

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Абдуллаева Дилрабо Абдулла кизи
студентка 1 курса магистратуры*

*Научный руководитель, к.м.н.,
доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии*

Фаттаеве Д.Р.

Аннотация: Травматическое поражение органа зрения представляет собой важную медико-социальную проблему. Это обусловлено полиморфизмом развивающихся изменений, а также высоким процентом инвалидизации пациентов в исходе лечения (Гундорова Р.А., 2010; Ермолаев В.Г., Ермолаев А.В., 2000; Шевченко В.В., Ямщиков А.С., 2004).

Ключевые слова: рубец, рубцовые деформации, келоидные и гипертрофические рубцы, лечение, профилактика.

Abstract: Traumatic damage to the organ of vision is an important medical and social problem. This is due to the polymorphism of developing changes, as well as the high percentage of patients' disability as a result of treatment (Gundorova P.A., 2010; Ermolaev V.G., Ermolaev A.V., 2000; Shevchenko V.V., Yamshchikov A.S., 2004).

Key words: scar, cicatricial deformities, keloid and hypertrophic scars, treatment, prevention.

В последние годы наблюдается увеличение количества травматических повреждений вспомогательного аппарата глаза - ежегодно регистрируется около 55 млн глазных травм (Куликов А.Н., Сосновский С.В., Шамрей Д.В., Чурашов С.В., 2019). При этом, в условиях катастроф, чрезвычайных ситуаций и боевых действий эти данные существенно возрастают (Куликов А.Н., Шамрей Д.В., Баранова Н.А., Сосновский С.В., Чурашов С.В., 2019). Рубцовые деформации век и окружающих тканей являются наиболее частыми исходами травм и оказывают негативное влияние не только на функциональное состояние органа зрения, но и косметический вид, осложняют проведение реконструктивнопластической хирургии (Филатова И.А., Киселева Т.Н., Иомдина Е.Н., Рамазанова К.А., Ситникова Д.Н., Ильина Н.В. 2013г.). В настоящее время единственного эффективного метода лечения рубцов не существует (Черняков А.В., 2017, Парамонов Б.А., 2015). Множество методов лечения рубцов можно разделить на три категории: терапевтические (мази, гели на основе ферментных и протеолитических препаратов, силиконовое покрытие), физиотерапевтические (криотерапия, магнито-, фоно- и электрофорез, лазерные процедуры) и

хирургические (эксцизия рубца, пластика местными тканями и др.) (Белоусов А.Е, 2005, Воронков А.В., Степанова Э.Ф., Жидкова Ю.Ю., Гамзелева О.Ю., 2014, Ковалёва Л.Н., 2016). Однако каждый из перечисленных методов имеет свои показания – тот вид рубца, при котором применение данного метода возможно или наиболее эффективно. Травма, в отличие от других патологий, отличается многообразием не только клинических проявлений, но также и структурных изменений травмированной области, что может затруднить выбор правильной и верной терапии в каждом конкретном случае. Из-за анатомических особенностей строения век, их травматическое поражение зачастую имеет проникающий характер. Вследствие этого поражаются не только кожа, но и глубже лежащие ткани, что приводит к нарушению строения и функции век как вспомогательного аппарата глаза. Это может затруднить оценку состояния или дифференциальную диагностику вида рубца без инвазивного вмешательства, так как существующие классификации рубцов основаны на клинико-морфологических отличиях рубцов от кожи или окружающих тканей. Осмотр, пальпация и проведение функциональных тестов позволяют сформировать клиническую картину, но не всегда отражают посттравматическое состояние век (Fearmonti R., Bond J., Erdmann D., Levinson H., 2010). Лечение рубцов и вызванных ими деформаций, а также образование патологических рубцов остаются одной из наиболее сложных проблем пластической и реконструктивной хирургии [4, 10, 38, 50, 66]. Согласно классификации А.Е. Резниковой [30], рубцы делят на атрофические, нормотрофические, гипертрофические и келоидные. Патологическими принято считать келоидные и гипертрофические рубцы. Классификация необходима для определения вида лечения [27], и в настоящее время известно более 15 вариантов классификаций рубцов кожи, часть которых повторяет друг друга [29]. По мнению современных ученых, хирургический метод должен сочетаться с одним, а возможно, и с двумя методами терапевтического и физиотерапевтического лечения [80, 82, 90, 96]. За счет комбинированного лечения улучшались клинические и эстетические результаты [68, 69]. Простое удаление келоидов даже в пределах здоровой ткани часто сопровождалось их рецидивом [99]. При монотерапии частота рецидивов варьировала от 45 до 100% [89]. При этом размеры вновь образующихся келоидов нередко превышали размеры рубцов до операции. Применение хирургических лазеров качество лечения существенно не улучшило [54, 55].

