

Заключение. При поздних стадиях лимфовенозной недостаточности нижних конечностей наряду с образованием язв развиваются параязвенные изменения окружающих тканей в виде экземы, дерматита и других трофических проявлений, что требует проведения предоперационных saniрующих мероприятий с участием врача-дерматолога. Особенность оперативных вмешательств состоит в проведении разрезов на голени вне зон трофических расстройств, а при отсутствии такой возможности и наличии обширных трофических нарушений операция на венозных сосудах дополняется кожнопластическими вмешательствами.

Литература:

1. Косинец, А.Н. Варикозная болезнь / А.Н. Косинец, С.А. Сушков // Витебск, 2009. – 414с.
2. Мышенцев, П.Н. Тактика лечения при вторичной лимфедеме нижних конечностей / П.Н. Мышенцев, С.Е. Каторкин // Новости хирургии, 2014. - №2. – С. 239-243.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

А.А. Белазарович

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В настоящее время очаговую алопецию можно рассматривать как полиэтиологическое, мультифакториальное заболевание, относящееся к аутоиммунным хроническим воспалительным процессам, затрагивающим волосяные фолликулы. В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости очаговой алопецией, торпидность к традиционным методам лечения, склонность к прогрессирующему, хроническому рецидивирующему течению.

По данным литературы, на сегодняшний день частота заболеваемости составляет 2% среди дерматологических патологий. В структуре всех заболеваний волос нерубцовая алопеция составляет более 80%, т.е. является наиболее частой причиной потери волос, поражающей от 30-40% людей в возрасте до 50 лет [1, 2, 5].

Заболевание может манифестировать в любом возрасте, одинаково часто встречаясь как у мужчин, так и у женщин, не имеет расовых различий. Являясь значительно выраженным косметическим недостатком, облысение снижает качество жизни, часто приводит к психической дезадаптации, вызывая как социальные проблемы, обусловленные ограничением в выборе профессии, трудоустройстве и социальной перспектив, так и

экономические в связи с длительностью лечения и его высокой стоимостью.

К нерубцовой алопеции относят гнездную алопецию (*alopecia areata*), андрогенетическую алопецию (*alopecia androgenetica*), диффузную алопецию (*alopecia diffuse*). Несмотря на многолетнюю историю этой проблемы, вопросы этиопатогенеза, диагностики и лечения нерубцующейся алопеции до сих пор недостаточно изучены. В связи с тем, что патогенез алопеции, согласно мнению большинства авторов, связан с нарушением микроциркуляции и трофики кожи волосистой части головы, одним из наиболее эффективных методов лечения на сегодняшний день является мезотерапия. Достижение терапевтического эффекта восстановления и стимуляции пролиферации клеток в данной области обусловлено как за счет прицельной контролируемой травмы в месте инъекции, так и за счет вводимых веществ.

Мезотерапия позволяет воздействовать на проблемный участок непосредственно. Происходит прямая доставка лечебного препарата прямо к луковице волоса. При введении мезотерапевтических коктейлей создаётся депо препарата в месте введения. Они питают луковицу и волосяные фолликулы. Усиленное питание волосяного фолликула приводит к его укреплению, замедлению выпадения волос различного генеза. Мезотерапия области головы увеличивает продолжительность жизни волоса и лечит его. После курса мезотерапии волос происходит выраженная стимуляция их роста, начинают расти новые волосы [4].

Цель исследования – определить эффективность использования мезотерапии в решении проблем выпадения волос.

Материалы и методы. Основой метода служит введение препаратов в дерму, воздействие на биологически активные точки и зоны. Использовались мезотерапевтические препараты Aesthrtic Dermal. Составлялся коктейль: Bilobine – G 2,5 мл, Biovita – H 1 мл. Для стабильности добавлялся Taurinox 2,5 мл. В их состав входят: экстракт Гинкго Билоба (гинкофлавоноидные гликозиды или гинкогетерозиды (кверцетин, кемпферол, изорамнетин), некоторые молекулы терпенов (гинголиды и биобалиды), органические кислоты); Биотин (витамин B8, кофермент R) и таурин. Экстракт Гинкго Билоба оказывает дерматопротективное действие (стабилизатор клеточных мембран, антиоксидант, нейтрализатор свободных радикалов (кверцетин – более сильный антиоксидант, чем витамин C, усиливает поглощение кислорода и глюкозы); улучшает циркуляцию крови и снижает проницаемость капилляров; ингибирует агрегацию тромбоцитов, стимулирует липолиз за счет активации липазы. Водорастворимый витамин группы B Биотин

необходим для нормального функционирования кожи, т.к. в его состав входит сера, выступающая в ходе метаболизма в качестве структурирующего компонента коллагена. Благодаря этому биотин благоприятно воздействует на структуру волос, а также участвует в регуляции деятельности сальных желёз. Таурин – серосодержащая бета-аминокислота, синтезирующаяся в норме практически во всех тканях человека, обеспечивает противовоспалительный и вазопротективный эффект.

