределяемость, устойчивость внимания являются тренируемыми свойствами, а концентрированность, переключаемость подвержены тренировке в незначительной степени. Факторный анализ показал, что различные свойства внимания, выполняющие различные контролирующие функции, связаны с различными механизмами (факторами). Выделились факторы, контролирующие: широту сенсорного входа (объем, распределяемость); ограничение сенсорного входа (концентрированность); направленность психической активности (переключаемость); поддержание функционального состояния мозга, необходимого для оптимального проявления свойств внимания (устойчивость).

Выводы. Свойства зрительного внимания человека характеризуются интериндивидуальной вариативностью, что выявляется использованными в исследовании аппаратно-программными комплексами. Объем, распределяемость, устойчивость хорошо тренируемые свойства внимания, их показатели у студентов смещены в сторону высоких значений. Концентрированность, переключаемость внимания мало подвержены тренировке. Различные свойства внимания выделялись в факторы, контролирующие: широту сенсорного входа (объем, распределяемость); ограничение сенсорного входа (концентрированность); изменения направленности психической активности (переключаемость); поддержание функционального состояния, необходимого для оптимального проявления свойств внимания (устойчивость).

Литература

1. Гальперин П.Я. К проблеме внимания // Докл. АПН РСФСР. 1958, №3. С.33–38.
2. Гиппенрейтер Ю.Б. Деятельность и внимание // А.Н. Леонтьев и современная психология / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.Б. Михалевской. М.: Изд-во МГУ. 1975. С. 61–97.
3. Иберла К. Факторный анализ / М.: Статистика. 1980.
4. Конева Л.В. и др. // Дружининские чтения. Сб. мат-в 7-й Всерос. научно-практ. конф. Сочи. 24-26 апреля 2008г. С. 76–78.
5. Плотников В.В., Корневский Н.А., Забродин Ю.М. // Автоматизация методик психологического исследования. Орёл, Ин-т психологии АН СССР, ВНИИОТСХ, 1989.
6. Norman D.A., Shallice T. Attention to action: willed and automatic control of behavior // Consciousness and self-regulation. Vol.4 / Eds Davidson R.Y. et al. N.Y.: Plenum press, 1986. P. 1–18.

УДК 687.552

ЛЕЧЕНИЕ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОВЕРХНОСТНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ШЕИ

А.С.ЗАБЕЛИН, Е.Н.СЕРГИЕНКО*

Ключевые слова: возраст, мягкие ткани лица и шеи

Коррекция возрастных изменений поверхностных мягких тканей лица и шеи сохраняет свою актуальность [1]. Ранее разработанные методы терапевтической и хирургической коррекции этого процесса себя исчерпали [2]. Основные трудности связаны

с несовершенством существующих методик, позволяющих достичь «некоторой подтянутости», но не дающих эффекта омоложения и улучшения внешности [3]. Работ по применению сетчатых эндопротезов в этой области хирургии мало, поэтому оценка возможности их использования в хирургии лица и шеи весьма актуальна и перспективна [4].

Цель исследования – улучшение результатов пластических операций на лице и шее.

Проведен сравнительный анализ двух групп пациентов, которым выполнены лифтинг лица с имплантацией сетчатого эндопротеза (36 наблюдений – основная группа) и боковая редукционная ритидэктомия (33 наблюдения – группа сравнения). По предложенным нами методикам (патент на полезную модель № 33863 от 20.11.2003; патент на изобретение №2240052 20.11.04.) В двух наблюдениях группы сравнения отмечено наличие осложнений: нагноение и расхождение краев послеоперационной раны. В основной группе осложнений не было. Оценку эстетического результата проводили по трем градациям: хорошие (87,72%), удовлетворительные (14,34%) и неудовлетворительные (2,9%).

Применение сетчатых эндопротезов обеспечило снижение сроков выполнения операции, создание надежного каркаса для подлежащих структур с сохранением эстетической естественности в переднем отделе лица, раннее снятие швов (на 9 сутки), улучшение морфоструктуры и питания кожи в отдаленном послеоперационном периоде, который был прослежен от 1 до 3 лет.

Лифтинг лица и шеи с применением сетчатых эндопротезов имеет преимущества перед традиционной пластикой лица.

Литература

1. Малаховская В.И. и др. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2009. №1. С.19–25.
2. Миланов Н.О. и др. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2004. №3. С.18–23.
3. Адамьян А.А., Сергиенко Е.Н. // Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии: Тез. докл. Первой Международ. конф. 22–23 апреля 2008 г. Москва, 2008. С.124.
4. Сергиенко Е.Н. и др. Сетчатые эндопротезы в пластической хирургии. //Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов: Тез. докл. Пятой Международ. конф. 24–25 января 2006 г. Москва, 2006. С.113–114.

