

Внедрение моделей комплексных медицинских услуг будет способствовать повышению среднего уровня медицинской помощи, распространению положительного опыта, внедрению последних достижений медицинской науки, изменит к лучшему систему финансирования, что приведет к совершенствованию форм оплаты медицинской помощи.

Литература

1. Авксентьева М.В., Бельчевский В.В., Воробьев П.А. и др. Основы стандартизации в здравоохранении : учебное пособие. — М. : Ньюдиамед, 2005.
2. Калинин В.И. Управление медицинской помощью с использованием интегрированных систем. — Краснодар : КубГУ, 2001.
3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, — десятый пересмотр. — М. : Медицина, 1995.
4. Организация работы центров (отделений) острых отделений по внедрению современных лечебно-диагностических и информационных технологий : методические указания № 2003/57. — М. : Минздрав РФ, 2003.
5. Царик Г.Н., Щипачев К.В., Рычагов И.П. и др. //

Проблемы стандартизации в здравоохранении. — М. : Ньюдиамед, 2007. — № 11. — С. 23–29.

Поступила в редакцию 04.06.2008.

TO THE PROBLEM ON EXPEDIENCY OF DEVELOPMENT OF MODELS OF COMPLEX MEDICAL SERVICES OF THE TOXICOLOGICAL STRUCTURE AS TERRITORIAL STANDARD

G.A. Popova, L.A. Sinitsyna, V.V. Sorokin, N.Yu. Timofeeva, M.Yu. Pavlenko, O.A. Rebeza, N.E. Chertorinskaya. City Hospital No. 2 (Vladivostok)

Summary — Standards of medical technologies are the basis of the control of system of quality of medical services. Experience of development of standards of medical services in toxicology in territory of Primorsky Krai is described. The created model allows determining the guaranteed volume of diagnostic and medical procedures, manipulations, medical products, account materials, etc., and also terms of treatment. Precomputations of cost have allowed increasing the tariff on ICU bed from 210 rubles in December, 2005 up to 2000 rubles in 2007, on toxicological bed — from 40 rubles in 2005 up to 267 rubles in 2007. It is judged, that introduction of models of complex medical services will promote increase of level of medical help, distribution of positive experience and introduction in practice of last achievements of medical science.

Key words: model, standard, complex medical service, toxicology.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 4, p. 82–86.

УДК 617.52-085.831.7-06-089.844(571.63)

А.Ю. Ди¹, Ю.И. Оконская²

¹ Городская клиническая больница № 2, ² Приморская краевая клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

ПЛАСТИКА СКВОЗНОГО ДЕФЕКТА ЛИЦА СЛОЖНЫМ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫМ ЛОСКУТОМ

Ключевые слова: реконструктивно-пластическая хирургия, челюстно-лицевая область, микрососудистая хирургия, лучевой остеомиелит.

Наблюдение из практики. Описана первая в Приморском крае реконструктивная микрохирургическая операция по свободной пересадке сложного лоскута при обширном дефекте лица. Операция была выполнена у женщины 50 лет со сквозным дефектом лица после лучевой терапии по поводу рака слюнной железы. Для пластики применен свободный малоберцовый лоскут. Операция прошла успешно, пациентке планируется пластика нижней губы, подбородка и дентальная имплантация.

В последнее время в Приморском крае отмечается рост онкологических заболеваний и травм челюстно-лицевой области, что в конечном счете приводит к инвалидизации данной группы больных из-за приобретенных деформаций лица с нарушением функций и, следовательно, к ухудшению качества жизни. Таким пациентам необходимы сложные реконструктивно-пластические операции, которые до настоящего времени выполнялись только в центральных клиниках России. Стоимость таких операций очень высока. С учетом роста цен на авиа- и железнодорожные билеты затраты на лечение значительно увеличиваются. Возникает необходимость внедрения современных методов коррекции дефектов и деформаций лица в местных клиниках.

Реконструктивная хирургия занимается восстановлением формы и функции органов, утраченных или поврежденных в результате заболеваний и травм. В настоящее время свободная пересадка реvascularизированных комплексов тканей прочно укоренилась в реконструктивной хирургии. Микрохирургические методики сегодня освоены хирургами самых разных специальностей. Свободная трансплантация тканей с успехом применяется во многих разделах практической медицины, включая пластическую хирургию, камбустиологию, онкологию, травматологию, отоларингологию, нейрохирургию, урологию, гинекологию и т.д. [2].

Одной из основных особенностей операций этого типа является их исключительная техническая сложность: они требуют от хирурга не только безупречного владения элементами микрохирургической техники, но и универсальной подготовки во многих смежных областях. Второй важной особенностью свободных пересадок комплексов тканей являются значительная трудоемкость и длительность. Продолжительность операций обычно колеблется от 5 до 14 часов (а иногда и более), в среднем составляет 8–9 часов и уменьшается с накоплением опыта хирурга [1].

