

щей маски-гоммаж Исеак (1—2 раза в неделю — в качестве гоммажа или 1 раз в день в качестве вечернего ухода в виде маски).

Наиболее эффективно применение препарата в виде маски у пациентов с проблемной жирной кожей с большим количеством комедонов, а в виде гоммажа — у пациентов с акне легкой и средней степени тяжести. Процедуры гоммажа могут эффективно заменять одну из процедур очищения с мылом или гелем.

Солнцезащитную эмульсию SPF 30 или SPF 50+ рекомендуется использовать ежедневно перед солнечной экспозицией, равномерно нанеся достаточное количество средства на лицо, чтобы полностью покрыть поверхность кожи, которая подвергнется солнечному воздействию. Также подходит в качестве основы под макияж.

Гамма средств Исеак, разработанная на основе новых и эксклюзивных компонентов, специально предназначена для полного специфического ухода за комбинированной пубертатной кожей. Все средства линии прошли клинические испытания, в результате которых была подтверждена их высокая эффективность и переносимость [18]. Наш опыт применения лечебной серии у 25 пациентов с акне легкой и средней степени тяжести и 15 пациентов с жирной проблемной кожей подтверждает способность препаратов этой серии эффективно купировать острое локальное воспаление, глубоко очищать и оздоравливать кожу, оказывать восстанавливающее, матирующее и солнцезащитное действие. Кроме того, можно использовать один продукт лечебно-косметической серии с целью лечения единичных воспалительных элементов акне или для ухода за жирной кожей длительное время. Таким образом, включение лечебно-косметической программы ухода Исеак в комплексную терапию акне пубертатного периода и ее применение с целью профилактического ухода за молодой проблемной кожей является целесообразным и эффективным, что значительно уменьшает длительность терапии, снижает вероятность рецидива и улучшает качество жизни больных.

1. Львов А.Н. Школа фармаколога: акне. Российские аптеки. 2010; 16: 30—2.
2. Монахов С.А., Иванов О.Л. Акне. Этиопатогенез. Клиника. Терапия. Методическое пособие для врачей. М.; 2012: 3—5.
3. Collier C.N., Harper J.C., Cafardi J.A., Cantrell W.C., Wang W., Foster K.W., Elewski B.E. The prevalence of acne in adults 20 years and older. J. Am. Acad. Dermatol. 2008; 58(1): 56—9.
4. http://www.infox.ru/03/Cosmetology/2009/09/15/Pryyshci_dyelo_sye.phtml
5. Brown S.K., Shalita A.R. Acne vulgaris. Lancet. 1998; 351(9119): 1871—6.
6. Молочков В. А., Семенова Т.Б., Молочков А.В., Корнева Л.В. Акне: клиника, диагностика, лечение. Учебное пособие. М.; 2006.
7. Потеев Н.Н. Акне и розацеа. М.: БИНОМ; 2007: 14.
8. Crooks S.W., Stockley R.A. Leukotriene B4. Int. J. Biochem. Cell Biol. 1998; 30(2): 173—8.
9. Zhu Y.I., Stiller M.J. Preview of potential therapeutic applications of leukotriene B4 inhibitors in dermatology. Skin Pharmacol. Appl. Skin Physiol. 2000; 13(5): 235—45.
10. Zouboulis C.C. Acne: current aspects on pathology and treatment. Dermatol. Exp. 1999; 1: 6—37.
11. Снарская Е.С., Кряжева С.С., Лавров А.А. Инновационный комплекс TLR2-Regul в комплексной терапии дерматозов с высоким риском инфицирования: себорейного дерматита и акне. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012; 3: 28—31.
12. Webster G.F. Commentary: diet and acne. J. Am. Acad. Dermatol. 2008; 58(5): 794—5. doi: 10.1016/j.jaad.2008.01.016.
13. Снарская Е.С. Роль Toll-подобных рецепторов (TLR), активаторов врожденного иммунитета в патогенезе ряда дерматозов. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012; 2: 47—50.
14. Адашкевич В. П. Акне вульгарные и розовые. М.; 2005: 60—116.
15. Халдин А.А., Мареева Е.Б., Скворцова А.И. Патогенетические подходы к терапии вульгарных угрей. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012; 3: 34—7.
16. Масюкова С.А. Акне: проблема и решение. Consilium Medicum. 2002; 4(5): 23—27.
17. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. Руководство по дерматокосметологии. СПб.: Фолиант; 2008: 309—15.
18. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. М.: ЮТКОМ; 2009: 108—9.