Под наблюдением находилась группа из 22 человек (17 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 18 до 50 лет. Большую часть составили пациенты до 30 лет: от 18 до 25 лет – 4 человека, от 26 до 30 лет – 15 человек. Всем пациентам с целью установления истинной причины облысения предварительно была проведена диагностическая программа для выявления патологии со стороны щитовидной железы, ЦНС, заболеваний яичников и надпочечников, печени, иммунной системы и т.д. Смежными специалистами вышеупомянутая патология в обследуемой группе не выявлена. В течение всего курса лечения пациенты применяли препараты цинка либо поливитаминные комплексы, соблюдали диету, при отсутствии противопоказаний использовалась физиотерапия (дарсонваль, криомассаж, иглорефлексотерапия). 4 пациента (мужчины) местно применяли 5% раствор миноксидила.

Мезотерапия проводилась курсом из 10 процедур, с частотой 1 раз в 7 дней. Коктейль вводился подкожно на глубину 2-4 мм, использовалась техника микропапул.

Результаты. У всех пациентов наблюдалось улучшение состояния кожи после 3 процедуры, у 18 человек (82%) прекратилось выпадение волос после 5 процедуры. Побочных явлений не наблюдалось.

Как известно, волосяной фолликул является одной из самых метаболически активных структур организма человека, нуждающихся в определенных компонентах и источниках энергии для адекватной продукции здорового волоса. Обменные процессы на клеточном и субклеточном уровнях обеспечиваются функционированием около 2000 ферментов, каждый из которых катализирует какую-то одну определенную химическую реакцию. В свою очередь каталитическая активность ферментов обеспечивается коферментами небелковой природы – витамины, макро- и микроэлементы. Таким образом, для нормального роста и функционирования волоса необходимы микроэлементы; витамины и аминокислоты [3, 4].

Заключение. Учитывая вышеизложенное, можно говорить об эффективности использования мезотерапии для лечения нерубцовой алопеции. Правильное проведение процедуры

позволяет получить быстрые результаты, а соблюдение курсового протокола – сделать их более стойкими.

Однако мезотерапия – не единственный метод лечения проблем волосистой части головы. Необходим индивидуальный комплексный подход к лечению, назначение препаратов должно быть обосновано, при этом все методы должны сочетаться и дополнять друг друга.

Литература:

1. Адашкевич В.П., Мяделец О.Д., Тихоновская И.В. Алопеция. М.: Медицинская книга; Н. Новгород: изд-во НГМА, 2000. 192 с.

2. Аравийская Е.Р., Михеев Г.Н., Мошкалова И.А., Соколовский Е.В. Облысение. Дифференциальный диагноз. Методы терапии // Серия «Библиотека врача-дерматовенеролога». Вып. 7 / под ред. Е.В. Соколовского. СПб.: СОТИС, 2003. 176 с.

3. Менг Ф.М., Олейникова Ю.В. Современные аспекты распространенности заболеваний волос среди населения // Проблемы дерматовенерологии и медицинской косметологии на современном этапе. Владивосток, 2005. С. 167–170.

4. Суворова К.Н., Хватова Е.Г. Клинические аспекты диагностики в трихологии. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2005. № 2. С. 54–57.

5. Olsen E.A. Hair Disorder // in Fitzpatrick's Dermatology in general medicine // McGraw-Hill. 1999. p. 729–749.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Б.Л. Гаврилик

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Вопрос лечения трофических язв нижних конечностей венозного генеза остается актуальным и в настоящее время. Безусловно, основным в лечении данной патологии является оперативная коррекция нарушенного венозного кровотока. Однако местное воздействие на язвенный процесс различных физиотерапевтических процедур, лечебных повязок, медицинских препаратов стимулирующих репаративный процесс, способствует более быстрой эпителизации трофической язвы (1, 2).

Цель – изучить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения в составе комплексного лечения на репаративные процессы и скорость эпителизации трофических язв нижних конечностей, обусловленных хронической венозной недостаточностью, СЕАР: С₆.

Материалы и методы. Мы наблюдали 162 пациентов с варикозными и посттромбофлебитическими язвами нижних