УДК 617.513; 617.5-089.844

ЛИФТИНГ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ, НОВЫЙ ВЗГЛЯД

Л.И. ПОНОМАРЕВА, Е.Н.СЕРГИЕНКО, А.С.ЗАБЕЛИН*

Ключевые слова: лифтинг височной области

В основе возрастных изменений окологлазничной области лежат не только ухудшение эластических свойств собственно кожи, но и изменение расположения круговой мышцы глаза (и особенно ее наружной половины) под действием силы тяжести и работы мимических мышц [5]. Объективно наблюдается снижение позиции брови и опущение подкожного жира щечной области с возникновением подглазничной борозды [4]. По данным литературы, наиболее опасным этапом операции подтяжки височной области и лба, является формирование коронарного лоскута в височной области кпереди от линии роста волос и над скуловой дугой, где в толще поверхностной височной фасции проходит лобная ветвь лицевого нерва [3].

В связи с этим для профилактики повреждения анатомических структур, облегчения техники операции и локального окологлазничного омоложения принципиальным является использование полимерной сетки [1] (Патент на изобретение № 2240052 от 14.05.2003). Операцию по подтяжке височной области полимерной сеткой мы применили у 8 пациентов, у 5 пациентов – в сочетании с верхней блефаропластикой [2]. Заранее из стерильной сетки заготавливали необходимого форму, переднюю часть имплантата фиксировали к мягким тканям в области латерального края глазницы. Сетку натягивали, причем перемещение лоскута в заднекраниальном направлении составляло 2–3 см. Более

* МУЗ «ГКБСМП» Тверь, Россия

* МУЗ «ГКБСМП» Тверь, Россия

сильное натяжение вело к смещению наружного кантуса, что при необходимости позволяло придать глазной щели более раскосый вид. Заднюю часть сетки фиксировали к надкостнице височной кости. Избытки кожи иссекали таким образом, чтобы шов кожи был выполнен без натяжения, рану ушивали проленом. В конце операции накладывали бандажную повязку, а в раны вводили капиллярные дренажи на 1 сутки. Швы снимали на 6 суток.

Восстановление позиции круговой мышцы глаза отражается не только на улучшении контура собственно окологлазничной области, но и приводит к следующим положительным изменениям: сглаживанию подглазничной борозды за счет смещения в нее подкожного жира верхней части щеки; устранению псевдоожогового блефарохалаза над верхним веком; расправление статических морщин «гусиные лапки». Послеоперационных осложнений не было. Оценка результатов велась по трем градациям: хорошие (47,4%), удовлетворительные (49%) и неудовлетворительные (3,6%). Результаты прослежены в период от года до трех лет.

Изолированное выполнение этой операции в максимальном объеме целесообразно у лиц 40-45 лет с преобладанием возрастных изменений в верхней половине лица. Именно у этой категории пациентов эффект подтяжки тканей не ограничивается окологлазничной зоной и передается на область щек.

Литература

1. Сергиенко Е.Н. Форма-имплантат. Патент на полезную модель № 33863 от 20.11.2003.
2. Сергиенко Е.Н. Способ устранения морщин. Патент на изобретение № 2240052 от 14.05.03.
3. Швырев С.П. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 1999. №1. С.7–18.
4. De la Plaza R. // Br.J Plast Surg. 1991. Vol.44. P.325–332.
5. Core G.V., Vascones I.O. // Plastic. Surgery Forum. 1992. 15:54–56.

УДК 616.152-61

ОПТИМИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ МЕТОДИК ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В.М. ДЕЛЯГИН, И.А. ИСМАИЛОВА *

Ключевые слова: болезни мочевыводящей системы

Распространённость болезней почек и мочевыводящей системы среди школьников достигает 50%, а в младших возрастных группах за счёт частых эпизодов инфекции мочевыводящих путей – значительно выше. Это ставит перед врачом задачу оптимизации выбора и очерёдности применения клинических и инструментальных исследований, чтобы, с одной стороны, избежать диагностической полипрагмазии, с другой – обеспечить максимально полную и быструю диагностику [1].

Анамнез должен предвещать любое исследование. Необходимо выяснить особенности микций, предшествующего лечения, оперативных вмешательств и т.д. Локальный осмотр подразумевает не только оценку состояния поясничной области, живота, наружных половых органов, но и позвоночника с целью обнаружения скрытых дизрагий. Ультразвуковые исследования – базовая методика неинвазивной интраскопии (визуализации) в детской уронефрологии. Трансдюсеры с высокой частотой излучения позволяют дать количественную оценку кровотока в почках и гонадах. В качестве рутинной процедуры надо принять определение топики и объёма почек, документацию эхоплотности паренхимы по международной классификации (1 ст. – акустическая (эхоплотность) почек ниже плотности печени, норма; 2 ст. – плотность печени; 3 ст. – выше плотности печени; 4 ст. – соответствие акустической плотности паренхимы срединному комплексу), особенно при расширении мочевыводящих путей или при наличии мочевого синдрома (по показаниям – кровоток почек), состояние мочевого пузыря, его объём, объём остаточной мочи, паравезикальное пространство. При наличии диагностически неясных находок переходят на протокольное обследование. Микционная цистоуретрограмма – стандартная процедура при исключении интравезикальной обструкции, клапана мочеиспускательного канала или уточнения причин мочевого инфекции.

