

population level and significance index and is the most sensitive to cephalosporin group of antibiotics and is insensitive to tetracycline group of antibiotics.

УДК 616-001-06: 616-003.9] + 615.849.19

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОСМЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВ

И.П.Иванова, М.Э.Барина, И.Е.Белик

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: рубцы, лечение, абляционная, фракционная лазерная шлифовка

Актуальность темы. Рубцовые изменения кожи – одна из серьезных проблем современной дерматокосметологии. Косметическая коррекция рубцов представляется проблематичной из-за высокой резистентности сформированного рубцового изменения кожи к общепринятым методам лечения [1,3,6]. В настоящее время совершенно очевидно, что только комплексное лечение больных с различными рубцовыми поражениями позволяют получить оптимальный эстетический результат, удовлетворяющий и врача и пациента, поскольку ни один из разработанных методов лечебного воздействия не является универсальным для достижения оптимальной коррекции рубцов. [5,7] Проблема полной реабилитации больных с рубцовыми изменениями остается актуальной. Многосторонняя оценка качества медицинских услуг в сфере терапевтической и хирургической косметологии показывает, что появились обнадеживающие результаты высокоэффективного лечения больных с рубцовыми изменениями кожи в результате внедрения в практику хирургических лазерных систем, Эр-Уаг и Со₂ лазеров. [1,4,8] Залогом высокой эффективности ведения пациентов с рубцами является комплексное лечение, подразумевающее правильное сочетание воздействия на кожу методов абляционного и фракционного фототермолиза. [2,4,7] Абляционная шлифовка (фототермолиз) с использованием Эр-Уаг лазера приводит к полному удалению эпидермального слоя, приводящее к

«маскировке» рубцов. Метод фракционного фототермолиза формирует плотную сеть микроскопических термических разрушений в эпидермальном и дермальных слоях (микротермальные лечебные зоны – МЛЗ). [1,2,5] Это так называемый «островковый» тип воздействия. При этом разрушение ткани происходит не по всей поверхности кожи, а в виде фракций. Лазерная система Эр-Уаг с длиной волны 2940нм благодаря своему точечному излучению генерирует МЛЗ, которые приводят к стимулированию активности эпидермального слоя в зоне, окружающей поврежденный участок. В процессе проведения процедуры лазерное излучение вызывает коагуляцию белков кожи на глубине 4-5мм. Мигрирующие фибробласты в начальной стадии реорганизации очага коагуляции синтезируют коллагеназу и другие протеолитические ферменты. В дальнейшем в дерме происходит экспрессия коллагена III типа, формируются очаги неоколлагенеза окружающие МЛЗ. Таким образом, при воздействии методом фракционного фототермолиза на область рубцовой ткани запускаются процессы ремоделирования коллагена, перестройки коллагенового каркаса, восстановления упругости и эластичности кожи и как результат сокращения площади кожи в области рубцов, которые и определяют максимально достижимый эстетический результат – устранение видимых различий между рубцовой и окружающими тканями, сглаживание имеющихся неровностей по отношению к прилегающей неповрежденной коже, устранение выпячивания рубца и значительное его сужение вплоть до тонкой ли-

нии, устранение стеснения и скованности в зоне рубцового поражения. [2,3,6,8]

Учитывая выше изложенное целью данного исследования явилась разработка новых технологий абляционного и фракционного фототермолиза в косметической коррекции посттравматических и послеоперационных рубцов с помощью эрбиевой лазерной системы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в Эстет-лазер центре «Созвездие» г. Донецка находилось 15 пациентов (12 женщин, 3 – мужчин) в возрасте от 18 до 35 лет, которым проводилась косметическая коррекция рубцов с помощью фракционного и абляционного фототермолиза Эрбиевой лазерной системы. Из них у 2(13%) отмечены гипертрофические рубцы, у 10 (67%) – нормотрофические с незначительной атрофией, у 3 (20%) – атрофические. Всем пациентам с целью ликвидации косметических дефектов лечение проводилось в 2 этапа. На 1 этапе были назначены курсовые процедуры фракционного фототермолиза в количестве от 2х до 5. Эр-Yag лазером с длиной волны 2940нм с использованием фракционной манипулы R₀₄ с длительностью импульса от 750 до 1500мкс с величиной флюэнса (количество лазерной энергии доставляет на единицу площади) от 5 до 20Дж/см². На 2 этапе проводились курсовые процедуры абляционной шлифовки в количестве от 2х до 4. С целью выпоризации (выпаривания) верхних слоев эпидермиса абляционной манипулой R₁₁ в ручном режиме при диаметре пятна 3 и 5мм и флюэнсе от 5 до 10Дж/см² и длительностью импульса от 100 до 300мкс.