Поступила 04.02.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013
УДК 616.5-031:611.921.931-003.92-08

Стратегия комплексного подхода к лечению рубцовых поражений кожи лица и шеи

А.Г. Стенько¹, А.А. Шматова¹, Л.С. Круглова², О.В. Жукова², С.А. Шустов²

¹ОАО Институт пластической хирургии и косметологии, Москва; ²Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

Приведены результаты лечения 1100 пациентов с различными рубцовыми поражениями кожи лица и шеи, принципы рационального планирования и дифференцированного применения комплексного лечения больных с различными рубцовыми поражениями в соответствии с усовершенствованной рабочей классификацией. Предложены алгоритмы лечения с уточнением оптимальных сроков и объемов послеоперационной терапии при формирующихся рубцах с целью предупреждения патологического рубцевания.

Ключевые слова: рубцы, лицо, комплексное лечение

THE COMPLEX THERAPEUTIC STRATEGY IN SCAR LESIONS OF THE FACE AND NECK SKIN

A.G.Stenko¹, A.A.Shmatova¹, L.S.Kruglova², O.V.Zhukova², S.A.Shustov²¹Institute of Plastic Surgery and Cosmetology, Moscow; ²Moscow Research and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology

A total of 1100 patients with scar lesions of the face and neck were treated. The principals of rational planning and differential use of multiple-modality approach in patients with scar lesions in accordance with modified working classification is presented. The authors suggest the treatment algorithms with optimal terms and volumes of postoperative therapy to be carried out during the formation of cicatrices in order to prevent pathological cicatrization.

Key words: *cicatrices, face, multiple-modality treatment*

В настоящее время совершенно очевидно, что только комплексное лечение пациентов с различными рубцовыми поражениями позволяет получить оптимальный эстетический результат, удовлетворяющий и врача, и пациента, поскольку ни один из разработанных методов лечебного воздействия не является универсальным для достижения оптимальной коррекции рубцов [1—8]. Весьма важно, чтобы выбор адекватного комплекса лечебно-профилактических мероприятий был осуществлен с учетом особенностей клинического проявления рубцов, отраженных в разработанной нами классификационной схеме (рис. 1) [9—13].

На наш взгляд, для достижения оптимальных результатов коррекции рубцовой ткани необходим дифференцированный подход к выбору врачебной тактики. Однако, к сожалению, он не всегда принимается во внимание клиницистами.

Часто после завершения эпителизации раневой поверхности больной теряет из поля зрения специалистов. А именно в этот период и начинается активный процесс рубцевания, который нередко при несвоевременной коррекции приводит к деформации мягких тканей, локальному раздражению, обуславливая возникновение у больного физического и психологического дискомфорта.

Появление новых лечебных технологий всегда вызывает большой интерес у клиницистов, однако, как показывает практика, отдаленные результаты их применения бывают порой не столь оптимистичны, как в ранние сроки наблюдений. Проблема полноценной реабилитации больных с рубцовыми изменениями кожи в области лица и шеи остается актуальной, несмотря на наличие достаточно большого количества способов и технических средств, препаратов, предназначенных для регулирования процесса рубцевания. К сожалению, сама система оказания реабилитационной помощи больному нередко страдает из-за поверхностного к нему отношения: изменения, происходящие в области рубца, кажущиеся столь незначительными для окружающих, для самого больного чрезвычайно важны.

Многосторонняя оценка качества медицинских услуг в сфере терапевтической и хирургической косметологии показывает, что появились обнадеживаю-

щие результаты высокоэффективного лечения больных с рубцовыми изменениями кожи в области лица и шеи.

Они хорошо вписываются в практику амбулаторно-поликлинических учреждений, а их внедрение позволяет расширять круг пациентов, которым можно оказать такого рода специализированную медицинскую помощь.

При такой постановке вопроса очевидна актуальность проведения оценки эффективности сочетанных подходов к коррекции рубцовых поражений с учетом стадии процесса и его тяжести, возраста пациентов. Такая оценка чрезвычайно важна для разработки реабилитационных программ, оказывающих действенную консультативную помощь врачам поликлиник.

