

Лечение и профилактика рубцов лица и шеи у детей

А. Е. Резникова, Е. Л. Подляцук, В. П. Голова, В. И. Хачиянц

Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии

Актуальность проблемы лечения детей с грубыми рубцами лица и шеи по-прежнему несомненна. Такие рубцы не только вызывают обезображивание, но и приводят к функциональным нарушениям и деформациям различных органов лица и шеи, нарушают рост и развитие лицевого скелета и с трудом поддаются лечению.

В настоящее время нет четкой концепции профилактики и лечения рубцов лица и шеи у детей. Не определены показания и противопоказания к нехирургическому лечению рубцов, сроки хирургического вмешательства. Отсутствует общепризнанная клинко-морфологическая классификация.

Эти важные для практики вопросы побудили нас предпринять настоящее исследование.

В основу работы положены результаты комплексного обследования, лечения и профилактики рубцовых процессов лица и шеи у 279 детей. Отдаленные результаты прослежены от 6 мес до 3 лет.

Для систематизации клинических проявлений и выбора метода лечения детей с рубцами мы

разработали следующую клиническую классификацию. Все пациенты были разделены по клиническим проявлениям рубцового процесса на 5 групп. Дети с патологическими рубцами — келоидными и гипертрофическими, и дети с нормотрофическими рубцами — глубокими втянутыми, деформирующими и эмбриональными. Также выделена группа пациентов с формирующимися рубцами после плановых пластических и реконструктивных операций, которым проводилось профилактическое лечение.

Правомочность клинической классификации подтверждена морфологическим исследованием 51 биоптатов кожи, проведенным в лаборатории экспериментальной патоморфологии НИЦ ММА им. И. М. Сеченова (зав. проф. А. Б. Шехтер), и обоснована методами Z-статистики и дискриминантного анализа.

Морфологическое изучение кожных рубцов лица и шеи у детей показало значительные различия между простыми и патологическими рубцами, а также между гипертрофическими и келоидными рубцами (табл. 1).

Таблица 1.

Морфологические отличия келоидных и гипертрофических рубцов

Вид ткани, структуры	Гипертрофический рубец	Келоидный рубец
Эпидермис	Атрофия	Гиперпластические процессы
Коллагеновые волокна	Продольная ориентация	Кольцевидная и аркадная структура
Эластические волокна	Мало	Полностью отсутствуют
Фибробласты (содержание состав)	Отсутствие атипичных и гигантских форм	Юные, атипичные, гигантские формы
Зоны роста	Нет	Есть
Регресс капилляров	Слабо выражен	Умеренно выражен
Клеточная инфильтрация	Умеренная лимфогистиоцитарная	Выраженная лимфогистиоцитарная
Отграничение от окружающих тканей	Нечеткое	Четкое

Клинические проявления различных типов рубцов

Вид рубца	Распространенность за зону повреждения	Выбухание	Плотность	Гиперемия	Симптоматика	Локализация
Плоский	Нет или умеренная	Нет (плоские)	Нет	Нет	Нет	В основном выше линии рта
Глубокий	Нет или умеренная	Нет	Нет, умеренная	Нет	Нет	В основном выше линии рта
Гипертрофический	Умеренная, выраженная	Умеренное	Умеренная	Нет	Нет	50 % выше линии рта, 50% — ниже
Келоидный	Умеренная, выраженная	Выраженное	Выраженная	Умеренная, выраженная	Умеренная, выраженная	99 % ниже линии рта

Клиническое обследование детей проводилось по обычной схеме.

Опираясь на клинико-морфологические данные, мы разработали алгоритм лечения и профилактики различных видов рубцов. Особое внимание в работе было уделено профилактике образования грубых и патологических рубцов, что в детском возрасте представляет серьезную проблему.

В первую очередь, необходимо отметить особенности ведения раны в ближайшие сутки после операции. Для предупреждения рубцов мы использовали различные модификации препаратов КЕРАТАН (высокоочищенная растворимая форма белка кератина).