Манипуляции фракционной и абляционной шлифовки проводились под местной анестезией р-ром ультракаином Д-С форте и анестезирующим кремом на основе 5% р-ра лидокаина (ЕМЛА) наносимого за 30-40мин до процедуры. Ведение раневой поверхности после процедур проводились открытым способом: пантенол, пантестин, бепантен. При выраженном отеке – охлажденные примочки с отваром чая, хлоргексидина. Для ускорения процессов эпителизации и регенерации кожи приме-

нялся солкосерил гель, мазь. В период реабилитации (2-7 суток) после процедуры пациентам рекомендовалось использование различных смягчающих средств для скорейшего не насильственного удаления корок: пантекрем, пантестин, 10% метилурациловая мазь. В период между процедурами после окончания периода реабилитации использовались общеизвестные средства для лечения рубцовой ткани: контрактубес, дерматикс, содермикс и пластырь для лечения рубцов «Мепиформн». С целью оценки полученных результатов применялась следующая градация: отсутствие эффекта, удовлетворительный результат, хороший и очень хороший результат.

Результаты и их обсуждение
Средняя продолжительность эпителизации раневой поверхности после фракционной и абляционной шлифовки составляла 13,5дней, продолжительность поствоспалительной эритемы после отторжения корочек составляла в среднем 28,7 дня.

Анализ результатов показал значительное улучшение рубцов у 9 пациентов (60%) – полученные данные сопоставили с данными литературы (40-55%), улучшение средней степени выраженности у 3 (20%), удовлетворительный результат у 2 (13,3%) пациентов с локализацией рубца в области крупных складок и суставов – в местах, подвергающихся растяжению и трению: отсутствие результата у 1 пациента (6,7%) с гипертрофическим рубцом. Сопоставление эффективности лечения с морфологией рубцов показал, что наилучшие результаты наблюдаются при лечении с нормотрофическими и атрофическими деформированными рубцами, когда рубцы имеют вид тонкого соединительнотканного тяжа.

Выводы. Полученные данные позволяют сделать заключение, что косметическая коррекция послеоперационных и посттравматических рубцов с использованием фракционной и абляционной шлифовки эрбиевой лазерной системой является оптимальным эстетически деликатным методом, дающим наилучшие результаты при работе с посттравматическими атрофическими и нормотрофическими рубцами. Метод может применяться амбулаторно и

значительно улучшать качество жизни и различными рубцовыми изменениями.
эстетические недостатки у пациентов с

Список литературы

1. Вихрева С.А. Лечение косметических дефектов кожи методом фракционного фототермолиза / С.А. Вихрева // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2007. - №6. – С.11-19.
2. Удотов О.П. Эрбиевый лазер как инструмент косметической хирургии / О.П. Удотов, Е.П. Ковалькова // Ж.Косметика и медицина. – 2000. - №2. – С.55-62.
3. Камин Ю.И. Использование высокоэнергетических лазеров в лечении патологических рубцов / Ю.И. Камин, У.К. Шарипов // Лазерная медицина. – 2004. - №8(4). – С.40-41.
4. Гончарова Я.А. Косметическая коррекция посттравматических и послеоперационных рубцов методом лазерной шлифовки / Я.А. Гончарова, А.М. Толстопятов, Н.Н. Фисталь // Травма. -2001. – том2-№2 – 26-218.
5. Самцов А.В. Эффективность комбинированного лечения рубцов кожи с помощью фототермолиза и филлера / А.В. Самцов, А.М. Иванов, А.А. Шарапова, Е.Н. Лучина // Экспериментальная и косметическая дерматокосметология. – 2012. - №3.- С.3-7.
6. Manstein D. Fractional photothermolysis: A new concept for cutaneous remodeling using microscopic patterns of thermal injury / D. Manstein, G.S.Herron, R.K. Sink et al // Lasers Surg. Med. – 2004:34 – P.426-438.
7. Lomeo G. Jag versus Co₂ ablative fractional resurfacing a splite face study. / G. Lomeo, G.D. Gassuto, D.Scrimalik // Abstract presental at American Society for Laser Medicine and Surgery Conference: 2008. – April.4. – P. 115-120.
8. Alster T. Le Laser est-il vraiment des cicatrices et vergetures? / T. Alster // Objectif peau. – 2001. – Vol.8 – №58-59 – P. 89-92.

