

Информация об авторах: 670045, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Семашко, д.7, Донирина Оюна Сергеевна – к.м.н., ассистент кафедры, тел. (3012) 416670, e-mail: donirova@mail.ru; Рукосуева Юлия Александровна – врач-терапевт; Вампилова Анна Романовна – врач-участковый терапевт; Казакова Раиса Геннадьевна – врач-участковый терапевт; Алексеева Нина Михайловна – врач-участковый терапевт МУЗ «Городская поликлиника №2»; Осипова Наталья Ивановна – врач-участковый терапевт.

© ПЕРЛОВСКАЯ В.В., СТАЛЬМАХОВИЧ В.Н. – 2012
УДК 616.5 – 003.92 – 053.2

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ РУБЦОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОЖИ У ДЕТЕЙ

Валентина Вадимовна Перловская¹, Виктор Николаевич Стальмахович^{1,2}

(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра детской хирургии, зав. – д.м.н., проф. В.Н. Стальмахович; ²Иркутская государственная областная детская клиническая больница, гл. врач – д.м.н., проф. Г.В. Гвак)

Резюме. В статье, на основании собственного опыта, указана лечебная тактика при рубцовых поражениях кожи у детей в зависимости от срока формирования рубцов и вызванных ими деформациях. Приведены собственные клинические наблюдения реальных больных с рубцовыми поражениями, результаты их лечения. Статья иллюстрирована многочисленными собственными фотографиями.

Ключевые слова: рубцы, дети, пластическая операция.

TREATMENT APPROACH TO SKIN SCARS IN CHILDREN

V.V. Perlovskaya¹, V.N. Stalmachovich^{1,2}

(¹Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education; ²Irkutsk Regional Children's Hospital)

Summary. The paper describes personal approach to the treatment of skin scars in children, depending on the period of scars formation and its complication. The results of personal experience in the treatment are presented and illustrated in the paper.

Key words: scar, children, plastic surgery.

При любом нарушении целостности кожных покровов, как результат биологического механизма соединения поврежденных тканей, формируется рубец, который, по своей сущности, является связкой, представленной соединительной тканью. По данным литературы более 25 млн. человек в мире ежегодно приобретают рубцы после травм или оперативных вмешательств. Из них 4 млн. – после перенесенных ожогов, сопровождающихся выраженными эстетическими и функциональными нарушениями, при этом на долю детей приходится до 70% всех случаев развития избыточных или патологических рубцов [6]. Лечение больных с рубцовыми поражениями кожи представляет особую проблему в детской хирургии. Значимость своевременного устранения рубцовых деформаций в детском возрасте определяется, прежде всего, тем, что в процессе развития ребенка рост рубцовой ткани заметно отстает от роста здоровых тканей, что вызывает различного рода стяжения, контрактуры, деформации, вплоть до изменений в опорно-двигательной сфере.

Цель сообщения – определение лечебной тактики при рубцовых поражениях кожи у детей.

Материалы и методы

С 2004 г. в хирургическом отделении ГБУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница» находилось на лечении 279 детей с рубцовыми поражениями кожи. В подавляющем большинстве случаев (77,8%) рубцы были следствием ожога, в меньшей степени травмы (14,3%) и хирургического вмешательства (5,02%). Возраст детей составлял от 1,5 до 18 лет, из них было 167 (59,9%) мальчиков и 112 (40,1%) девочки.

У 61 (21,9%) ребенка с давностью травмы не более двух лет отмечались незрелые рубцы, которые характеризовались красной окраской разной интенсивности, возвышением над поверхностью кожи, сращением с подлежащими тканями, повышенной плотностью и зудом. В более позднем сроке, у большинства (60,2%) детей были гипертрофические рубцы, которые отличались буровато-серо-коричневым цветом разных тонов, повышенной плотностью, возвышением над кожей, неровной, часто морщинистой поверхностью. Рубцовые стяжения отмечались в 54 случаях (19,4%). Контрактура смежных суставов у 40 (14,3%) детей. С рубцовыми деформациями кисти лечился 31 (11,1%) больной, стопы – 12 (4,3%).

Рубцовая алопеция была у 3 (1,1%) детей. Келоидные рубцы выявлены у 4 (1,4%) больных, причем в анамнезе у этих детей были неоднократные операции, заключающиеся в иссечении келоида, что в последующем неизбежно приводило к рецидиву, что соотносится с данными литературы [1]. У 83 (29,7%) детей рубцовые дефекты были множественными и локализовались в различных частях тела. На этапе созревания рубцовой ткани и в послеоперационном периоде проводилось комплексное консервативное лечение. Реконструктивно-восстановительное лечение выполнено у 255 (91,4%) больных. Лечение всех больных осуществлялось с учетом добровольного согласия законного представителя ребенка на медицинское вмешательство. Методика эндоскопической имплантации эндоэкспандеров 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 больными соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинской Декларацией Всемирной медицинской ассоциации World Medical Association Declaration of Helsinki (1964, 2000 ред.).