Ранее свободная трансплантация лоскутов с наложением микрососудистых анастомозов челюстно-лицевой области в нашем регионе не проводилась. В данной статье мы хотим сообщить о первом опыте выполнения свободной пересадки сложного лоскута с его реваскуляризацией при обширном дефекте лица.

В клинику обратилась женщина 50 лет со сквозным дефектом нижней трети лица слева. В анамнезе — рак поднижнечелюстной слюнной железы слева. Было проведено 32 сеанса лучевой терапии, в результате чего развился остеомиелит нижней челюсти. Трижды выполнялась резекция челюсти в области тела и угла, ветви слева. Из-за длительной секвестрации, а следовательно, развившейся мацерации окружающих мягких тканей и сопутствующего лучевого дерматита образовался сквозной дефект нижней губы и подбородка с переходом на щечную и подчелюстную области слева. Язык пролабировал в область дефекта. Два года назад пациентке был выполнен остеосинтез нижней челюсти реконструктивной пластиной. Год назад осуществлена пластика дефекта мягких тканей пекторальным лоскутом на сосудистой ножке. В послеоперационном периоде проксимальный отдел лоскута, прилегающий к пластине, некротизировался, но оставшаяся часть в дальнейшем послужила хорошим реципиентным ложем.

План настоящей операции включал в себя удаление реконструктивной пластины и пластику дефекта кожно-костным лоскутом с последующей реваскуляризацией. По литературным данным, кровоснабжаемая кость приживается в облученном ложе без существенной опасности инфицирования или отторжения [10, 11]. Baker и Sullivan продемонстрировали, что пересаженная кость приживается в течение 8 недель, образуя прочный монолит с прилегающей естественной нижнечелюстной костью даже у облученных пациентов [4].

Важной задачей стал выбор донорского места. Наиболее часто в современной реконструктивной хирургии нижней челюсти используются малоберцовая кость, подвздошный гребень и лопатка [3]. Мы не будем описывать все преимущества и недостатки каждого из вышеназванных донорских мест. Считаем необходимым указать причины выбора нами малоберцового свободного лоскута.

Как метод реконструкции нижней челюсти, применение свободного малоберцового лоскута было внедрено Hildalgo в 1989 г. [7]. Вскоре Hayden и O'Leary распространили применение малоберцового свободного лоскута на оромандибулярные реконструкции, внедрив лоскут с восстанавливаемой чувствительностью, иннервируемый латеральным икроножным кожным нервом [6]. Простая анатомия и доступность малоберцовой кости обусловили популярность этого метода при реконструкциях нижней челюсти.

Так как малоберцовая кость практически не несет нагрузки, можно забрать до 25 см плотной кортикаль-

ной ткани с минимальными проблемами со стороны донорского места. Возможность забора такой большой части кости делает малоберцовую кость идеальной для реконструкции субтотальных и тотальных дефектов нижней челюсти [5].

Ранние сообщения о возможности некроза кожной лопасти были разочаровывающими [7], однако это было частично связано с плохим пониманием природы ее кровоснабжения. Wei et al. [12] продемонстрировали надежность кожной лопасти при реконструкции сложных дефектов, сообщив о 100% частоте успеха у 80 пациентов.

Плотная кортикальная кость идеальна для реконструкций нижней челюсти, так как она эффективно противостоит силам жевания и легко удерживает остеointегрированные имплантаты [9]. Кривизну новой нижней челюсти можно получить посредством выполнения множественных остеотомий без нарушения кровоснабжения дистального отдела кости [8]. Недостатки состоят в ограниченной длине ножки (до 4–5 см) и малой подвижности кожной лопасти по отношению к кости. В нашей ситуации такая длина сосудистой ножки была вполне достаточна. И значительного смещения кожной лопасти не требовалось, так как мягкотканый дефект располагался вдоль оси тела нижней челюсти.

Пациентке было назначено стандартное обследование для эндотрахеального наркоза и доплерография сосудов голени обеих нижних конечностей и лицевых артерий и вен. Целью последнего исследования было определение диаметра и расположения донорских и реципиентных сосудов (малоберцовых и лицевых); исключение сосудистых аномалий и заболеваний периферических сосудов, которые часто встречаются у пациентов с раком тканей головы и шеи.

Результаты доплерографии подтвердили правильность выбранного нами лоскута, так как расстояние от края дефекта до правого лицевого сосудистого пучка составляло 3,5 см (лицевой сосудистый пучок на стороне поражения отсутствовал, вероятно, из-за склероза после лучевой терапии); лицевые артерия и вена были немного изогнуты, что при их пересечении могло дать дополнительную длину; калибр лицевых и малоберцовых сосудов соответствовал 2–2,3 мм.

Операция проходила в четыре основных этапа:

- 1) подготовка реципиентного ложа;
- 2) формирование лоскута и перенос его на область дефекта;
- 3) наложение сосудистых анастомозов;
- 4) ушивание донорской раны и краев лоскута.