Результаты наших наблюдений за пациентами с атрофическими, гипертрофическими и келоидными рубцовыми поражениями (1100 больных) свидетельствуют, что причинами функциональных нарушений зачастую являются незавершенные лечебные мероприятия в условиях хирургических стационаров. Амбулаторное лечение всех этих пациентов включало базовые технологии в виде пластического массажа, рассасывающих физиотерапевтических процедур, использование коллагеназных препаратов, Букки-терапии в зависимости от локальной клинической ситуации. Разработаны схемы применения комплекса указанных процедур, учитывающего их продолжительность и последовательность проведения. Результат лечения у 805 (73,2%) пациентов был расценен как хороший. Повышению окончательного эффекта лечения способствовало введение филлеров для восполнения поверхностных тканевых дефектов и применение эстетической дермопигментации.

В зависимости от применяемого метода коррекции патологического рубца (консервативного или хирургического) изменение отдельных его параметров происходит по-разному. Поэтому, на наш взгляд, целесообразно в каждом конкретном случае определить максимально достижимый эстетический результат, например:

- коррекция *контура* (очерченности) путем устранения видимого различия между рубцовой и окружающей тканями;

Сведения об авторах:

Стенько Анна Германовна — д-р мед. наук, зав. отд-нием косметологии (stenko1@rambler.ru); Шматова Анастасия Александровна — врач-ординатор; Круглова Лариса Сергеевна — д-р мед. наук. (kruglovals@mail.ru); Жукова Ольга Валентиновна — канд. мед. наук, доцент; Шустов С.А. — врач-дерматовенеролог.



Рис. 1. Схема рабочей классификации рубцовых поражений лица.

- изменение рельефа поверхности сглаживанием имеющихся неровностей по отношению к прилегающей неповрежденной коже, размягчение рубца;

- устранение различий в цвете между рубцовой и окружающей тканями;

- устранение выпячивания рубца и/или значительного его сужения, вплоть до тонкой линии;

- устранение в зоне рубцового поражения ограничения подвижности тканей при мимической активности (см. таблицу).

При планировании лечения важно предварительно выделить основную, приоритетную, цель прове-

димых лечебно-профилактических мероприятий, а также определить, какие именно параметры рубца могут быть улучшены с высокой вероятностью. Не всегда можно быть полностью уверенным в положительном исходе лечения из-за наличия неблагоприятных условий для коррекции рубцового поражения, в частности выраженной гиперергической реакции на травму в случаях предрасположенности к развитию келоидов. Если прогноз конечного результата представляется сомнительным, то при решении вопроса об оперативном вмешательстве необходимо обсудить с пациентом преимущества хирургического метода и возможные отрицательные побочные яв-

Критерии оценки эффективности коррекции патологических рубцов			
Клинические параметры	Метод лечебного воздействия	Критерии эффективности проведенного лечения	Максимальный эстетический эффект
Конфигурация (очертания)	Хирургический	Уменьшение рубцового поражения Изменение положения (перераспределение рубца) соответственно кожным линиям Устранение чрезмерного натяжения тканей	Формирование эстетически приемлемого рубца
Контур (очерченность)	Консервативный и хирургический	Уменьшение очерченности выступающих контуров	Устранение видимого различия между рубцовой и окружающей тканями
Рельеф поверхности	Консервативный	Выравнивание поверхности на фоне оседания рубца, устранение вторичных элементов поражения	Сглаживание имеющихся неровностей по отношению к прилегающей неповрежденной коже
Окраска	Консервативный	Уменьшение интенсивности окраски и пигментации	Устранение различий в цвете между рубцовой и окружающей тканями
Размер (объем)	Консервативный и хирургический	Уменьшение высоты выпячивания (оседание, уплощение) поражения и/или его ширины	Устранение выпячивания рубца и/или значительное его сужение, вплоть до тонкой линии
Консистенция (плотность)	Консервативный	Размягчение рубцовой ткани	Устранение в зоне рубцового поражения стеснения или скованности тканей при мимической активности
Подвижность	Хирургический и консервативный	Увеличение подвижности и податливости рубцово-измененных тканей	

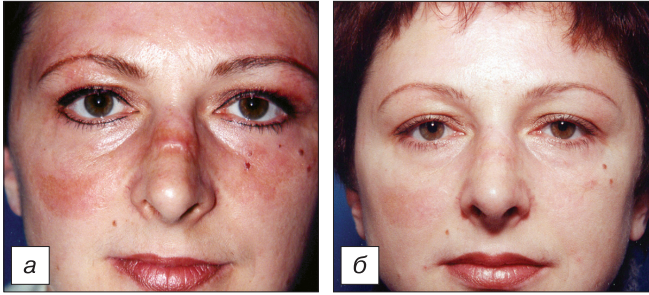


Рис. 2. Пациентка Т., 39 лет, с несформированным КР в области спинки носа (а) и через 8 мес после применения стандартной комплексной схемы лечения № 1 (б).

