

Ранняя профилактика посттравматических и послеоперационных патологических рубцов

В.В.Владимиров¹, О.В.Владимирова², А.Е.Рыбалко³

¹ГБУ Ставропольского края Пятигорский онкологический диспансер;

²Ставропольская государственная медицинская академия;

³МУЗ 2-я городская клиническая больница, г.Ставрополь

Актуальность темы

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире получают травмы более 50 млн человек, более 100 млн подвергаются оперативным вмешательствам. У большинства больных с обширными и глубокими ожогами, осложненным заживлением послеоперационных и посттравматических ран на месте повреждения формируются патологические рубцы. Такие рубцы приводят к деформациям, нарушению функции конечностей, тела и лица, эстетическим проблемам, высокому проценту инвалидизации, как правило, молодого трудоспособного населения.

Существует множество неоднозначных подходов к проблеме гипертрофических рубцов. Эффективность большинства из предлагаемых методов лечения и профилактики подтверждена только широким использованием в практике в течение последних 20 лет, в то время как лишь некоторые проверены в проспективных исследованиях с адекватным контролем (наличием контрольных групп сравнения). Для части используемых технологий отсутствуют даже данные о безопасности исследования, то есть частоте побочных эффектов. Некоторые новые подходы к терапии рубцов продемонстрировали хорошие результаты в небольших испытаниях, но далее не изучались в больших исследованиях с оценкой отдаленных результатов. Оценка эффективности затруднена из-за несовершенства методик количественного измерения динамических изменений во внешнем виде рубцов и их тенденции к естественному улучшению с течением времени. В результате в настоящий момент ведение больных с рубцами основано скорее на личном опыте практикующих врачей, чем на результатах крупных рандомизированных контролируемых исследований и других научных доказательств.

Частое образование грубых деформирующих рубцов составляет одну из серьезных проблем современной медицины, так как, однажды появившись, рубцы остаются на всю жизнь, создавая заметные косметические и функциональные дефекты, ограничивают нормальную функцию тела и доставляют психологический дискомфорт человеку, нарушая социальную адаптацию после травм и операций.

Учитывая все вышеперечисленное, все чаще в первую очередь приходится задумываться над профилактикой, причем своевременной и целенаправленной, а затем при ее неэффективности – о лечении уже сформировавшихся рубцов.

Все расширяющиеся возможности повышения медицинской, социальной и экономической эффективности сохранения и укрепления здоровья населения поставили проблемы реабилитации на одно из ведущих мест в системе здравоохранения.

Материалы и методы

Зная, что любая рубцовая ткань начинает формироваться отнюдь не после заживления раны, а значительно раньше, сразу после первичной реакции тканей на повреждение, напрашивается вывод о необходимости как можно раньше начинать адекватную реабилитацию и специфическую профилактику патологического рубце-

образования и предотвращение ухудшения качества жизни пациентов, а также скорейшего восстановления трудоспособности, так как временной фактор и комплексность подхода играют крайне важную роль в результативности проводимых превентивных мероприятий.

В настоящее время нет общепринятого для всех хирургов единого подхода к данной проблеме. Как правило, хирурги выбирают сами для себя наиболее приемлемые схемы проведения реабилитации больных или же вообще перекладывают данную проблему на плечи поликлиник или самих пациентов, теряя тем самым время, наиболее важное в процессе рубцеобразования.

Учитывая, что наиболее часто патологические рубцы формируются после глубоких и пограничных ожогов, осложненных видов заживления ран, на базе отделения гнойной хирургии (ожоги), травматологического и хирургического отделений МУЗ ГБ №2 нами было проведено исследование, направленное на выявление наиболее эффективной схемы реабилитации пациентов с различными видами травм, ожогов и послеоперационных ран.

С целью исследования в течение 6 лет в разное время под наблюдением находились более 300 пациентов в возрасте от 0 до 64 лет обоюбого пола с послеоперационными ранами и ожогами ШАБ–IV степени. Учитывая отсутствие возможности проводить массивную комплексную профилактику патологического рубцеобразования абсолютно всем наблюдаемым больным, производился выбор пациентов в группу повышенного риска. Критериями отбора служили анамнестические данные, площадь и глубина поражения, тип повреждающего агента, локализация повреждения и т.д.

Все пациенты категории повышенного риска (212) были разделены на 3 группы с адекватным соотношением патологий в каждой из них.

1-я группа, контрольная – 42 человека:

Специфическая профилактика не проводилась, больные получали традиционное лечение по различным причинам.