1. Хирургические методы лечения. Выбор хирургического метода зависел от характера рубца, его внешнего вида, локализации, глубины, площади и вызываемых им функциональных расстройств и косметических недостатков. В литературе часто описывались следующие хирургические методы лечения рубцов. Простое иссечение рубцов (с последующим сшиванием краев раны)

направлено на формирование более тонкого рубца. Оно показано при относительно небольшой ширине рубца и хорошей подвижности краев раны [3]. После удаления рубцовой ткани края раны мобилизовывали и соединяли одним из способов: 1) полосками пластыря; 2) удаляемым непрерывным интра- или эпидермальным швом; 3) неудаляемыми рассасывающимися субдермальными швами с дополнительным наложением впоследствии удаляемого эпидермального шва (или без него); 4) многослойными швами при значительной глубине раны [4]. Для профилактики рецидива образования патологических рубцов R. Ogawa [89] использовал шов, исключавший механическую нагрузку на дерму, так как келоиды, по мнению автора, возникают из дермы. Применялись подкожные фасциальные швы [51, 91, 100], при которых натяжение имелось на слоях глубокой и поверхностной фасции вместо дермы. Это сводило к минимуму использование кожных швов. Более того, авторы считали, что наложения кожных швов можно избежать вовсе. Пластика местными тканями (пластика трапециевидными или встречными треугольными лоскутами). Математическое обоснование Z-пластики дал А.А. Лимберг [20]. Основным принципом такой хирургической коррекции являлось изменение направления рубца. Эти методы применялись при ограниченных рубцовых тяжах [1, 31, 40]. Пластика местными тканями обладает рядом преимуществ: непродолжительность вмешательства, небольшая травматичность, меньший риск осложнений, возможность выполнения под местной анестезией [22, 39]. Использование W- и Z-образной пластики при лечении послеожоговых рубцовых контрактур суставов позволяло достичь благоприятного косметического результата и избежать функциональных нарушений [102]. По мнению R. Ogawa [90], Z-пластика эффективна при келоидных и гипертрофических рубцах: после разделения вертикальных рубцов на сегменты они созревали в относительно короткое время. R. Ogawa [89] в основном использовал Z-пластику для устранения контрактур суставов конечностей, а именно плечевого, локтевого, лучезапястного, коленных суставов, суставов пальцев, в подмышечной впадине и паховой области. В.И. Шаробаро и соавт. [40] предпочитали использовать в области суставов пластику трапециевидными лоскутами. С.Б. Коновальская [16] предлагала дифференцированный подход к хирургическому лечению келоидных и гипертрофических рубцов. Так, для коррекции гипертрофических рубцов рекомендовались местно-пластические операции (встречными треугольными лоскутами, ротационными лоскутами, лоскутами на ножке, взятыми из близлежащих областей). При выборе хирургического лечения келоидного рубца, по мнению автора, необходимо использовать такие методы, при которых не происходила дополнительная травма здоровой кожи, так как это вело к рецидиву келоида, нередко в большем объеме по сравнению с дооперационным. В связи с