Начиная с 3—4-х суток после операции, швы ежедневно обрабатывали восстанавливающим кремом КЕРАТАН, что способствовало уменьшению отека, гиперемии, предотвращало образование корочек на швах. При наличии дефекта в области слизистой оболочки рта или частичном расхождении швов на кожных покровах использовали порошок КЕРАТАН. При поверхностных или краевых некрозах применяли менее концентрированные формы КЕРАТАНА — гель или крем, что ускоряло эпителизацию и предотвращало формирование грубого рубца.

После полного заживления раны проводили следующий комплекс профилактических и лечебных мероприятий.

1. Обработка жирными увлажняющими питательными кремами.

2. Проведение давящего точечного массажа на рубец, лечебная мимическая гимнастика.

3. Лечение ультрамягкими рентгеновскими лучами (лучи Букки). Первый сеанс проводили сразу после снятия швов. Через 1 мес после первого сеанса рентгенотерапии проводили

повторный осмотр пациента, на котором определяли показания к дальнейшему проведению Букки-терапии. Профилактическое лечение заняло от 3 до 5 мес, таким образом пациентам было проведено от 1 до 3 сеансов Букки-терапии. Учитывая тот факт, что нормальный рубец формируется около 10—12 мес, пациенты продолжали обработку рубцов жирными кремами еще несколько месяцев после прекращения Букки-терапии. Профилактика не дает 100 % гарантии предотвращения развития патологического рубца, а только тормозит его рост. Поэтому мы наблюдали наших пациентов 1 раз в месяц даже после окончания проведения профилактики.

По клиническим проявлениям наблюдались дети со следующими видами различных рубцов (табл. 2).

К деформирующим (нормотрофическим) рубцам мы относим плоские рубцы, вызывающие деформацию окружающих тканей. Они образуются после тяжелой сочетанной травмы или обширных первичных пластических операций (рис. 1, 2).

Всем детям с деформирующими рубцами было выполнено корригирующее оперативное лечение с последующей профилактикой образования грубых патологических рубцов по принятой методике.

Под глубокими втянутыми рубцами подразумевались рубцы, вызывающие деформацию не на поверхности кожи, а перпендикулярно ей, т. е. в более глубоких слоях ткани и мышцах. Такие рубцы были отмечены у пациентов, не получавших профилактических процедур и обратившихся в клинику во время концентрической фазы рубцевания. Чаще всего формирование рубцов было связано с какими-либо осложнениями раневого процесса.



Рис. 1. Внешний вид б-ой С. 2 лет с гемангиомой (а) и после ее удаления (б). Послеоперационный период осложнился расхождением швов. Благодаря использованию порошка и крема КЕРАТАН сформировался тонкий нежный рубец, однако позднее образовался деформирующий рубец (в). Пациент получил курс Букки-терапии, наружной мазевой терапии, массажа и гимнастики, который занял 1 год 2 мес. Результат лечения на данный момент расцениваем как удовлетворительный (г).



Рис. 2. Внешний вид б-ой К. с рубцовой деформацией крыла носа (в период новорожденности перенесла некроз крыла носа): а — до лечения; б — после пластики носа, в левом носовом ходе пластмассовый вкладыш; в — через 3 мес после операции.



Рис. 3. Внешний вид б-ого И. 4 лет с нагноившимися укушенными ранами лица и шеи: а — до лечения; б — после купирования воспалительного процесса и снятия швов. Некроз кожи по линии швов. Для ускорения эпителизации использовали порошок и крем КЕРАТАН; в — на 15-е сутки был сформирован тонкий нежный, но втянутый рубец; г — через 1 год, в конце лечения.

В основном они локализовались в области щеки или в проекции верхней и нижней губы. Можно предположить, что втянутые рубцы чаще образуются в местах с большим массивом

мышечной ткани, не имеющим под собой плотного костного каркаса (рис. 3).

