

Brazhnikova, M.V. Tolkaeva // Bull Sib Med. - 2002. - № 2. - P. 71-77.

2. Инвазии *Opisthorchis felinus* (Rivolta, 1884) и *Metorchis bilis* (Braun, 1890) у человека в различных регионах Обь-Иртышского речного бассейна / Е.Н. Ильинских В.В. Новицкий, Н.Н. Ильинских [и др.] // Паразитология. - 2007. - Т. 41 (1). - С. 55-64.

Opisthorchis felinus (Rivolta, 1884) and *Metorchis bilis* (Braun, 1890) infections in population of some regions of the Ob river basin. E.N. Ilyinskikh, V.V. Novitsky, N.N. Ilyinskikh [et al.] // Med Parazitol (Mosk). - 2007. - №41. P. 55-64.

3. Описторхоз в Тобольске по данным аутопсии за 1950-1987 гг. / Н.А. Зубов, Е.С. Беликов, Л.Н. Зайцева [и др.] // Мед. паразитология. - 1989. - №5. - С. 10-13.

Opisthorchiasis in Tobolsk based on 1950-1987 autopsy data / N.A. Zubov, E.S. Belikov, L.N. Zaitseva [et al.] // Med Parazitol (Mosk). - 1989. - № 5. - P. 10-3.

4. A Physicochemical and Pharmacological Study of the Newly Synthesized Complex of Albendazole and the Polysaccharide Arabinogalactan from Larch Wood / Y.S. Chistyachenko, E.S. Meteleva, M.Y. Pakharukova [et al.] // Current Drug Delivery. - 2016. - 12(5):477-90.

5. Advanced periductal fibrosis from infection with the carcinogenic human liver fluke *Opisthorchis viverrini* correlates with elevated levels of interleukin-6 / B. Sripa, E. Mairiang, B. Thinkhamrop [et al.] // Hepatology. - 2009. - 50(4):1273-1281.

6. King S. Trematodes of the family Opisthorchiidae: a minireview / S. King, T. Scholz // Korean Journal of Parasitology. - 2001. - 39(3):209-221.

7. Liver fluke induces cholangiocarcinoma / B. Sripa, S. Kaewkes, P. Sithithaworn [et al.] // PLOS Medicine. - 2007. - 4(7):e201.

8. Mordvinov V.A. The Digenea parasite *Opisthorchis felinus*: a target for the discovery and development of novel drugs / V.A. Mordvinov, D.P. Furman // Infectious Disorders - Drug Targets. - 2010. - 10(5):385-401.

9. Oliaro P. The little we know about the pharmacokinetics and pharmacodynamics of praziquantel (racemate and R-enantiomer) / P. Oliaro, P. Delgado-Romero, J. Keiser // Journal of Antimicrobial Chemotherapy. - 2014. - 69(4):863-70.

10. Physicochemical properties and anti-opisthorchosis effect of mechanochemically synthesized supramolecular complexes of

Albendazole with the polysaccharide Arabinogalactan from *Larix sibirica* and *Larix gmelinii* / Y.S. Chistyachenko, M.V. Khvostov, A.I. Belousov [et al.] // Doklady Biological Sciences. - 2014. - 456(1):212-4.

11. Sripa B. Localisation of parasite antigens and inflammatory responses in experimental opisthorchiasis / B. Sripa, S. Kaewkes // International Journal for Parasitology. - 2000. - 30(6):735-740.

12. The first comprehensive study of praziquantel effects in vivo and in vitro on European liver fluke *Opisthorchis felinus* (Trematoda) / M.Y. Pakharukova, A.G. Shilov, D.S. Pirozhkova [et al.] // International Journal of Antimicrobial Agents. - 2015. - 46(1):94-100.

13. Torgerson P.R. World Health Organization Estimates of the Global and Regional Disease Burden of 11 Foodborne Parasitic Diseases, 2010: A Data Synthesis / P.R. Torgerson, B. Devleesschauwer, N. Praet // PLOS Medicine. - 2015. - 12(12):e1001920.

14. Tselepatiotis E. A case of *Opisthorchis felinus* infestation in a pilot from Greece / E. Tselepatiotis, S. Mantadakis, S. Papoulis // Infection. - 2003. - 31(6):430-432.

И.С. Пинелис, Ю.И. Пинелис, И.Д. Ушницкий

ЛЕЧЕНИЕ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ УШНЫХ РАКОВИН

УДК 616-003.92:617.5

В работе представлены результаты лечения келоидных рубцов, возникших после травмы и операций в области ушных раковин. Авторами предложена комплексная программа терапии келоидных рубцов с учетом размеров и длительности их существования с индивидуальным подходом для каждого случая. С этой целью проводились предоперационная местная медикаментозная подготовка участка аномального разрастания рубцовой ткани в области ушных раковин и противорецидивное лечение в послеоперационном периоде. Предоперационная подготовка включает инфильтрацию 2,0-4,0 мл 0,5%-ного раствора лидокаина в ткани вокруг келоида и через один прокол введение шприцем 10-40 мг/мл Кеналого (Дипроспан), где доза препарата всегда зависит от величины келоидного рубца. В зависимости от эффективности воздействия этих препаратов количество инъекций достигало 5 раз. На следующем этапе, когда под действием кортикостероидов келоид больше не уменьшался, планировалось хирургическое иссечение рубца. В послеоперационном периоде продолжали противорецидивное лечение, включающее проведение 10-15 сеансов фонофореза в области послеоперационного рубца с применением мази Контрактубекс или геля Лонгидаз. Установлено, что результаты комплексной терапии келоида ушной раковины такими методами характеризуются отсутствием его рецидива и благоприятным эстетичным видом рубца.