ления, его готовность к проведению в последующем различных консервативных мероприятий.

Нужно постоянно иметь в виду влияние на формирование нормотрофического рубца ряда неблагоприятных факторов, основные из которых:

- чрезмерное натяжение тканей;
- локализация травматического повреждения в зонах лица, испытывающих значительные функциональные нагрузки, или перпендикулярно к силовым линиям кожи (хотя, как известно, при выраженной гиперергической реакции тканей пациента на травму возникновение патологического рубца возможно и при самом благоприятном расположении оси рубца);
- отсутствие полноценной адаптации краев бывшей раны;
- вторичное заживление раны;
- несоблюдение пациентом рекомендаций врача на протяжении периода формирования рубцовой ткани.

В аналитической статье Международной комиссии экспертов [13, 14] представлен обзор данных литературы об эффективности различных методов коррекции патологических рубцов с использованием стандартных способов их оценки. При этом подчеркнута первостепенная роль адгезивных покрытий с силиконовым гелем (ПСГ) и внутриочаговой гормональной терапии. Большинство исследователей указывают на рациональность применения кеналога А40 или триамцинолона ацетонида (triamcinolone acetonide), несмотря на возможные нежелательные побочные эффекты, проявляющиеся прежде всего в виде чрезмерной атрофии рубцово-измененной кожи [4, 15—18].

Вместе с тем, несмотря на значительное число публикаций по внутриочаговым инъекциям кортикостероидного (КС) препарата, до сих пор недостаточно освещены особенности лечебной тактики в зависимости от разновидности и выраженности рубцового поражения, что необходимо для повышения эффективности проводимой терапии.

Накопленный опыт клинических наблюдений позволил сделать некоторые обобщения и предложить стандартизированные схемы лечебно-профилактических мероприятий для разных групп пациентов, объединенных по следующим клиническим признакам рубцовых поражений: разновидности, стадии формирования, размера и локализации. При этом руководствовались тем положением, что объем оказываемой помощи должен отличаться по про-

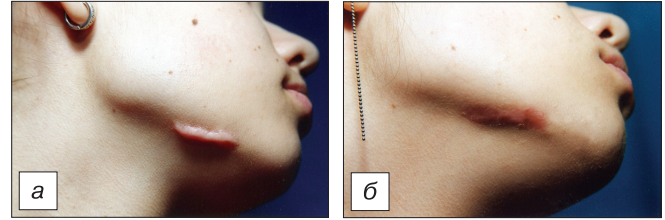


Рис. 3. Несформированный келоидный рубец поднижнечелюстной области после диатермокоагуляции пигментного невуса (а), после криодеструкции в сочетании с внутриочаговыми инъекциями КС препарата (б).

должительности (количеству сеансов) лечения и наблюдений, дозировке применяемого лекарственного препарата, сочетанию с другими способами терапии, различным техническим приемам в процессе проведения хирургической коррекции. Существенное значение имеет выделение основного, или ведущего, (терапия 1-й линии) и вспомогательных способов лечебного воздействия.

Схема № 1

Несформированные небольшие келоидные рубцы (КР) малого (диаметр основания меньше 1 см) и среднего (с относительно широким основанием — в пределах 1—2 см) размеров при отсутствии факторов, предрасполагающих к патологическому рубцеванию.

Основной целью применяемых консервативных методов лечебного воздействия является приостановление активного роста келоида.

Терапией 1-й линии следует считать инъекции КС препарата в основную массу рубцового поражения. Обычно требуется 1—2 трехкратных еженедельных курса с месячным интервалом между ними. Доза однократно вводимого препарата: кеналога 2,5—20 мг/мл, дипроспана 0,5 мг/см². Достижению данной цели способствуют также компрессионные повязки, накладываемые в течение 9—12 мес. Наружная стероидная терапия в качестве вспомогательного лечебного воздействия особенно показана при выраженности неприятных субъективных ощущений (зуд, жжение, боль) в зоне поражения.