ЛАЗЕРНА ТЕРАПІЯ В КОСМЕТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ РУБЦІВ

І.П. Іванова, М.Е. Барінова, І.Ю. Белік

Протягом останнього часу в лікуванні рубцевих змін шкіри використовують ербієву лазерну систему. Серед інноваційних методів лікування є поєднання впливу на шкіру методів абляційних і фракційних шліфовок шкіри, які дозволяють отримати максимальний терапевтичний ефект після мінімального термічного впливу. В даній роботі аналізуються та обговорюються результати, котрі отримали після проведення комбінованого лікування абляційних та фракційних шліфовок рубцевих змін шкіри.

LASER THERAPY IN COSMETIC CORRECTION OF POST-TREUMATIC SCARS

I.P.Ivanova, M.E. Barinova, I.E. Beylik

Recently, in the treatment of skin scerring used erbium lesev systems. Among the innovative methods, a combination of ablative techniques and trectional resurfacing are more modern and allow to get the maximal effect roith minimal therapeutic influence. In this arfile, the results of combination ablative a fractional methods of abrasion of are analyzed and discusseol.

УДК 616.517:612.616.31]-055/1-08

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ ЧОЛОВІКІВ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП З УРАХУВАННЯМ ЗМІН КОНЦЕНТРАЦІЇ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ

Н.Ю.Резніченко

КЛПУ «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер»

Ключові слова: псоріаз, статеві гормони, корекція, фітопрепарати.

Актуальність. У людей старшого віку відмічається зростання відсотку соматичної та дерматологічної патології [2, 3, 4]. Особливої уваги при цьому заслуговує поширення псоріазу серед осіб середнього та похилого віку, у яких відзначається тяжкий перебіг захворювання, часті рецидиви та резистентність до різних методів лікування [1, 2]. Це обумовлює актуальність подальшого вивчення різних ланок патогенезу псоріазу, особливо вплив вікових гормональних змін у чоловіків старшого віку на розвиток даного захворювання.

Мета дослідження. Розробка ефективних методів лікування хворих на псоріаз чоловіків старших вікових груп з урахуванням рівнів статевих гормонів.

Матеріали і методи дослідження. Для вирішення поставленої мети було обстежено 160 чоловіків віком 25-64 роки. До основної групи включено 101 хворого на псоріаз віком 45-64 роки; групу порівняння склали 25 здорових чоловіків віком 45-64 роки; до контрольної групи увійшли 34 здорових чоловіки віком 25-44 роки.

Бальна оцінка ступеня тяжкості псоріазу проводилась за шкалою Psoriasis Area Severity Index (PASI). Визначення якості життя хворих відбувалось за допомогою опитувальника DLQI (Dermatology Life Quality Index) [5]. В роботі використовувався авторизований український переклад опитувальника - Ukrainian version of DLQI. З метою оцінки симптомів старіння чоловіків і андрогенного дефіциту проводилось анкетування за Aging Males Symptoms Scale (AMS).

Лабораторне обстеження пацієнтів включало загальноклінічні методи, визначення рівнів тестостерону, тестостеронзв'язуючого глобуліну (ТЗГ), фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), лютеїнізуючого гормону (ЛГ), пролактину (ПРЛ) у сироватці крові. На підставі виявлених змін було проведено лікування хворих на псоріаз чоловіків, для чого було створено 2 дослідні терапевтичні групи: I група – 35 пацієнтів, які отримували базову терапію псоріазу; II група – 17 осіб, які використовували базову терапію псоріазу та додатково фітопрепарат на основі стероїдних сапонінів. Пацієнтів обох груп було обстежено через 3 місяці від початку лікування. Вибір фітопрепарату на основі стероїдних сапонінів був обумовлений виявленим на початковому етапі дослідження зниженням рівня тестостерону у чоловіків старшої вікової групи, особливо за наявності у них псоріазу. Отримані результати були оброблені статистично з використанням комп'ютерних програм.

Результати та їх обговорення. Результати, отримані у здорових і хворих на псоріаз чоловіків різних вікових груп, представлені в табл.1. З табл.1 видно, що зі збільшенням віку чоловіків статистично достовірно зменшується концентрація тестостерону. У групі здорових чоловіків 45-64 років спостерігається достовірно вища концентрація рівнів гонадотропних гормонів – ФСГ, ЛГ, ПРЛ і ТЗГ у порівнянні з 25-44-річними чоловіками. Індекс AMS також був статистично достовірно вищим у чоловіків 45-64 років, порівняно з молодшими особами. Окрім цього, проведений аналіз індивідуальних результатів у обстежених чоловіків показав формування дис-