Результаты и обсуждение

Консервативная терапия назначалась на этапе созревания рубцовой ткани, а также в случаях гипертрофического рубцевания. При этом у 24 (8,6%) больных лечение рубцов ограничилось консервативной терапией, в 37 (13,3%) случаях данная терапия была первым этапом комплексного лечения детей с рубцовыми поражениями и соответствовала реабилитационным мероприятиям, проводимым практически всем больным в послеоперационном периоде. Консервативное лечение было комплексным и включало физиотерапию, компрессионную терапию, аппликации противорубцовых пластырей с силиконом, позиционирование, локальное введение в рубцы кортикостероидов, лечебную физкультуру, массаж, санаторно-курортное лечение.

Из физиотерапевтических процедур применяли электрофорез с ферменколом у 35 (12,5%) больных, с 3% KI – у 197 (70,6%), с лидазой – у 34 (12,1%) больных с артрогенными контрактурами. Вторым курсом всем больным назначался ультразвук с гидрокортизоном. Данные процедуры проводились каждые 3 месяца. Для улучшения репаративных процессов после операции в 4 (1,4%) наблюдениях и подготовки

грануляции перед аутодермопластикой в 2 (0,7%) случаях выполнялась лазеротерапия.

В последние годы для лечения рубцов широкое распространение получила компрессионная терапия [2] о целесообразности которой сообщалось еще в 1961 г. [4]. Мы пользуемся компрессионной одеждой фирмы "JOBST", которую 147 (52,6%) наших больных носили в течение 23 часов в сутки, не менее 12-18 месяцев (до полного созревания рубца). Кроме того, успешно применяли локальную компрессию покрытиями с силиконовым гелем, в том числе отоформом у 19 (6,8%) больных, у 10 (3,6%) больных мепиформом и в одном случае пластиной Cira-Care.

Всем детям с локализацией рубцов в областях смежных с суставами с целью профилактики контрактуры проводилась иммобилизация в положении гиперкоррекции по отношению к ожидаемой форме контрактуры.

Несмотря на то, что широкого распространения локальное введение в рубцы бетаметазона и триамцинолона в детской практике не получило [5], мы имеем хороший клинический результат у всех 8 (2,9%) пролеченных по этой методике больных, младшему из которых было 1 г. 10 мес., а старшему – 18 лет. При этом курс лечения состоял от 2-х до 4-х инъекций, в разовой дозе 0,2 мл/см², с интервалом между инъекциями не менее 1 месяца. У двух больных после данной процедуры рубцы были иссечены с хорошим эстетическим результатом после операции. У остальных – дальнейшего лечения не требовалось.

Лечебная физкультура и массаж проводились для разработки суставов после операции всем детям после устранения различных контрактур.

Созревание рубцовой ткани происходило в сроки от года до 3-х лет, что соотносится с данными большинства исследователей [1] и проявлялось побледнением и выравниванием кожных покровов, уменьшением массы рубцовой ткани, отсутствием зуда.

Реконструктивно-восстановительное лечение больных планировалось после полного созревания рубцов, поскольку хирургическое вмешательство на незрелых рубцах в ранних сроках даёт толчок к их бурному росту или рецидиву [1]. Данная ситуация была отмечена у 3 (7,5%) наших больных. В одном случае незрелость рубцовой ткани явилась причиной несостоятельности кожных швов. При наличии контрактур, приводящих к вывихам и подвывихам суставов, резко ограничивающих движение и затрудняющих функцию, выполнение корригирующих реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств у 8 (13,1%) больных было выполнено в более ранние сроки, при этом показания к проведению операции определялось индивидуально.

Хирургическое лечение проведено у 255 (91,4%) детей, при этом выполнено 324 (116,1 %) пластических операций. Некоторые дети оперированы несколько раз – им проводилось этапное оперативное лечение, в ряде случаев использовали несколько видов кожной пластики.

