

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ У ДЕТЕЙ БУКОВИНСКОГО РЕГИОНА

Боднарь Б.Н., Боднарь О.Б., Боднарь А.Б., Ватаманеску Л.И.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы

Введение. В последние годы среди детского населения старшего и подросткового возраста увеличилось количество пациентов, страдающих образованием келоидных рубцов в ранних и поздних сроках послеоперационного периода, составляя 8–10% [2, 5]. После применения консервативной терапии отмечается большое количество рецидивов, что обуславливается непрогнозируемостью дальнейших осложнений. Часто келоидные рубцы встречаются в области лица и приводят к косметическим дефектам, которые искажают лицо и шею, приводят зачастую к снижению качества жизни, а в большинстве к инвалидизации [3, 4].

К факторам, которые сопровождают образование келоидных рубцов, относят хирургические вмешательства, ожоги, травмы, татуировки, пирсинг, укусы животных и насекомых. Келоиды относятся к группе псевдофиброматозов [5]. Развитие келоидов обусловлено сложным комплексом факторов эндогенной природы. Из общих факторов ведущую роль играет наследственность и гормональный баланс. Если рана сопровождается прогрессирующим ростом келоида, образуются гипертрофические рубцы, которые влияют на функцию органа – необходимо использовать современные альтернативные методы лечения. Существует много методов лечения: хирургический, лазеротерапия, введение глюкокортикоидных препаратов, цитостатическая терапия, Контратубекс, СВЧ-криодеструкция, но, как правило, некоторые существующие методы устарели, не дают желаемого эффекта [1, 3].

Цель – разработать новый метод и оценить эффективность нового усовершенствованного метода лечения пациентов детского и подросткового возраста модернизации современного аппарата «Cry-As Tracker Brymill», USA с контролируемым температурным режимом -40°C .

Материал и методы исследования. Предложенным криохирургическим методом лечили 18 детей в возрасте от 7 до 18 лет (8 девочек и 10 мальчиков) с келоидными рубцами, площадью от 10 см^2 до 100 см^2 , в различных участках тела.

Результаты и их обсуждение. Нами, врачами-волонтерами, осмотрено 15 тыс. детей в районах Черновицкой области. Свежие келоидные и гипертрофические рубцы, выявленные у 7% детей, перенесших травмы, рвано-ушибленные раны, рубцы после аппендэктомии и грыжесечения. Из 25 выявленных, 18 детей обратились за медицинской помощью. Келоидные рубцы представляли собой розового цвета рубец, при пальпации эластичный, слегка болезненный.

После двукратной обработки операционного поля 5% раствором йода, операционное поле обкладывали стерильными салфетками, кожу и окружающие ткани обезболивали Кактеджелем или кремом «ЭМЛА», через 20 мин. наступало полное обезболивание. Через всю толщину келоида внутритканево вводили стерильную иглу для катетеризации вен, под входящую и выступающую части подкладывали стерильный поролон с вазелином для профилактики «холодового ожога». К канюле иглы через тройник подключали силиконовую трубку длиной до 30 см, которую через специальный штуцер, разработанный нами, присоединяли к соплу аппарата «Сгу – Ac Tracker Brymill», USA, нажимом рукоятки подавали жидкий азот, $t -40^{\circ}\text{C}$. (Рац. предложение №48 / 25 от 14.05.2015, выдано Буковинским государственным медицинским университетом).

Лечению подвергали келоиды, площадью не более 10 см^2 с экспозицией 30 сек, наступало полное обезболивание тканей в виде «снежного льда». После замораживания через тройник иглы вводили 10 мл $+45^{\circ}\text{C}$ физиологического раствора NaCl, через 2 мин. наступало полное оттаивание. Келоидный рубец розового цвета, набухший по всей его поверхности, выступает на окружающие ткани. После замораживания и размораживания кожу обрабатывали 2% раствором йода, через 3 мин. наступало оттаивание. Лечение проводили 12–18 дней. На 3–4-е сутки ожоговые пустулы дренировались самостоятельно, на 8-е сутки появлялась корочка. Рана заживала под струпом. На 18-е сутки корочка отпадала, наступала краевая эпителизация раны, окружающих тканей. Рана покрывалась нежным эпителием, при пальпации несколько болезненна. При лечении предложенным нами методом лечение сокращалось на 3–4 дня.

Выводы:

1. Улучшить санитарно-просветительскую работу среди врачей по своевременному выявлению келоидных рубцов на начальной стадии, ранняя диагностика будет залогом по профилактике образования гипертрофических рубцов и их рецидивов.
2. Предложенный нами метод лечения прост, не требует общего обезболивания, используется при полном контакте с пациентом и может быть методом выбора лечения в условиях поликлиники, в амбулаториях семейного типа и стационарах одного дня.

Литература:

1. Сафонов И.В. Сочетанное лечение гипертрофических и келоидных рубцов сосудистым лазером и силиконовыми покрытиями / И.В. Сафонов // Дерматология та венерология. – 2007. – №1 (35). – С. 42–48.
2. Таганов А.В., Шафранов В.В., Борхунова Е.Н., Гладько В.В. Современные методы лечения в дерматокосметологии (криогенное и микроволновое воздействие: теоретические и практические аспекты). – М., 2007.
3. Шафранов В.В. Оценка эффективности лечения пациентов с келоидными рубцами методами низкотемпературной деструкции с использованием по-

- казателей дерматологического качества жизни / В.В. Шафранов, А.В. Таганов, В.В. Гладько, Г.А. Флакс, В.В. Мордовцева, А.В. Письменскова, Н.В. Хрисанов // *Детская хирургия*. – 2010. – №6. – С. 39–41.
4. Levanthal D. Treatment of keloids and hypertrophic scars: a meta-analysis and review of the literature / Levanthal D., Furr M., Reiter D. // *Arch. Fac. Plast. Surg.* – 2006. – Vol. 8. – P. 362–368.
5. Sabine Stangl. Keloide wuchern in die Umgebung / Sabine Stangl, Wolfgang Kimming // *Aesthetic Tribunt.* – September 2005. – P.12.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОЛИХОСИГМ У ДЕТЕЙ

Боднарь О.Б., Боднарь Б.Н., Ватаманеску Л.И.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы

Введение. Долихосигма занимает лидирующее место, составляя 45-50% [2, 4]. Лечебная тактика при долихосигме остается дискуссионной. Показания к хирургическому лечению весьма ограничены и не выходят за пределы резекции сигмовидной ободочной кишки (СОК), дезинвагинации, мезосигмопликации, что способствует рецидиву толстокишечного стаза [1, 3].

Таким образом, проблема хронического толстокишечного стаза актуальна, а ее решение может быть обеспечено разработкой адекватной тактики лечения, в том числе хирургического, в зависимости от стадии процесса, характера и степени расстройств ОК.

Цель – изучить отдаленные результаты хирургического лечения и разработать дифференцированный подход к избранию способа оперативного вмешательства при долихосигме у детей.

Материал и методы исследования. За период с 2000 по 2014 гг. обследованы с долихосигмой 283 ребенка. Хирургические вмешательства выполнены 61 ребенку.

Дети были разделены на две группы: I группа – сравнительная, и II группа – основная.

В первой группе детям с целью хирургического лечения долихосигм проводили резекцию удлинённой сигмовидной ободочной кишки традиционным способом.

Методы лечения долихосигма во II группе зависели от наличия или отсутствия: высокого положения левого изгиба ободочной кишки, расширения прямой кишки, недостаточности илеоцекального запирающего аппарата.

Результаты и их обсуждение. При выполнении резекции СОК с целью хирургического лечения долихосигм у детей рецидивы хронических