

9. Пшениснов К. П., Гагарин В. В. Хирургическая анатомия носа и анализ пропорций лица // Избранные вопросы пластической хирургии. – 2000. – Т. 1, № 4

10. Byrd H.S. Rhinoplasty (Overview) // Select. Read. Plast. Surg. – 1994

Tebbetts J.V. Open rhinoplasty: more than incisional approach. London: Little, Brown a. Co., 1993.- P.525-553

Хулоса

РИНОПЛАСТИКА ҲАНГОМИ ДЕФОРМАТСИЯИ ПОСТТРАВМАТИКИИ БИНӢ

У.А. Қурбонов, А.А. Давлатов, М.С. Одинаева, С.М. Чанобилова

Дар мақола таҷрибаи шахсии муаллифон оиди табоботи ҷарроҳии беморони гирифтори деформатсияи посттравматикии бинӣ оварда шудааст.

Усулҳои иловагии таҳқиқи беморон пеш аз ҷарроҳӣ шарҳ дода шуда, тарзи анъанавии ринопластика ва коркардҳои шахсии муаллифон ҳангоми иҷрои марҳалаҳои гуногуни ин ҷарроҳӣ тасвир ёфтаанд.

Дар натиҷаи таҳлили ҳамачонибаи маводи сарирӣ ба хулоса омаданд, ки ҳангоми деформатсияи посттравматикии бинӣ гузаронидани томографияи компютерӣ яке аз усулҳои хатмии таҳқиқи иловагӣ ба ҳисоб меравад ва тарзи мусоидтарини рафъи чунин шаклдигаркуниҳо тармими кушодаи бинӣ мебошад.

Summary

RYNOPLASTICS UNDER POSTTRAUMATICAL DEFORMATION OF NOSE

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, M.S. Odinaeva, S.M. Janobilova

In the article the experience of the authors on surgical treatment of the patients with posttraumatical deformation of nose was given. Additional methods of examination of the patients before the operation, traditional method of rynoplastics and by the authors working out methods at different operation stages were used. Close analysis of clinical material showed that computer tomography is one of necessarial additional method under posttraumatical deformation of nose, and open rynoplastics is the most optimal surgical method.



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

К.М. Мухамадиева, К.П. Артыков, М.С. Саидов

Республиканский хозрасчётный научно-учебно-производственный центр
восстановительной хирургии;

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии

Актуальность. В настоящее время внутрирубцовое введение стероидов остаётся основой лечения келоидов. Первые упоминания об этой методике относятся к началу 70-х годов. Кортикостероиды уменьшают рубцеобразование путём уменьшения синтеза коллагена, глюкозаминогликанов, медиаторов воспаления и пролиферации фибробластов в процессе заживления раны (1,4). Уровень ответа на лечение варьирует от 50 до 100% с рецидивом от 9 до 50% после полного исчезновения келоида. По сравнению с оперативным методом, введение кортикостероидов является менее травматичным и не приводит к рецидивам, однако при длительно существующих рубцах и при их большой площади данный метод не всегда бывает эффективным и часто сопровождается развитием атрофии и телеангиэктазий, что является косметически неприемлемым результатом (3,6).

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности комбинированного способа

лечения келоидного рубца, включающего хирургическое иссечение и введение кортикостероидного препарата.

Материал и методы исследования. С учётом высокой частоты рецидивов появления келоидных рубцов после хирургического вмешательства, нами разработан способ комбинированного лечения келоидных рубцов, заключающийся в хирургическом иссечении келоидного рубца с сохранением краёв рубцовой ткани, в которые одновременно проводится введение кеналога из расчёта 40мг на 5кв. см (но не более 80мг на весь рубец). Суть предложенного способа состоит в том, что частичное сохранение узкого края келоидного рубца предотвращает травмирование здоровой кожи, а введение триамцинолона ацетата приводит к уменьшению синтеза коллагена, глюкозаминогликанов, медиаторов воспаления и пролиферации фибробластов в процессе заживления раны, что предотвращает развитие рецидивов келоидного рубца (Патент № ТЖ 97 от 29.10.07г).