2-я группа – 78 человек:

Проводилось комплексное физиотерапевтическое лечение на ранних этапах в комбинации с местным применением энзимотерапии и силиконового геля:

- магнитотерапия от аппарата «Полос 01» с 3–4-го дня лечения;

- ультразвуковое воздействие на область ран спустя 12 сут от момента травмы или операции;

- электрофорез фермента из раствора, начиная с 30-х суток, длительностью в 10 процедур.

Большинство физиопроцедур проводилось уже в условиях поликлиники. Начиная с момента полного заживления, пациенты применяли местный ферментный препарат, параллельно использовался силиконовый гель. Повтор курса физиотерапии проводился через 3 мес.

3-я группа – 92 пациента:

Проводилась первичная профилактика патологического рубцеобразования на ранних этапах:

- со 2-го дня после травмы или операции при отсутствии противопоказаний проводились внутримышечные инъекции ферментов с высокой активностью 1 раз в 3 дня курсом 10 инъекций.

- при ожоге на 7–9-е сутки на послеоперационные раны с момента снятия швов при отсутствии воспаления наносился тонким слоем гель Контрактубекс (трехкомпонентный препарат, обладающий выраженной антигиперпролиферативной активностью), и 10 процедур ультрафонофореза с гелем Контрактубекс ежедневно при наступлении эпителизации ран, то есть при наличии возможности соприкосновения головки аппарата с поверхностью кожи.

Применение геля Контрактубекс продолжалось самостоятельно пациентами после выписки 3 раза в день в течение 3–6 мес. В области лица и шеи Контрактубекс заменялся на гель Медерма по той же схеме. Медерма была выбрана для лица в связи с хорошим кровообращением тканей этой части тела и отсутствием необходимости дополнительной стимуляции. При нанесении геля использовалась эластическая или силиконовая компрессия. Также в рамках данной схемы реабилитации проходили занятия лечебной физкультурой с ранним началом функциональных упражнений. Через 3 мес проводился курс комплексной физиотерапии. Повтор курса энзимотерапии и физиотерапии осуществлялся каждые 3 мес в течение 1 года – 2 лет.

Результаты

Результат отслеживался в каждом случае в течение не менее 6 мес путем диспансеризации и динамических осмотров. Полученные данные распределились следующим образом.

В группе контроля у 32 больных развились гипертрофические рубцы, требующие коррекции, 6 пациентов рубцы беспокоили только с косметической точки зрения и у 4 заживление прошло с формированием нормотрофического рубца. Во 2-й группе при наблюдении отмечено формирование ярко выраженных гипертрофических рубцов у 45 пациентов, тогда как в 3-й группе рубцовые деформации отмечены только у 19 больных. При этом 53 человека из 2-й группы отмечали дискомфорт в области формирующихся рубцов, в 3-й группе подобные жалобы выявлены у 10 больных. Косметический дефект беспокоил во 2-й группе 25 человек, в 3-й – 14. Функциональные нарушения, связанные с развитием рубцов и натяжением тканей, развились во 2-й группе у 39 пациентов, а в 3-й группе – у 14 больных. Кроме этого, проводилась оценка по шкалам для отдельных признаков развития рубцов, где также наилучший результат получен в 3-й группе больных.

Следует отдельно отметить, что пациентов с риском развития истинных келоидов в группы исследования мы не включали в связи с необходимостью проведения данным больным специфического лечения.

Выводы

1. Проблема патологического рубцеобразования, несмотря на быстрые и прогрессивные темпы развития современной медицины, остается крайне актуальной для хирургов и травматологов.

2. Первичная профилактика необходима во всех случаях повышенного риска патологического рубцеобразования.

3. Показана наибольшая эффективность комплексной терапии на ранних этапах формирования рубцовой ткани с применением энзимотерапии, геля Контрактубекс местно в виде аппликаций и в фонофорезе, а также использование геля Медерма на лице и шее в том же комплексе в сочетании с пролонгированной компрессией и систематическими курсами комплексной физиотерапии.

4. Хотя предложенный комплексный подход к профилактике патологического рубцевания и не решает проблему консервативного лечения гипертрофических рубцов, применение подобной схемы значительно уменьшает необходимость хирургических вмешательств, достигается хороший косметический эффект и устраняются в значительной степени такие нежела-

тельные последствия развития рубцов, как зуд, чувство стяжения, нарушение полноценной функции конечности, позволяет значительно улучшить исходы лечения хирургических больных, уменьшить сроки полного выздоровления и повысить качество жизни пациентов.