Клиническое наблюдение № 1

Пациентка Т., 39 лет, обратилась в отделение дерматологии с жалобами на зуд и болезненность рубцового поражения в области спинки носа. Из анамнеза установлено, что травматическое повреждение произошло 4 мес назад, заживление под струпом, противорубцовую терапию не проводили. Увеличение размера, интенсивности окраски и плотности рубца наблюдалось спустя 3 мес после травмы, а в последние 2 нед отмечен инвазивный рост. На основании анамнестических и клинических данных поставлен диагноз посттравматического несформированного келоида малого размера в области спинки носа.

С целью подавления активного рубцового процесса применена вышеописанная стандартная схема лечебно-профилактических мероприятий №1, включающая внутриочаговые инъекции КС препарата (в качестве терапии 1-й линии) — 1 трехкратный еженедельный курс при дозе однократно вводимого дипроспана 0,2—0,3 мг/см² в сочетании с компрессионными повязками в течение 8 мес (ПСГ ежедневно, по 12 ч в сутки, с дополнительной лейкопластырной фиксацией). Клинический эффект проведенной терапии представлен на рис. 2.

У пациентов с КР небольшого размера в стадии формирования, особенно при наличии неблагопри-

ятных факторов, в качестве терапии первой линии показано криовоздействие, которое в раннем послеоперационном периоде может быть дополнено внутривенными инъекциями КС препарата или лонгидазы и локальной компрессионной терапией.

Клиническое наблюдение № 2

Пациентка Б., 24 лет, обратилась по поводу зудящего и болезненного рубца в области нижней челюсти справа. По анамнестическим данным 4,5 мес назад была проведена диатермокоагуляция пигментного невуса, произошло заживление под струпом. Выступление и инвазивный рост рубца отмечены спустя 4 мес после вмешательства. Диагноз: послеоперационный несформированный КР среднего размера в поднижнечелюстной области справа (рис. 3, а).

С учетом небольшого размера, быстрого инвазивного роста и отсутствия клинического эффекта после локальной компрессионной терапии проведены 3 процедуры криохирургического воздействия с последующей ранней послеоперационной терапией, включающей 2 трехкратных еженедельных курса внутривенных инъекций дипроспана по 0,2—0,3 мг/см², накладывание ПСГ в сочетании с ретенционными повязками в течение 9 мес и топических среднеактивных стероидных препаратов. При контрольном осмотре спустя 9 и 12 мес после примененной комплексной схемы лечебно-профилактических мероприятий не выявлено признаков рецидивирования, рубцовое поражение уплощено, отмечена незначительная неровность рельефа поверхности (рис. 3, б).

Схема № 2

Несформированные КР малого и среднего размеров при наличии неблагоприятных факторов (предрасположенности к патологическому рубцеванию, локализации в «келоидоопасной» зоне, рецидива поражения, чрезмерного натяжения тканей и др.).

Как и в схеме №1, с целью подавления активного рубцового процесса в качестве терапии 1-й линии показано внутривенное введение КС препарата. Целесообразно применение 2—3 еженедельных курсов инъекций с месячным интервалом между ними в сочетании с локальной компрессионной терапией, назначаемой в течение не менее 9—12 мес, нередко в комбинации с топическими лекарственными средствами. При противопоказаниях или безуспешности инъекций КС внутрь рубцового поражения применяют внутривенные инъекции лонгидазы или Букки-терапию.

После наступления стабилизации рубцового процесса по эстетическим показаниям выполняется хирургическое иссечение с обязательным повторным курсом вспомогательной терапии в раннем послеоперационном периоде для предупреждения рецидива поражения (см. схему № 3).

