



клеточной лимфоме, фолликулярной лимфоме, хроническом лимфолейкозе и множественной миеломе. В данный период в госпитале наблюдалось 304 пациента с вышеперечисленными гемобластомами, из которых у 33 человек (10,9%) был диагностирован паранеопластический кожный зуд.

**Лимфома Ходжкина (n=67).** Частота встречаемости паранеопластического кожного зуда – 23,9%. Первичные морфологические элементы отсутствовали, наблюдались вторичные: эксфолиации, геморрагические корочки (точечные и линейные); интенсивность зуда была различной (от умеренного до мучительного). Большинство пациентов отмечали, что зуд начинался или с голени или с верхних конечностей и далее распространялся по всему телу.

В 30% случаев кожный зуд являлся первым проявлением заболевания. Возможными медиаторами зуда при лимфоме Ходжкина могут быть лейкопептидазы, продуцируемые патологическими лимфоцитами и гранулоцитами. Также у пациентов может возрастать количество циркулирующих базофилов, выделяющих гистамин, и увеличиваться активность гистидиндекарбоксилазы – фермента, ответственного за секрецию гистамина в патологических клетках кроветворения. Кроме того, при лимфоме Ходжкина определяются высокие уровни сывороточного иммуноглобулина Е.

**Диффузная В-крупноклеточная лимфома (n=54).** Частота встречаемости паранеопластического кожного зуда – 5,6%. По жалобам и клиническим проявлениям данная группа очень схожа с лимфомой Ходжкина.

**Фолликулярная лимфома (n=50).** Частота встречаемости паранеопластического кожного зуда – 4%. Зуд умеренной интенсивности, беспокоит больных приступами, преимущественно в области увеличившихся лимфоузлов.

**Хронический лимфолейкоз (n=51).** Частота встречаемости паранеопластического кожного зуда – 7,8%. Зуд был мучительный, практически на протяжении всех суток. Определялись точечные и линейные эксфолиации, шелушение кожи.

**Множественная миелома (n=82).** Частота встречаемости паранеопластического кожного зуда – 9,8%. Кожный зуд был генерализованным, но различной интенсивности. При множественной миеломе возникает гиперпротеинемия, которая приводит к синдрому повышенной вязкости крови и нарушению микроциркуляции. Эти процессы вызывают возникновение зуда у таких больных.

Таким образом, паранеопластический кожный зуд чаще всего обнаруживался у пациентов с лимфомой Ходжкина (23,9%), при других лимфопролиферативных заболеваниях – от 4 до 9,8% случаев.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016  
УДК 616.311-001.4-085

**Шинкевич Д.С. (shidmitry@yandex.ru)<sup>1</sup>, Арутюнян С.Э. (samvel-1973@mail.ru)<sup>2</sup>, Афанасьев В.В. (prof.afanasjev@yandex.ru)<sup>1</sup>** – Применение мембран из силикона для лечения послеоперационных ран в преддверии полости рта.

<sup>1</sup>Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова; <sup>2</sup>Филиал № 1 Лечебно-реабилитационного клинического центра МО РФ, г. Химки, Московская область

*Вестибулопластика послеоперационной раны в преддверии полости рта с использованием силиконового комплекса позволила у 20 пациентов с беззубой челюстью сформировать глубину преддверия рта, которая составила на момент снятия чрескожных швов  $9,5 \pm 3,7$  мм. Методика проста в исполнении, обладает прогнозируемыми результатами и может применяться для предортопедической хирургической подготовки.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а: вестибулопластика, предортопедическая подготовка, мембрана из силикона.*

*Shinkevich D.S., Arutyunyan S.E., Afanasev V.V. – Use of silicone membranes for the treatment of postoperative wounds in the vestibule of the mouth. Vestibuloplasty of the postoperative wound in the vestibule of the mouth with silicone complex in 20 patients with edentulous jaw allowed forming a deep arches of the mouth, which was at the time of removal of percutaneous sutures  $9,5 \pm 3,7$  mm. The technique is easy to perform, has predictable results and can be used for preorthopedic surgical preparation.*  
*К е у в о р д s: vestibuloplasty, preorthopedic surgical preparation, silicone membrane.*

Существует ряд заболеваний полости рта, которые препятствуют фиксации съемных протезов у людей с полной потерей зубов. Это дольчатые фибромы, фиброзные разрас-

тания, а также рубцовые стяжения. Нередко данные образования возникают вследствие травмы и имеют большие размеры. Хирурги, оперирующие в преддверии полости рта, зна-



ют, что после иссечения дольчатых фибром, рубцов больших размеров образуются обширные раневые поверхности. Часто из-за нехватки мягких тканей верхнего или нижнего сводов преддверия рта невозможно свести между собой края раны для наложения швов без нарушения топографии преддверия рта. Соответственно возникает вопрос, как закрыть дефект, не нарушив при этом анатомии преддверия рта, и одновременно добиться заживления раны без осложнений (снижение глубины преддверия рта, деформирующие рубцы).