Данный метод был применён 48 больным с келоидными рубцами, у которых не имелось противопоказаний для использования триамцинолона ацетата. Возраст больных составлял от 18 до 37 лет. Давность рубцов - от 3-х до 10 лет. Диаметр рубцов составлял 1,5см и выше. По локализации различали келоидные рубцы: передней поверхности грудной клетки – 11 случаев, спины – 9, наружной поверхности плеч - 7, мочек ушей – 7, позади ушных раковин - 5, ягодиц – 9 случаев. Хирургическое иссечение келоида проводилось с частичным сохранением его узкого края. Рана закрывалась путём наложения непрерывного интрадермального шва из нерассасывающегося шовного материала (пролена). На 14-й день после оперативного вмешательства пациентам вводили триамцинолона ацетат (кеналог 40) в сохранённые края келоидного рубца в дозе 40мг на 5кв. см, однако не более 80мг на весь рубец. Интервал между инъекциями составлял 4 недели. Количество инъекций не превышало 6. Группы сравнения составили 25 пациентов, к которым были применены только хирургические методы лечения и 30 больных, которые получили монотерапию в виде введения внутрь келоида кортикостероидных препаратов.

Таблица 1

Результаты лечения больных с келоидными рубцами через 3 месяца

Результат	Группы пациентов		
	Хирургический метод + внутрирубцовое введение кеналога	Хирургический метод	Внутрирубцовое введение кеналога (монотерапия)
отличный	25 (52,1%)	2 (8 %)	6 (20%)
хороший	16 (33,3%)	6 (36%)	9 (30%)
удовлетворительный	7 (14,6%)	5 (20%)	11 (36,7%)
неудовлетворительный	-	12 (48%)	4 (13,3)

Результаты и их обсуждение. Послеоперационные швы у пациентов основной группы снимались на 7-10 день. Нагноения послеоперационной раны не наблюдалось ни в одном случае. Полное рассасывание сохранившихся краёв рубцовой ткани наблюдалось в среднем после 4-й инъекции. У всех пациентов отмечалась хорошая переносимость препарата, побочных эффектов не наблюдалось. Следует отметить, что у 7-ми пациенток женского пола после 3-й инъекции триамцинолона наблюдалось нарушение менструальной функции. Этим пациентам препарат был отменён. У 9 пациентов с рубцами площадью больше 3-х кв.см. в области рубца образовались телеангиэктазии, у 5-ти - гиперпигментация. Этим пациентам дополнительно проводились химические пилинги.

Оценка эффективности лечения рубцов проводилась через 3, 6 и 12 месяцев после его окончания. У всех пациентов основной группы наблюдалась положительная динамика уже в течение первых 3-х месяцев. У 25 пациентов основной группы наблюдался отличный результат, когда на месте остатков келоидного рубца сформировался нормотрофический рубец; у 11 – хороший результат в виде уменьшения S площади келоидной ткани. Удовлетворительный

результат в виде незначительного уменьшения размеров келоида отмечался у 7 пациентов. Неудовлетворительных результатов не наблюдалось (табл.1).

Пациентам с отличным результатом в дальнейшем проводился химический пилинг с целью выравнивания рельефа и улучшения цвета кожи на месте рубцовой ткани. Остальным пациентам было продолжено внутрирубцовое введение кеналога-40 1 раз в месяц (табл.2).

Таблица 2

Результаты лечения больных с келоидными рубцами через 6 месяцев (P>0,05)

Результат	Группы пациентов		
	Хирургический метод + внутрирубцовое введение кеналога	Хирургический метод	Внутрирубцовое введение кеналога (монотерапия)
отличный	34 (70,8%)	2 (8 %)	8 (26,6%)
хороший	12 (25%)	6 (24%)	7 (23,4%)
удовлетворительный	2 (4,2%)	8 (36%)	11 (36,6%)
неудовлетворительный	-	8 (32%)	4 (13,4%)

P - достоверность различия результатов лечения через 3 и 6 месяцев

Из таблицы видно, что проведённые реабилитационные мероприятия позволили улучшить результаты лечения у пациентов основной группы. Несмотря на это, у пациентов второй и третьей групп процент удовлетворительных и неудовлетворительных результатов оставался высоким. Кроме того, в 4-х случаях в группе пациентов, получавших монотерапию кеналогом, отмечалось 4 рецидива. Наблюдение за пациентами всех групп проводилось в течение года. Данные об эффективности лечения приведены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты лечения больных с келоидными рубцами через 12 месяцев (P>0,05)

Результат	Группы пациентов		
	Хирургический метод + внутрирубцовое введение кеналога	Хирургический метод	Внутрирубцовое введение кеналога (монотерапия)
отличный	22 (88%)	1 (4%)	7 (23,4%)
хороший	3 (12%)	4 (16%)	7 (23,4%)
удовлетворительный	-	8 (32%)	14 (46,6%)
неудовлетворительный	-	12 (48%)	2 (6,6%)