В первый этап нами были выделены и мобилизованы лицевые артерия и вена справа. Края дефекта иссечены и расслоены. Удалена реконструктивная пластина. Интраоперационно выявлено, что дистальный фрагмент резецированной челюсти слева неподвижно сращен с окружающими мягкими тканями. Поэтому было решено сформировать ложный сустав

слева. Доступ к сосудам был объединен со сформированным реципиентным ложем.

На следующем этапе был выкроен кожный лоскут размером 8×15 см. В кожно-костный лоскут была включена собственная фасция, задняя межмышечная перегородка с фрагментом малоберцовой кости длиной 13 см, окруженные мышечной манжетой. Экстракорпорально сосуды лоскута были промыты теплым раствором гепарина. В двух местах выполнена остеотомия малоберцовой кости. Отломки фиксированы титановыми мини-пластинами в положении, близком к анатомическому. После перенесения на реципиентное место лоскут фиксировали одиночными швами так, чтобы донорские и реципиентные сосуды находились без натяжения и без избытка длины. Непосредственно перед наложением анастомоза удалены поврежденные концы и проведена гидравлическая дилатация сосудов лоскута гепаринизированной кровью.

Так как сосуды были одинакового диаметра, наложены анастомозы «конец в конец» узловыми швами. После проверки проходимости анастомозов мы в течение 20 мин наблюдали за пульсацией сшитых артерий и кровенаполнением донорской вены, так как именно в этот период времени после восстановления кровотока опасность тромбоза наиболее велика [2]. Последним этапом стало ушивание краев лоскута. Донорская рана укрыта расщепленной кожей.

В послеоперационном периоде пациентка получала адекватную обезболивающую терапию, антикоагулянты, антиагреганты, антибактериальные и противовоспалительные препараты. Ежедневно работа анастомоза контролировалась с помощью минидопплера. Первые трое суток проводилось динамическое наблюдение за состоянием цвета, температуры, тургора и капиллярной реакции аутооттрансплантата. Швы были сняты на 12-е сутки. Рана в полости рта зажила вторичным натяжением к концу второй недели. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

По нашему мнению, операция прошла успешно, поставленные задачи выполнены. В дальнейшем планируется пластика нижней губы и подбородка, а также дентальная имплантация.

На данном этапе можно говорить о том, что в Приморском крае возможно осуществление реконструктивно-восстановительных операций при обширных дефектах челюстно-лицевой области с применением микрохирургической техники. В перспективе мы рассчитываем на развитие этого направления

в нашем регионе, что позволит большему количеству пациентов получить полный объем оперативного лечения на месте, существенно сократив затраты, и ускорить реабилитацию после травм и оперативных вмешательств у онкологических больных.

Литература

1. Белоусов А.Е. *Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия*. — СПб.: Гиппократ, 1998.
2. Обыденнов С.А., Фраучи И.В. *Основы реконструктивной пластической микрохирургии*. — СПб.: Человек, 2000.
3. *Пластическая и реконструктивная хирургия лица / под ред. А.Д. Пейпла / пер. с англ.* — М.: БИНОМ, 2007.
4. Baker S. R., Sullivan M. J. // *Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg.* — 1988. — Vol. 114, No. 3. — P. 267–277.
5. Gilbert R., Dovion D. // *Oper. Tech. Otolaryngol. Head. Neck. Surg.* — 1993 — Vol. 4. — P. 145.
6. Hayden R., O'Leary M.A. // *94th Annual Meeting of the American Laryngological, Rhinological and Otolological Society*. — Waikoloa, Hawaii, 1991.
7. Hidalgo D.A. // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1989. — Vol. 84, No. 1. — P. 71–79.
8. Jones N.F., Swartz W.M., Mears D.C. et al. // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1988. — Vol. 81, No. 3. — P. 378–385.
9. Moscoso J.F., Rttler J., Genden E. et al. // *Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg.* — 1994. — Vol. 120, No. 1. — P. 36–43.
10. Ostrup L.T., Fredrickson J.M. // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1975. — Vol. 55, No. 5. — P. 563–572.
11. Ostrup L.T., Tarn C.S. // *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.* — 1975. — Vol. 9, No. 2. — P. 101–106.
12. Wei F., Seah C., Tsai Y. et al. // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1994. — Vol. 93. — P. 294.

Поступила в редакцию 04.06.2008.

PLASTIC OF FACE DEFECT BY COMPLEX REVASCULARIZED FLAP

A.Yu. Di¹, Yu.I. Okonskaya²

¹City Hospital No. 2, ²Primorsky Regional Hospital No. 2 (Vladivostok)

Summary — Case from practice. The first in Primorsky Krai reconstructive microsurgical surgery on free plastics of a complex flap is described at extensive face defect. The surgery has been executed at the woman of 50 years with through face defect after beam therapy for salivary gland cancer. For plastics the free fibula flap was suggested. Surgery has passed successfully; the plastic of a lower lip is now planned to the patient, also chin plastics and dental implantation.

Key words: reconstructive plastic surgery, maxillofacial area, microvascular surgery, beam osteomyelitis.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 4, p. 86–88.