В данной работе представлен наш опыт применения мембран из силиконовой резины для закрытия послеоперационных дефектов в преддверии полости рта. Мембрана из силиконовой резины отечественного производства (ЗАО «Медсил», г. Мытищи, Московская область), имеет сертификат Минздрава РФ к применению в стоматологии), биоинертна, эластична, стойка к агрессивным факторам полости рта, полупроницаема, относительно недорога и хорошо подходит для закрытия послеоперационной раны.

*Цель работы.* Совершенствование методов предоперационной хирургической подготовки больных с полной и частичной вторичной адентией с применением силиконового комплекса.

*Материалы и методы.* В клинике хирургической стоматологии на базе Челюстно-лицевого госпиталя для ветеранов войн и отделения ЧЛХ и стоматологии ФГБУ Филиал № 1 «ЛРКЦ» Минобороны России находились на комплексном лечении 38 больных (16 мужчин, 22 женщины). У 30 пациентов диагностированы дольчатые фибромы различной локализации в сочетании с мелким преддверием рта, у 3 — мелкое преддверие рта, у 4 — посттравматические рубцовые стяжения слизистой оболочки, у 1 — липома. По классификации ВОЗ, большинство (35) пациентов являлись людьми пожилого и старческого возраста. Всего выполнено 38 операций: 12 — в области нижней челюсти, 26 — в области верхней челюсти.

Под местной анестезией фиброзные разрастания, рубцы и ткани мелкого преддверия рта рассекали и иссекали электроскальпелем в пределах здоровых тканей до надкостницы. Рану закрывали силиконовой мембраной, которую фиксировали к краям слизистой оболочки узловыми швами из нерезорбируемого материала ( $n=17$ ).

При значительной площади раны у 20 пациентов возникла необходимость в разобщении поверхностей раны с целью формирования преддверия рта. Мы разработали методику вестибулопластики с помощью силиконового комплекса. Для этого на мемб-

рану в преддверие рта помещали силиконовый валик и фиксировали его 3–4 чрескожными швами. Валик принимал необходимую форму и прижимал мембрану, улучшая ее фиксацию. В послеоперационный период проводилась антибактериальная, противовоспалительная терапия. Профессиональный уход заключался в обработке мембраны и подмембранного пространства растворами антисептиков (0,02% раствором хлоргексидина или раствором фурацилина 1:50000). По показаниям в подмембранное пространство вводили антибактериальные вещества (левомеколь), кератопластические препараты (облепиховое масло), гемостатические препараты (5% раствор аминокaproновой кислоты).

После снятия силиконового комплекса, формирование преддверия полости рта продолжали с помощью формирующего имедиат-протеза.

Способ, предложенный нами, не представляет технических трудностей, легко выполним, и не требует специальной подготовки хирурга. Благодаря эластичности и хорошей адгезии к раневой поверхности мембрана быстро и легко формируется. При наложении силикона на поверхность дефекта происходит быстрая остановка кровотечения (гемостатический эффект). Силиконовая мембрана прозрачна, поэтому можно осуществлять визуальный контроль за процессами заживления, оценивать состояние раны после операции. Плотное прилегание силикона к раневой поверхности обеспечивает герметичность.

У многих пациентов гигиена полости рта была низкой, и некоторое количество пищи попадало под мембрану по ее периферии, но такой налет легко удалялся с помощью ирригации подмембранного пространства антисептиком.

Достоинством мембраны можно считать и то, что при потере 20–30% швов она достаточно хорошо прилегает к поверхности дефекта, хотя становится немного подвижной. В подмембранное пространство вводили антисептики и кератопластические препараты (облепиховое масло, ретинол).

Послеоперационный период протекал гладко. Воспалительных реакций не отмечено. Аллергических реакций не наблюдали. Мембрану удаляли на 7–14-е сутки. Эпителизация происходила на 11–14-й день, полная эпителизация и рубцевание — до 1 мес после операции. Грубых деформирующих рубцов мы не отмечали.