Клиническое наблюдение № 3

Пациентка М., 28 лет, обратилась в отделение дерматокосметологии с жалобами на наличие зудящего рубцового поражения в надбровной области. Из анамнеза установлено, что рубец сформировался после бытовой травмы 5 мес назад. Спустя примерно 1,5 мес после повреждения появились уплотнение, гиперемия и увеличение размера рубца, локальные субъективные ощущения. Со слов пациентки, отмечен рост рубцовой ткани по сравнению с первоначальной величиной повреждения. Примечательно, что ранее после удаления пигментных невусов в области спины и предплечья наблюдалось патологическое рубцевание. При обследовании в надбровной области справа выявлено эритематозное рубцовое поражение, выступающее над уровнем окружающей кожи на 0,5—0,6 см, овальной формы, величиной 1,3×1,8 см, плотной консистенции и с блестящей неровной по-

верхностью (рис. 4, а). Очерченность контуров рубца была недостаточно выражена. Диагноз: несформированный КР малого размера надбровной области справа.

С учетом небольшого размера, поверхностной локализации и стадии формирования рубца, а также склонности к развитию патологического рубцевания после оперативных вмешательств проведен комплекс лечебно-профилактических мероприятий по схеме № 2 с целью приостановления роста келоида. В качестве терапии 1-й линии выполнено 2 трехкратных еженедельных курса внутривенной гормональной терапии (разовая доза вводимого дипроспана 0,2—0,3 мг/см²). Кроме того, в течение 6—7 мес назначены давящие повязки — ПСГ в сочетании с дополнительным использованием губки-подушки (толщиной 10—12 мм) для усиления локальной компрессии. Купирование зуда и болезненности в области рубца достигнуто местным применением среднеактивного наружного стероидного препарата (0,5% преднизолоновая мазь) и физиотерапевтических процедур (курс электрофореза с лидазой, ультразвук с гидрокортизоном). Клинический эффект первоначально проявился в прекращении инвазивного роста келоида и локального зуда, а затем — в уплощении, размягчении и уменьшении интенсивности его окраски (рис. 4, б).

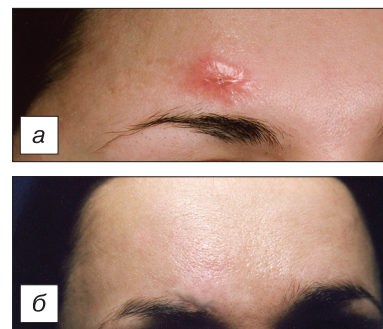


Рис. 4. Несформированный келоидный рубец надбровной области справа (а), после инъекционного внутривенного введения дипроспана (б).

Схема № 3

Несформированные крупные КР с широким основанием (диаметр более 2—2,5 см).

Для прекращения активного роста поражения первоначально применяется внутривенная гормональная терапия — 3—4 трехкратных курса инъекций с обязательными месячными интервалами между ними, с постепенным снижением дозы препарата до отмены. Вопрос о рациональности проведения последующих курсов решается в зависимости от степени выраженности клинического и побочного эффектов. Локальная компрессионная терапия с использованием ПСГ, ретенционных и поддерживающих повязок назначается в течение 12—18 мес, ежедневно и не менее 12 ч в сутки. Фиксация повязок становится более проблематичной при значительно выступающих поражениях, локализующихся к тому же в подвижных участках лица. Сравнительно легче обеспечить компрессию рубцовой ткани при плоской форме келоида. При недостаточном клиническом эффекте или возобновлении (продолжении) роста рубца назначается Букки-терапия.

Наличие неблагоприятных факторов риска развития рубцового процесса у данной группы пациентов является обоснованием для изначальной комбинации внутривенной гормональной и лучевой терапии. В последующем выбор способа хирургической коррекции в каждом конкретном случае во многом определяется возможностями адекватного пластического замещения раневого дефекта, образующегося после иссечения КР. Исследования показывают, что при крупных келоидных пораже-



Рис. 5. Множественные келоидные рубцовые поражения правой половины лица и шеи (а, б), после лечения методом криодеструкции (в, г), в последующем – Букки-терапией (д, е).

ях, особенно давностью более 2 лет, значительно проблематичнее достичь клинического эффекта посредством внутриочаговой гормональной терапии и более оправдано применение криохирургического воздействия в комбинации с послеоперационной комплексной терапией (рис. 5, а–е). Вместе с тем клиницистам следует иметь в виду, что в ряде клинических наблюдений, даже при обширном келоидном поражении, положительный результат может быть достигнут при раннем применении комплекса лечебно-профилактических мероприятий, когда давность существования рубца не превышает 2–3 мес. Ниже приведенный клинический пример (рис. 6, а–г) примечателен тем, что, несмотря на наличие крупного быстрорастущего келоида, хороший стабильный клинический эффект отмечен после раннего назначения курса внутриочаговых инъекций лонгидазы (6 инъекций).