При выборе кожной пластики предпочтение отдавали местно-пластическим операциям. Z-образная пластика по Лимбергу была применена для рассредоточения стягивающих рубцов у 69 (24,7%) больных (рис. 1). Пластику трапециевидным лоскутом использовали для лечения 14 (5,1%)

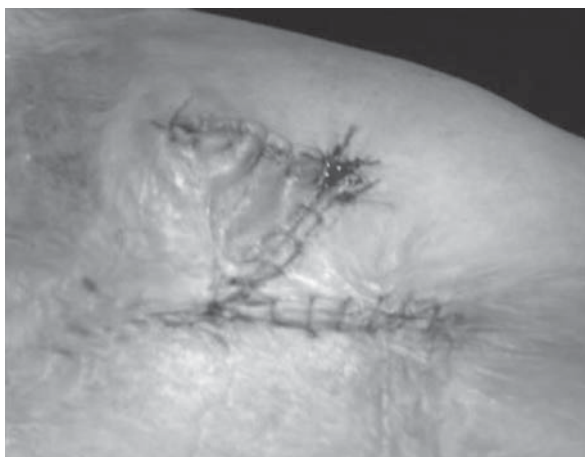


Рис. 1. Кожная пластика по Лимбергу.



Рис. 2. Трапециевидная кожная пластика.

детей с краевой постожоговой рубцовой контрактурой плечевого сустава, локтевого у 9 (3,2%) больных, коленного – в 12 (4,3%) случаях. Трапециевидные лоскуты перемещали при рубцовых стяжениях в 23 (8,2%) наблюдениях, при рубцовых укорочениях межпальцевого промежутка выполнено 15 (5,4%) операций (рис. 2).

Нередко проведению местно-пластических операций препятствует дефицит местных тканей. Экспандерная дер-



Рис. 3. Экспандерная дермотензия.

мотензия, приводящая к предварительному растяжению смежных с дефектом тканей, позволяет решить эту задачу. Начиная с 2004 г., для лечения детей с обширными дефектами кожи мы используем метод экспандерной дермотензии. К настоящему времени 32 (11,5%) больных было прооперировано по данной методике в возрасте от 3-х до 17 лет. При этом у 30 (10,8%) детей причиной дефектов кожи были послеожоговые гипертрофические рубцы, у двух больных рубцовая алопеция. Одному больному с посттравматической рубцовой алопецией, составляющей 40% волосистой части головы, было имплантировано 2 эндоекспандера по краям рубца, объемами 160 и 200 мл. По окончании этапа дилатации кожи было



Рис. 4. После операции при рубцовой алопеции.

достаточно для проведения реконструктивной операции, во время которой дефект тканей был полностью устранен (рис. 3, 4). В другом случае у пятилетнего мальчика постожоговая алопеция занимала 60% волосистой части головы. В результате трех этапных операций, с применением экспандерной дермотензии, удалось заменить рубцовый дефект полноценной кожей, с волосным покровом на 80%.

В процессе работы, приобретая опыт в использовании данного метода, мы определили некоторые его недостатки, для устранения которых нами был разработан и внедрен в клинику способ эндоскопической имплантации эндоэкспандеров (патент патент РФ № 2008114690, В.В. Перловская и соавт.) [3]. Суть его заключается в том, что эндоэкспандер имплантируют эндоскопически под визуальным контролем через доступ, отдаленный от ложа его будущего стояния, и растяжения тканей. По данному способу выполнено 14 (43,7%) операций с хорошими результатами.

У трех детей нам удалось одновременно устранить значительный дефект кожи с помощью острого тканевого растяжения, выполненного интраоперационно.



Рис. 5. Иссечение обширного рубца ладони.

Для ликвидации глубокого дефекта покровных тканей, где для защиты сухожилий необходим кожно-жировой лоскут, применяли итальянский метод (Таглиякози, 16 век) кожной пластики. Сущность, которого заключается в замещении дефекта лоскутом на питающей ножке, выкроенном из отдаленной части тела. Лоскут на питающей ножке выкраивали в паховой области у 19 (6,8%) больных с рубцовой контрактурой пальцев кисти (рис. 5, 6) и на задней поверхности голени у 5 (1,8%) детей с глубокими дефектами стопы. У не-



Рис. 6. Закрытие кожного дефекта кожным лоскутом, из паховой области.

которых больных в патологический процесс были вовлечены сухожилия, что потребовало в 15 (5,4%) случаях проведения тенотомии и в наблюдениях 11 (3,9%) – Z-образного удлинения сухожилий.



Рис. 7. Рубцовая контрактура пальцев стопы.

У 18 (6,5%) детей при устранении контрактуры пальцев сухожилия не были обнажены, им проводили аутодермопластику полнослойным трансплантатом, взятым из паховой области (рис. 7, 8).



Рис. 8. Через 7 дней после операции 4-5

В нашей практике по устранению глубоких кожных дефектов не обделен вниманием и метод Филатовского круглого стебля. Данным методом мы воспользовались для лечения



Рис. 9. Рубцовая контрактура плечевого сустава IV степени.

8 (2,9%) детей с тяжелыми контрактурами крупных суставов и 6 (2,2%) – с обширными рубцовыми дефектами, при отсутствии интактных местных тканей (рис. 9, 10).