P - достоверность различия результатов лечения через 6 и 12 месяцев

Из таблицы видно, что в результате применения комбинированного метода лечения с использованием хирургического иссечения и введения кеналога в частично сохранённые края раны, ни в одном случае не отмечалось рецидивов в течение 12 месяцев. В группе пациентов третьей группы, которым применялась монотерапия в виде внутрирубцового введения кеналога, отмечалась тенденция к рецидивированию келоида. Наименьшую эффективность дали результаты хирургического лечения во второй группе больных, среди которых, несмотря на проведённые послеоперационные реабилитационные мероприятия, в 12 случаях отмечались рецидивы.

Заключение. Таким образом, применение комбинированного метода лечения келоидных рубцов, включающего хирургическое иссечение и введение кеналога в частично сохранённые края келоида, является наиболее эффективным по сравнению с отдельным применением использованных методик. Оценка отдалённых результатов лечения показала, что через 12 месяцев после использования предложенного метода в 88% случаев отмечался отличный результат против 4% таких результатов после хирургического лечения и 23,3% - после монотерапии в виде внутрирубцового введения кеналога. Отсутствие рецидивов после

применения предложенного способа ещё раз подтверждает целесообразность его применения при лечении данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин Ю.В., Кикория Н.Г. Профилактика и лечение послеожоговых и послеоперационных рубцов//Анналы пластической, эстетической и реконструктивной хирургии, 2004, №4, С.35-36

2. Вялов С.Л., Пшениснов К.П., Куиндоз П., Монтандон Д., Питте Б. Современные представления о регуляции процесса заживления ран (обзор литературы).//Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии 1999, №1 С. 49-55

3. Козлов В.А., Мушковская С.С., Коновальская С.Б. Лечение келоидных рубцов/«Пластическая хирургия и эстетическая дерматология», Ярославль, 2003г, С. 94-95

4. Пржедецкий Ю.В., Позднякова В.В., Розенко Л.Я. Комплексный подход к лечению келоидных рубцов/«Пластическая хирургия и эстетическая дерматология», Ярославль, 2003г, С. 93-94

5. Alster T.S., West T.B. Treatment of scars: a review // Ann. Plast. Surg.-1997.- Vol. 39, N4 P. 418-432

6. Suetake T.; Sasai S.; Zhen Y.X.; Ohi T.; Tagami H.

Functional analyses of the stratum corneum in scars. Sequential studies after injury and comparison among keloids, hypertrophic scars, and atrophic scars

Arch Dermatol, Dec 1996; 132: 1453 - 1458

Хулоса

ТАКМИЛИ МУОЛАЧАИ СКАРҲОИ КЕЛОИДӢ

К.М. Мухаммадиева, К.П. Ортиқов, М.С. Саидов

Дар мақола иттилоот оид ба усули муштараки илочи скарҳои келоидӣ бо истифодабарии буриши ҷарроҳӣ ва тазриқи дохилискарии доруи «Кеналог» оварда шудааст. Баҳодихии натиҷаҳои дуртарин нишон дод, ки баъди 12 моҳи истифодабарии усули пешниҳодшуда дар 88%-и мавридҳо натоиҷи аъло, дар муқобили 4%-и баъди танҳо амали ҷарроҳӣ ва 23,3%-и пас аз табобат бо як дору (монотерапия) ба даст оварда шудааст.

Summary

THE IMPROVEMENT OF THERAPY OF KELOIDS

K.M. Mukhamadieva, K.P. Artykov, M.S. Saidov

In the article the information about the application of new complex method under treatment of keloids with the use of surgical excision and intracarticale introduction of kenalog was represented. The estimation of remout results of treatment showed that other 12 months after the use of introduced method in 88% excellent results against 4% of such results after surgical therapy and 23,3% after the monotherapy as intracarticale introduction of kenalog was registered.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННОГО ГЕМОРОЯ

Д.К. Мухаббатов, К.М. Курбонов, Ф.Х. Нозимов

Кафедра хирургических болезней № 1

Введение. В колопроктологии оперативные вмешательства при осложнённом геморое остаются одними из наиболее часто выполняемых [2]. Актуальность проблемы лечения осложнённого гемороя обусловлена широким распространением заболевания с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста (3-10% мужского трудоспособного населения), довольно высока вероятность рецидивов заболевания и их осложнений. При неосложнённом геморое современные консервативные методы лечения показали свою состоятельность [4].