Схема № 4

Формирующийся рубец после хирургического иссечения или криодеструкции КР

У пациентов этой группы основной целью лечебно-профилактических мероприятий является

профилактика рецидива келоида. В качестве вспомогательных способов лечебного воздействия в послеоперационном периоде применяется следующий комплекс:

1. Внутриочаговая гормональная терапия — инъекции КСпрепарата выполняются в появляющиеся участки гипертрофии формирующегося рубца. При отсутствии неблагоприятных факторов риска развития рубцового процесса обычно требуется 1–2 трехкратных еженедельных курса с месячным интервалом для достижения стойкого клинического эффекта. Первый курс начинают непосредственно после заживления раны или удаления швов. Последующие инъекции проводят по мере появления ранних признаков патологического рубцевания.

2. Локальная компрессионная терапия также назначается в раннем послеоперационном периоде. Адгезивные ПСГ используются в течение 12–18 мес, ежедневно, желательно не менее 12 ч в сутки и в сочетании с ретенционной или лейкопластырной повязкой на коже для усиления компрессии рубцовой ткани и лучшей фиксации.

3. Физиотерапия (по показаниям).

4. Топические лекарственные средства.

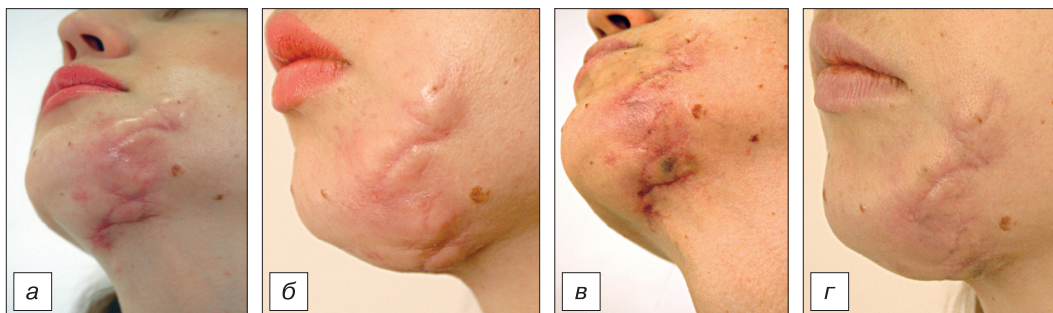


Рис. 6. Формирующаяся келоидная рубцовая деформация нижней трети лица слева (а, б), после внутриочагового введения лонгидазы (6 инъекций, одноразовая доза 3000 ЕД), локальной компрессионной терапии и аппликаций силиконового геля дерматикс (в, г).

5. Букки-терапия особенно показана тем пациентам, которые могут не соблюдать длительный режим послеоперационных рекомендаций, а также больным с наличием рецидивирующего поражения.

Результаты исследования подтвердили, что повышению качества медико-социальной реабилитации способствует дифференцированное применение стандартизированных схем комплексного лечения в соответствии с рабочей классификацией, основанной на подразделении рубцовых поражений челюстно-лицевой области по разным описательным характеристикам и клиническим параметрам. Среди способов терапии несформированных патологических рубцов методика внутрирубцовых инъекций КС препарата представляется одной из наиболее эффективных и патогенетически обоснованных: положительный результат лечения отмечен у 73,5% больных и только у 11,3% в последующем требовалась хирургическая коррекция. При тщательном отборе пациентов, соблюдении правил и техники выполнения процедуры она может успешно применяться в качестве терапии первой линии и вспомогательного лечебного воздействия в раннем послеоперационном периоде с целью предупреждения рецидива поражения.

Полученные результаты лечения 1100 пациентов с рубцовыми поражениями кожи лица и шеи подтвердили, что повышению качества проведенной коррекции и медико-социальной реабилитации способствует дифференцированное применение стандартизированных схем комплексного лечения в соответствии с рабочей классификацией, основанной на подразделении рубцовых поражений челюстно-лицевой области по разным описательным характеристикам и клиническим параметрам.

На основании оценки результатов применения разработанных медицинских технологий мы считаем, что эффективность коррекции рубцовых поражений во многом зависит от выполнения двух условий: комплексности и системности при оказании лечебно-профилактической помощи на всех этапах медицинской реабилитации.