Для лечения 3 (1,1%) детей с рубцовыми десмогенно-артрогенными контрактурами суставов (коленного, голеностопного, плюснево-фаланговых) использовали шарнирные



Рис. 10. После операции.

спице-стержневые аппараты внешней фиксации, что позволило провести постепенное устранение контрактуры без нарушения трофики связочно-капсульного аппарата. При этом



Рис. 11. Рубцовая контрактура коленного сустава.

первый этап заключался в рассечении рубца с образованием кожного дефекта, наложении аппарата внешней фиксации для коррекции костной деформации (рис. 11, 12). После формирования полноценных грануляций, проводилась аутодермопластика.

Информация об авторах: Перловская Валентина Вадимовна – к.м.н., ассистент, 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, д. 100, тел. (3952) 243802, e-mail: perlovskaya_valentina@mail.ru; Стальмахович Виктор Николаевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой, тел. (3952) 242440, e-mail: stal.irk@mail.ru.

© НОВИЦКАЯ О.Н., КОЧКИН А.В., ФИЛИППОВА Т.П., БЫКОВ Ю.Н., ЗАГОРСКАЯ И.В. – 2012
УДК 616.8-002.5:[616.98:578.828НIV]

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ НЕТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ольга Николаевна Новицкая¹, Александр Викторович Кочкин², Татьяна Павловна Филиппова³,
Юрий Николаевич Быков³, Ирина Владимировна Загорская¹

(¹Иркутский областной противотуберкулёзный диспансер, гл. врач – к.м.н. М.Е. Кощев, ²Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра клинической лабораторной диагностики, зав. – д.б.н., проф. Р.Г. Скворцова, ³Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра фтизиопульмонологии, зав. – д.м.н. Т.П. Филиппова, кафедра нервных болезней, зав. – д.м.н., проф. Ю.Н. Быков)

Резюме. В работе продемонстрирован значительный полиморфизм клинического течения туберкулёза центральной нервной системы на фоне ВИЧ-инфекции, что затрудняет своевременную диагностику заболевания и неблагоприятным образом отражается на результатах лечения больных. Представленные клинические примеры иллюстрируют хронический и острейший варианты течения заболевания, возможность развития которых следует учитывать на этапе диагностики ВИЧ-ассоциированного туберкулёза центральной нервной системы.

Ключевые слова: туберкулез, центральная нервная система, ВИЧ-инфекция.

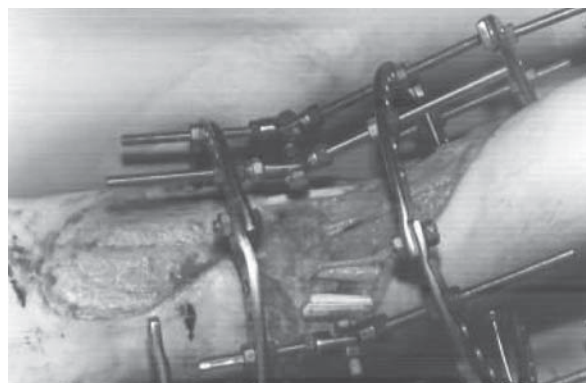


Рис. 12. Устранение контрактуры в аппарате внешней фиксации.

Успешное лечение больных с рубцовыми поражениями кожи, в равной степени, зависит как от удачно проведенной операции, так и от грамотной послеоперационной реабилитации.

Таким образом, индивидуальный подход при выборе метода лечения рубцовых поражений кожи, позволяет подобрать оптимальный способ устранения дефекта покровных тканей и в сочетании с консервативной терапией позволяет добиться надежного функционального и оптимального эстетического результата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афонищев К.А. Лечение детей с рубцовыми деформациями мягких тканей // Материалы 1-ой научно-практ. конф. «Современные аспекты профилактики и лечения рубцовых поражений». – СПб., 2009. – С.26-28.
2. Аюпов Р.Х. Лечение детей с послеожоговыми рубцовыми деформациями // Детская хирургия. – 2000. – №4. – С.21-25.
3. Перловская В.В., Белик А.А., Сапухин Э.В. Способ пластики обширных дефектов кожи: 2364346 Рос. Федерация № 2008114690; заявл. 14.04.084 опубл. 20.08.2009 г.
4. Сарыгин П.В. Принципы профилактики и консервативного лечения последствий ожоговой травмы: Клиническая лекция // www.burn.ru/library_print/n10/lecture/sarygin/index.html.
5. Стенько А.Г., Ананян С.Г. Особенности локальной гормональной терапии при рубцовых поражениях // Детская хирургия. – 2007. – №3. – С.37-40.
6. Sund B. New developments in wound care. – London: PJB Publications, 2000. – 255 p. (Clinical Report CBS 836.)