Список использованной литературы

1. Иаивили Б.П., Беликов Ю.Н. Критическая ожоговая травма. Опыт успешного лечения. *Мат. междунар. конф. «Современные вопросы лечения термических поражений и их последствий»*. Донецк, 2005; с. 21–4.
2. Парамонов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский В.Г. Ожоги. *Руководство*. СПб.: Спецлит, 2000; с. 480.
3. Dantzer E, Queruel P, Palmier B, Quinot JF. Dermal regeneration template for deep hand burns: clinical utility for both early grafting and reconstructive surgery. *Br J Plast Surg* 2003; 56 (8): 764–74.
4. James W. Preliminary evaluation of the efficacy of dermatix silicone gel in the reduction of scar elevation and pigmentation. *Br J Plast Surg* 2005; 58 (8): 104–64.
5. Elston DM. Department of Dermatology, Brooke Army-Wilford Hall Med Center, Dermatology, Brooke Army Med Centre *Med J* 2001; 2 (11).
6. Alster T. Laser scar revision: comparison study of 585-nm pulsed laser with and without intralesion corticosteroids. *Dermatol Surg* 2003; 29 (1): 25–9.

Удаление инородного тела из брюшной полости

В.П.Кочуков, В.С.Дунаев, Е.М.Бачурина, В.Г.Путилин, Е.Г.Островерхова
ФГУ Объединенная больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ

Инородные тела брюшной полости встречаются у людей любого возраста. В большинстве случаев инородные тела беспрепятственно проходят через желудочно-кишечный тракт и выходят естественным путем.

Перфорация желудочно-кишечного тракта острыми инородными телами встречается относительно редко. В литературе описываются единичные сообщения о данной патологии, причем это в основном перфорация рыбьими костями (единичные сообщения о перфорации отломками зубов, куриными костями). Область перфорации, по данным литературы, – это пищевод, подвздошная кишка, дивертикул Меккеля, червеобразный отросток, толстая кишка [1].

Застреванию инородных тел способствуют патологические изменения различных отделов желудочно-кишечного тракта (рубцовые или опухолевые сужения, воспалительный инфильтрат).

Чаще инородные тела попадают в желудочно-кишечный тракт с пищей. Иногда у психически неуравновешенных людей наблюдается умышленное проглатывание инородных тел. Острые предметы могут вызвать перфорацию любого органа, при внедрении в слизи-

стую желудка возникает сквозной прокол и развитие перитонита. Иногда перфорировавшее стенку острое инородное тело инкапсулируется, однако чаще прокол приводит к перитониту или развитию ограниченного абсцесса.

Длительность пребывания инородных тел в брюшной полости и характер возникающих осложнений зависят от локализации, размеров и инфицированности инородных тел. Описаны случаи нахождения инородных тел в брюшной полости до 30 лет и более [2–4].

По данным А.П.Альбицкого, инородные тела могут не иметь «характерных клинических признаков» и их наличие «можно только предполагать» [5].

Анализируя литературу, мы не нашли сообщений о перфорации тонкой кишки «шпателькой» на уровне связки Трейтца, с развитием абсцесса корня брыжейки, с последующей миграцией в свободную брюшную полость.

Цель описания клинического наблюдения – демонстрация редкого случая инородного тела брюшной полости («шпателька»), которое мигрировало из тонкой кишки в свободную брюшную полость через 2 мес после случайного проглатывания.

Рис. 1. Паравертебрально справа инородное тело.

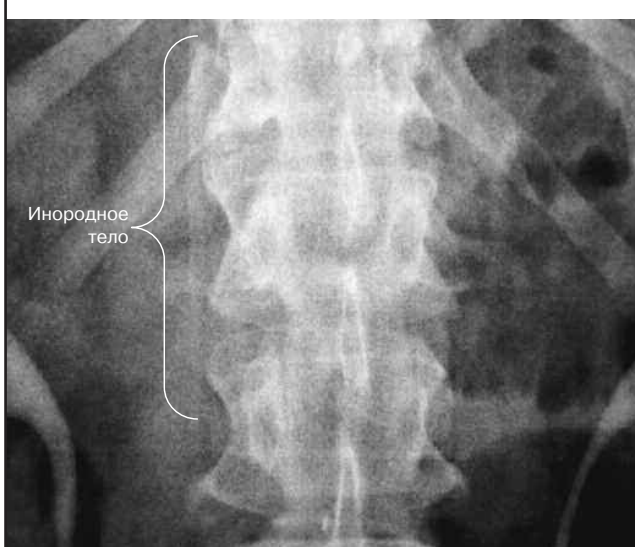


Рис. 2. Инородное тело («шпателька»).