Всем детям с глубокими втянутыми рубцами было проведено комплексное консерватив-

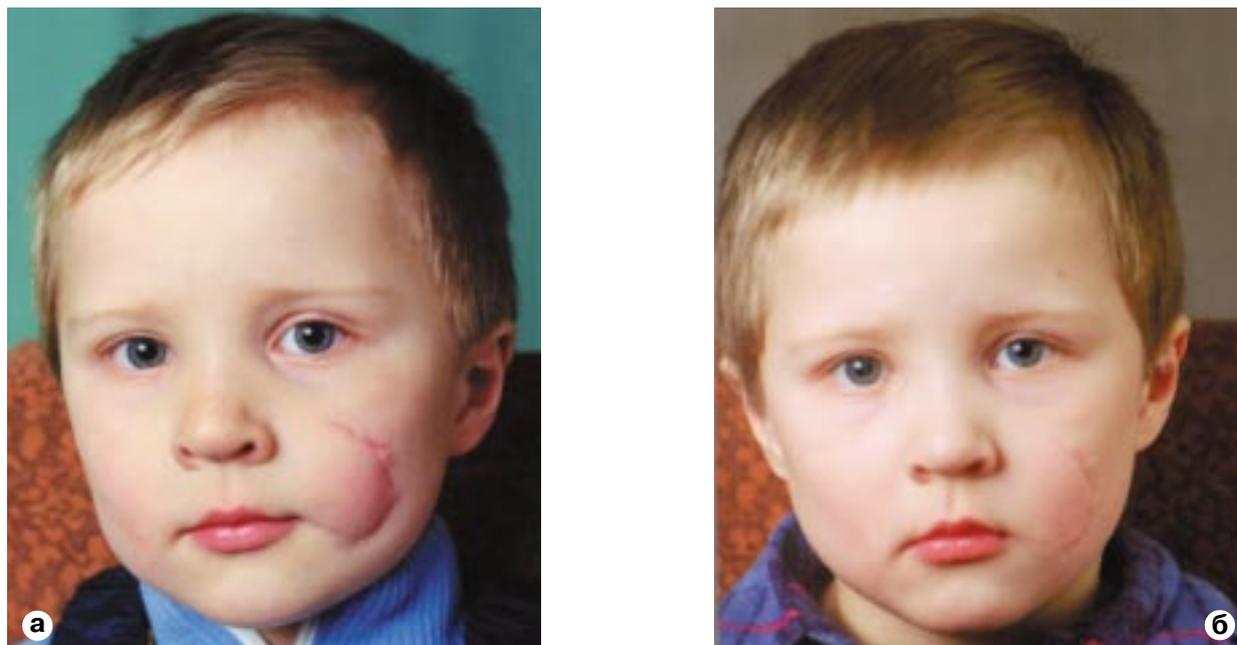


Рис. 4. Внешний вид б-ого К. 6 лет с втянутым рубцом щеки после укуса собаки, осложненный нагноением послеоперационной раны: а — после первичной хирургической обработки и снятия швов; б — после курса консервативного лечения.

ное лечение, в которое кроме принятой схемы включали массаж окружающих тканей (**рис. 4**). У всех детей отмечалось выздоровление.

К эмбриональным мы относим рубцы, сформировавшиеся в эмбриональном периоде и развивающиеся не в результате травмы, а вследствие дефекта эмбрионального развития. В группу входили дети с эмбриональными тяжами шеи, а также с фиброзно-рубцовой соединительной тканью, находящейся в краях расщелины верхней губы. Эмбриональный тяж шеи (крайне редкая патология) располагался по средней линии шеи — от тела нижней челюсти до яремной вырезки, захватывал кожу, подкожно-жировой слой и глубже лежащие мышцы и вызывал контрактуру шеи.

Детям с эмбриональными тяжами шеи было показано корригирующее оперативное лечение с последующей профилактикой образования грубых патологических рубцов.

При первичной операции на шее необходимо радикальное вмешательство, т.е. иссечение тяжа на всю толщ (кожа, подкожно-жировой слой и мышцы). Патологическую, рубцово-перерожденную мышцу, плотно спаянную с кожей и подкожным слоем, необходимо иссекать полностью, максимально широко и на всем протяжении до здоровых тканей, так как частичное оставление ее вызывает рецидив деформации (контрактуры).

Рубцовая ткань из краев расщелины верхней губы также не пригодна для устранения дефекта и во время операции подлежит иссечению.