Вестибулопластика с использованием силиконового комплекса, несмотря на значительные размеры послеоперационных дефектов, позволила добиться благоприятного течения послеоперационного периода. Толь-



ко 15% пациентов предъявляли жалобы на интенсивные боли. Выраженный отек губы и прилежащих областей наблюдали всего у 2 пациентов (10%).

Методика с использованием силиконового комплекса позволила у 20 пациентов с беззубой челюстью сформировать глубину преддверия рта, которая составила на момент снятия чрескожных швов  $9,5 \pm 3,7$  мм. Дальнейшие измерения показали, что колебания параметров глубины преддверия рта в различные сроки после операции незначитель-

ны и не имели достоверного статистического различия.

Используемая нами методика создает оптимальные условия для заживления раны в преддверии полости рта у лиц пожилого возраста. Позволяет разобщить раневые поверхности, препятствуя слипанию раны. Вестибулопластика с помощью силиконового комплекса проста в исполнении, экономична и может успешно применяться для предортопедической хирургической подготовки.

© И.В.ЕГОРЫШЕВА, 2016  
УДК [614.4:355](092 Прибиль)

**Егорышева И.В.** ([egorysheva@rambler.ru](mailto:egorysheva@rambler.ru)) — И.А.Прибиль — видный военный врач-эпидемиолог первой половины XIX в.

Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко, Москва

*В статье говорится о деятельности российского военного врача, чеха по национальности, И.А.Прибиля (1782–1866), служившего на Кавказе. Ему принадлежат заслуги в организации работы военного госпиталя в Тифлисе, разработке и осуществлении эффективных противоэпидемических мероприятий.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* противоэпидемические мероприятия, Тифлисский военный госпиталь, И.А.Прибиль.

*Egorysheva I.V. — I.A.Pribil — the prominent military epidemiologist of the first half of the XIX century. The article describes the activities of the Russian military doctor, Czech by nationality, I.A.Pribil (1782–1866), who served in the Caucasus. He owns outstanding achievements in the organization of the Military Hospital in Tbilisi, the development and implementation of effective anti-epidemic measures.*

*К е у в о р д s:* anti-epidemic measures, Tiflis military hospital, I.A.Pribil.

Исполнилось 150 лет со дня смерти видного военного врача, организатора борьбы с эпидемиями на Кавказе — Ивана Антоновича Прибиля. Чех по национальности, он родился в 1782 г. в Богемии, учился в Пражском, затем в Венском университетах, где получил степень доктора медицины и хирургии. По приглашению русского посла в Вене князя А.Б.Куракина в 1808 г. приехал в Россию. Как все иностранные врачи, поступающие на русскую службу, И.А.Прибиль выдержал докторский экзамен в петербургской Медико-хирургической академии. Поступив на военно-медицинскую службу, он навсегда остался в России<sup>1</sup>.

Сначала И.А.Прибиль служил младшим лекарем в Саратовском мушкетерском полку, который дислоцировался в Грузии. Обратив внимание начальства своими познаниями и активной медицинской деятельностью, он в октябре 1811 г. назначается членом комитета сохранения здоровья жителей, а в 1813 г. получает приглашение на службу в Тифлисский военный госпиталь в качестве ординатора.

В ноябре 1814 г. он был переведен в Херсонский военный госпиталь. В 1815 г. в связи с окончанием контракта И.А.Прибиль вышел в отставку и возвратился в Тифлис. Грузия стала для него второй родиной, он был женат на представительнице известной дворянской семьи Харашвили.

Три года И.А.Прибиль работал в местной врачебной управе, а в 1822 г. был назначен главным доктором Тифлисского военного госпиталя — первого стационарного лечебного учреждения города. Он сумел превратить госпиталь в образцовую клиническую базу для молодых врачей, при госпитале была создана аптека, отвечающая европейским нормам. По его инициативе началось изучение целебных свойств боржомской минеральной воды, курортов Пятигорска, Абастумани, Ахталы и др.

И.А.Прибиль пользовался широкой известностью как опытный врач-практик. Генерал Ермолов и его приближенные часто обращались к нему за лечением, он был лечащим врачом семьи Чачавадзе, ему неоднократно приходилось оказывать медицинскую помощь А.С.Грибоедову, страдавшему от малярии. Пользуясь своим авторитетом и поддержкой военного руководства, И.А.Прибиль сумел внедрить разработанную им рациональную систему противоэпидемических мероприятий.

<sup>1</sup> *Кавиладзе О.П.* // Воен.-мед. журн. — 1966. — № 6. — С. 96; *Петров Б.Д.* // ЖМЭИ. — 1983. — № 10. — С. 108–109.