Диаметр зонда – минимальный (пищевой), седатация – факультативная. Минимизация лучевой нагрузки достигается применением специальных педиатрических установок, работающих в импульсном режиме, и защитных колпачков на мошонку у мальчиков. Видеоуродинамика представляет дополнительную информацию о рефлюксе, форме мочевого пузыря, интравезикальном сегменте мочевыводящего пути, наличии нейрогенного (раздражённого) или не нейрогенного мочевого пузыря, давление микции, характер наполнения, соотношение анатомической и функциональной ёмкости мочевого пузыря. В сочетании с электромиографией мышц тазового дна можно выявить нарушения координации микции (дисфункциональное мочеиспускание), что чрезвычайно важно в выборе терапии энуреза. Изотопные исследования (изотопная нефрография, нефросцинтиграфия) проводится с Технецием-99m. Чаще всего используется назначение лазика через 20 минут после приёма изотопа. Наряду с оценкой дренажа мочи из собирательной системы в мочеточник оценивается почечный клиренс, выявляются участки плохо функционирующей паренхимы. Последние появляются на месте рубцевания паренхимы при рефлюксной болезни, нефритах, врождённых состояниях [2]. Экскреторная урография (внутривенная пиелография) должна проводиться по специальным показаниям (аномалия почек в сочетании с другой патологией) в модифицированном варианте (укороченная внутривенная пиелография). Оценка функции почек и, в какой-то мере, структуры, обычно достигается комбинацией ультразвуковых и изотопных методик. Магниторезонансная томография (МРТ) надёжно визуализирует структуру почек. МРТ позволяет визуализировать весь мочеполовой тракт. Трёхмерная реконструкция создаёт впечатляющую анатомо-морфологическую картину почек, мочеточников, мочевого пузыря. Протоколы динамически-функциональных исследований выявляют нарушения функции почек и транспорта мочи. Но работ по валидации этих методик мало.

У новорождённых и детей младшего возраста, как правило, проводится седатация. Компьютерная томография сопряжена с существенной лучевой нагрузкой и детской практике в современных условиях должна быть ограничена. В качестве стандартной диагностической процедуры КТ применяется в острых состояниях и при травме, а также при недоступности МРТ. В плановом порядке КТ оправдана при подозрении на наличие опухолей почек, околопочечного пространства, забрюшинного пространства, малого таза, степени их распространения. Развитие КТ пока ограничено, применяемым в педиатрии является КТ-ангиография.

Гипоспадия – врождённое расщепление уретры, кавернозного тела, головки полового члена и крайней плоти. По европейским данным, частота этого состояния – 1:250-500 новорождённых мальчиков. Соответственно положение меатуса различают головчатую, коронарную, пенильную, скротальную и перинеальную формы. Гипоспадия часто сочетается с неопущением яичек (ультразвуковые исследования, МРТ) и требует исключения интерсексуального фенотипа. Цель лечения – формирование меатуса на верхушке головки полового члена, реконструкция уретры, ортоградного полового члена, нивелирование транспозиции, косметическое соответствие. Лечение необходимо начать на первом году жизни и завершить к началу второго года жизни.

Гидронефроз – стеноз мочеточника. Пре- или постнатально выявленный эхографически гидронефроз требует расширенного обследования. Стеноз может быть в лоханочно-мочеточниковом переходе, в пузырно-мочеточниковом сегменте (обструктивный мегауретер) или за счёт везико-рентального рефлюкса. Гидронефроз I степени – расширение лоханки при нормальных чашечках. Гидронефроз II ст. – расширение лоханки, умеренное расширение чашечек. Гидронефроз III ст. – расширение лоханки, выраженное расширение чашечек. Гидронефроз IV ст. – расширение лоханки и резкое расширение чашечек, истончение паренхимы. Диагностика пре- и/или постнатальная основывается на ультразвуковых исследованиях. Если после рождения ребёнка пренатально выявленный гидронефроз не подтверждается, через 7-10 дней проводится повторное УЗИ. Гидронефроз I ст. – первое повторное исследование проводится через 6-8 недель. Гидронефроз II ст. – контроль через 6 недель и через 3 месяца при неотяжённой клинической картине и микционной цистогрфии. При сопутствующей инфекции мочевыводящих путей – частый контроль из-за вероятности декомпенсации. При гидронефрозе III-IV ст. – ультразвуковой контроль через 6 недель, микционная цистоуре-

* Научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии, 119571 Москва, Ленинский проспект, 117, корпус 2