этим, по утверждению автора, оптимальным является метод Conway (иссечение келоида с частичным сохранением его узкого края по периферии) или свободная кожная пластика. Некоторые авторы придерживались такого же мнения [65, 91], считая, что при обширных келоидах можно иссекать только центральную их часть. В последние годы изучался и активно применялся для профилактики и коррекции рубцов кожи препарат ферменкол, который представляет собой ферментный комплекс из 9 коллагенолитических протеаз. Основными способами его применения являлись накожная аппликация, электрофорез, фонофорез [11, 29, 37]. Внутриочаговый 5-фторурацил применялся для лечения рубцовых гипертрофий в качестве монотерапии, а также в комбинации с внутриочаговыми инъекциями стероидов [68, 69, 99]. Он рассматривался как альтернативный метод лечения при имеющихся противопоказаниях к использованию других методов или при наличии рубцов, трудно поддающихся терапии [67, 70, 86, 106]. Инъекции интерферона рассматривали как альтернативу гормонотерапии [79]. В ряде исследований выявлено, что интерферон значительно лучше, чем стероиды, снижал риск возникновения рецидивов (58,5 и 18,7% соответственно), но инъекции болезненные и требовали местной анестезии [71, 78, 104]. Однако не все авторы смогли добиться положительного результата после внутритканевого введения интерферона [53]. Существуют методики лечения, о которых упоминается в единичных работах. Так, М. Ferguson [99] отметил положительные результаты использования препарата Juvista, содержащего рекомбинантный трансформирующий фактор роста человека (TGFβ3; avotermine) [83]; А.А. Ковалевский [12, 13] на основе наблюдения и лечения 245 больных доказал клиническую эффективность верапамилсодержащей мази; В.А. Павлович [28] использовала NO-терапию; М.С. Тарасенкова и соавт. [36] применяли крем (гель) Эгаллохит. Терапевтический эффект мазей, содержащих гепарин и луковый экстракт, попрежнему спорный и механизм их действия до конца не изучен [95]. Таким образом, каждый автор рекомендует свой метод и доказывает его преимущества. Вместе с тем методика, эффективность использования которой не подтверждена как минимум в двух независимых клиниках, не может быть рекомендована к клиническому применению. О.В. Владимировой [5] был разработан комплекс первичной профилактики посттравматического патологического рубцевания: на фоне системной десенсибилизирующей терапии с 7—9-х суток наносили гель галадерм или контрактубекс до полного заживления; с 7-го дня использовали лонгидазу 3 внутримышечно 1 раз в 3 дня (10 инъекций); оксигенотерапия на ранних этапах ранозаживления + местная озонотерапия (10 сеансов); при наступлении эпителизации применяли ультрафонофорез с гелем контрактубекс. На курс 10—12 процедур с повторением курса через 1,5—2 мес; электрофорез с

лидазой 64 ед. (20 процедур); аппликации димексид + лидаза 64 ед. с компрессией 14 дней 1 раз в 1,5 мес; эластическая компрессия с курсом ЛФК и самостоятельное применение пациентом геля контрактубекс. Первичная комплексная профилактика избыточного образования рубцов в результате проведенного лечения оказалась в 1,7 раза более эффективной, чем реабилитационное лечение больных с имеющимися патологическими рубцами. Анализ всех доступных работ показал, что отсутствие рандомизированных многоцентровых исследований делает невозможным на основании объективных критериев определение алгоритма действий врача. Скорее всего по этой причине созданное международное общество по проблемам рубцов (Scar management) пыталось привести в соответствие с данными последних исследований рекомендации по лечению и профилактике патологических рубцовых образований. К настоящему времени проведено 4 международных конгресса (2006, 2008, 2010, 2012 гг.), на которых обсуждались самые современные направления. Однако подходы к лечению и профилактике рубцов остаются неоднозначными и требуют дальнейшего более глубокого изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атясов Н.И., Семкин В.Я., Армашов П.А. Оперативное лечение послеожоговых рубцовых контрактур шеи. Пластическая хирургия при ожогах и ранах. М. 1994;82.
2. Атясов Н.И. Устранение послеожоговых рубцовых деформаций и контрактур. Материалы конференции «Актуальные вопросы комбустиологии, реаниматологии и экстремальной медицины». Челябинск. 1996;142-144.
3. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. СПб. 1998;743.
4. Белоусов А.Е. Очерки пластической хирургии. Т.