1. Белоусов А.Е. Очерки пластической хирургии. Т. 1. Рубцы и их коррекция. СПб.: Командор; 2005.
2. Дьякова С.В. Хирургическая реабилитация детей с дефектами, рубцами и рубцовыми массивами в челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1999.
3. Козлов В.А., Мушкова С.С., Коновальская С.Б. Келоидные рубцы. Трудности диагностики и лечения. Институт стоматологии. 2005; 1: 26—30.
4. Озерская О.С. Рубцы кожи. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2004; 4: 50—7.
5. Шафранов В.В., Борхунова Е.Н., Таганов А.В., Короткий Н.Г., Виссаронов В.А., Стенько А.Г. Келоидные рубцы: этиология, клиническая, морфологическая, физикальная диагностика и лечение СВЧ-криогенным методом. М.: Деловая лига; 2003.
6. Arndt K.A., Dover J.S., Alam M. Scar revision. Procedures in cosmetic dermatology. China: Elsevier Saunders; 2006.
7. Dasgeb B., Phillips T. What are scars? In: Arndt K. A., Dover J.S., Alam M., eds. Scar revision. Procedures in Cosmetic Dermatology. China: Elsevier Saunders; 2006: 1—16.
8. Donofrio L.M. Evaluation and management of the aging face. In: Robinson J. K., Hanke C.W., Sengelmann R.D., Siegel D.M. Surgery of the skin. Procedural Dermatology. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005: 425—35.
9. Резникова А.Е. Клинико-морфологические особенности, лечение и профилактика рубцов лица и шеи у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1999.
10. Nouri K., Jimenez G.P., Harrison-Balestra C., Elgart G.W. 585-nm pulsed dye laser in treatment of surgical scars starting on the suture removal day. Dermatol. Surg. 2003; 29(1): 65—73
11. Berman B., Zell D. The medical treatment of scarring. In: Arndt K. A., Dover J.S., Alam M., eds. Scar revision. Procedures in Cosmetic Dermatology. China: Elsevier Saunders; 2006: 17—43.
12. Decker R.H., Wilson L.D. Effect of radiation on wound healing and the treatment of scarring. In: Arndt K. A., Dover J.S., Alam M., eds. Scar revision. Procedures in Cosmetic Dermatology. China: Elsevier Saunders; 2006: 89—103.
13. Mustoe T.A., Cooter R.D., Gold M.H., Hobbs F.D., Ramelet A.A., Shakespeare P.G., et al.; International Advisory Panel on Scar Management. International clinical recommendations on scar management. Plast. Reconstr. Surg. 2002; 110(6): 560—71.
14. Юденич В.В. Лечение ожогов и их последствий. М.: Медицина; 1980.
15. Коновальская С.Б. Клинико-морфологическая дифференциальная диагностика келоидных и гипертрофических рубцов и методы их лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2003.
16. Berman B., Bielewicz H.C. Keloids. J. Am. Acad. Dermatol. 1995; 33(Issue 1): 117—23.
17. Grossman K.L. Facial scars. Clin. Plast. Surg. 2000; 27(4): 627—42.
18. Nemeth A.J. Keloids and hypertrophic scars. J. Dermatol. Surg. Oncol. 1993; 19(8): 738—46.

Поступила 29.11.12

© О.А. МЕСНЯНКИНА, В.В. ДУЙКО, 2013
УДК 616-002.73-08:614.2

Качество жизни и особенности ведения больных лепрой

О.А. Меснянкина, В.В. Дуйко

Лабораторно-экспериментальный и эпидемиологический отделы ФГБУ НИИ по изучению лепры (директор — В.В. Дуйко) Минздрава России, Астрахань

По степени влияния заболевания на качество жизни пациента лепра занимает особое место среди дерматозов. Рассмотрены медико-социальные и психологические аспекты данного показателя у больных лепрой. Обращено внимание на высокую значимость возрастного фактора для данной категории пациентов, а в связи с этим взвешенного, научно обоснованного подхода к их ведению. Показана необходимость использования методик по оценке качества жизни для повышения эффективности проводимых реабилитационных мероприятий у больных лепрой.

Ключевые слова: лепра, качество жизни, пожилой возраст, инвалидизирующие осложнения, реабилитационные мероприятия