Группу пациентов с гипертрофическими рубцами составили дети с послеожоговыми рубцами, а также после крио-, склеро- и лазеротерапии гемангиом — 68 и 75 % соответственно. Лечение больных с гипертрофическими рубцами — одна из наиболее сложных задач. Консервативные мероприятия к успеху не приводят. Лечение полностью сводится к различным видам пластики, чаще многоэтапной.

Всем детям после каждого этапа хирургического лечения осуществляли профилактику образования грубых рубцов по принятой методике.

Келоидные рубцы отмечались, в основном, у детей с осложненным течением раневого процесса, отсутствием ранней профилактики и лечения свежих рубцов.

Клинические особенности развития гипертрофических и келоидных рубцов представлены в **табл. 3**.

Помимо описанных методик в комплексе лечения келоидных рубцов использовали крем КЕРАТАН с лидазой (отличительной особенностью этого препарата является способность предупреждать развитие келоидных рубцов и способствовать рассасыванию уже имеющихся). Также применяли различные способы давления: силиконовый пластырь, носовые вкладыши из протакрила, лонгеты.

Для испарения неактивных (старых) келоидных рубцов использовали CO_2 лазер — "Скальпель-1".

Таблица 3.

Клинические особенности гипертрофических и келоидных рубцов

Признак	Келоидный рубец	Гипертрофический рубец
Повреждение кожи	Любое (в том числе и минимальное)	Обширное полнослойное
Распространение за пределы первичной травмы	Распространяется	Не распространяется
Возвышение над поверхностью кожи	Значительное	Незначительное
Рост рубца	Тенденция к длительному росту	Отсутствие роста
Границы	Четкие	Сливаются с окружающими тканями
Плотность	Плотный, упругий	Умеренно плотный, дряблый
Поверхность	Блестящая, глянцевая	Матовая, бледная бугристая поверхность
Цвет	От ярко-красного до багрово-цианотичного	Телесный, коричневатый
Клинические признаки	Боль, жжение, зуд	Изъязвление
Начало формирования	Через 3—4 нед после эпителизации	Сразу после эпителизации

Эффективность лечения зависела от своевременности и правильности тактики. Метод выбирали в зависимости от давности существования рубца, его локализации, распространенности, наличия функциональных нарушений.

Рассчитывать на успех консервативного лечения можно только при сроке существования рубца не более 9—12 мес. В более отдаленные сроки консервативная терапия проводится как

подготовка к дальнейшему хирургическому лечению и с профилактической целью после оперативного лечения.

Лечение "старых" неактивных келоидов (имеющих возраст более 1—1,5 лет) необходимо начинать с лазерного или криоиспарения — при малых их размерах или с хирургического лечения с обязательной последующей профилактикой келоидообразования (рис. 5—7).



Рис. 5. Внешний вид б-ой А. 13 лет с келоидным рубцом в области подбородка после удаления пигментного невуса (а) и после лазерного испарения рубца и курса консервативной терапии (б).



Рис. 6. Внешний вид б-ой Х. 10 лет с рубцовым стенозом левого носового хода до (а) и после операции и комплекса лечения (б).



Рис. 7. Внешний вид б-ого В. 4 лет с втянутым деформирующим рубцом после травмы (а) и через 6 мес после операции и комплекса лечения (б).

Показанием к хирургическому лечению детей со свежими келоидными рубцами служат выраженные функциональные нарушения, а также деформации окружающих мягких тканей.

Полное выздоровление отмечалось у 71 % больных, в остальных случаях лечение продолжается, однако отмечается явная положительная динамика.

Таким образом, данный комплекс консервативных мероприятий мы считаем весьма удобным в детской практике, так как он наименее инвазивен. Практически все мероприятия проводятся в домашних условиях.

Клинико-морфологические сопоставления доказывают целесообразность разделения кожных рубцов на простые, к которым относятся плоские линейные, глубокие втянутые и эмбриональные рубцы, и патологические — келоидные и гипертрофические рубцы. Данное разделение позволило нам разработать алгоритм лечения различных типов рубцов и, тем самым, значительно улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения детей с рубцами и рубцовыми деформациями лица и шеи.