Ключевые слова: келоидный рубец, ушная раковина, комплексное лечение.

Our work presents treatment results of the keloid scars appeared after the trauma and operations of auricles. Thus authors offered the complex program of therapy of the keloid scars taking into account the sizes and duration of their existence with an individual approach for each case. Preoperative local medication preparation of abnormal site growth of cicatricial tissue in the auricles and anti-relapsing treatment in the postoperative period was carried out for this purpose. Preoperative preparation includes infiltration of 2,0-4,0 ml of 0,5% lidocaine in tissues around the keloid and through one puncture injection by a syringe of 10-40 mg/ml of Kenalog (Diprosan) where the preparation dose always depended on the size of the keloid scar. The quantity of injections reached 5 times depending on efficiency of influence of these medications. The following stage when the keloid didn't decrease any more after the corticosteroids influence – surgical excision of scar was planned. In the postoperative period the anti-relapsing treatment has been continued including 10-15 times of phonophoresis in the postoperative scar area with the use of Contractubex ointment or 3000 ME gel of Longidaza. Such tactics of complex therapy is characterized by lack of its recurrence and favorable esthetic type of the scar.

Keywords: keloid scar, auricle, complex treatment.

Введение. Келоидный рубец представляет собой избыточное, плотное

разрастание соединительной ткани кожи, напоминающее опухоль [3]. Причины образования келоидных рубцов в области ушных раковин на сегодняшний день точно не установлены. Они возникают после хирургических операций, при заживлении ожогов и ран, прокалывании мочек ушей под серьги и др. [1, 4, 5]. Нередко они развиваются на фоне сниженных показателей общего и местного иммунитета [8]. Келоид в зависимости от степени

васкуляризации имеет ярко-розовый, бледный, цианотичный или красный цвет, упругую консистенцию, неровную и слегка морщинистую поверхность. Его особенностью является постоянный пульсирующий рост, вследствие чего он нередко выходит за пределы раны, не регрессирует спонтанно и склонен к рецидивированию после иссечения. Внешний вид келоидов оказывает большое влияние на эстетическую оценку результатов операции,

ПИНЕЛИС Иосиф Семенович – д.м.н., проф., зав. кафедрой ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», pinelis1@mail.ru; **ПИНЕЛИС Юрий Иосифович** – д.м.н., проф. ЧГМА, pinelism1@mail.ru; **УШНИЦКИЙ Иннокентий Дмитриевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, incadim@mail.ru.

часто становится причиной психоэмоционального дискомфорта, развития психосоциальной дезадаптации и снижения качества жизни пациента.

В настоящее время нет идеальных методов лечения келоидов, что обусловлено особенностями анатомической формы ушных раковин, сложной системой кровообращения, близким расположением нервов и др. [2]. Более того, отсутствует четкая концепция профилактики и лечения келоидных рубцов лица и шеи, не определены показания и противопоказания к консервативной терапии, а также сроки хирургического вмешательства [3, 7, 8]. Все вышесказанное определяет актуальность данной проблемы.

В этой связи **целью** исследования явились разработка и оценка эффективности комплексной программы лечения келоидных рубцов ушных раковин.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 16 больных с келоидными рубцами в области ушной раковины, возникшими после травмы (4 чел.), косметических операций (5 чел.), прокола мочек ушей под серьги (7 чел.). Длительность их существования колебалась от 9 месяцев до 2 лет. Величина келоидов варьировала от 0,9 до 2,5 см. Они были безболезненными, цианотичного или буро-красного цвета, упругой консистенции, с неровной и слегка морщинистой поверхностью. Пациенты отмечали их постоянный пульсирующий рост без признаков регрессии. У 11 больных после иссечения келоидного рубца отмечен рецидив.

На основании анализа данных литературы и собственных наблюдений нами предложена комплексная программа лечения келоидных рубцов. Вначале, независимо от срока образования келоида, ткани вокруг него инфильтрировали 2,0–4,0 мл 0,5%-ного раствора лидокаина и через один прокол шприцем вводили в него 10–40 мг/мл Кеналага (Дипроспана). Доза препарата зависела от величины келоидного рубца. Если после введения препарата отмечали заметный регресс келоида (рубец уменьшался в размерах, изменился цвет и консистенция рубца, прекращался зуд и др.), то процедуру повторяли через 3–4 недели. В зависимости от эффективности воздействия этих препаратов количество инъекций достигало 5 раз. На следующем этапе, когда под действием кортикостероидов келоид больше не уменьшался, планировалось хирургическое иссечение рубца. Однако перед операцией

осуществляли мероприятия, которые в дальнейшем должны были предупредить развитие рецидива келоида. За 10–15 дней до хирургического вмешательства больным назначали курс лечения тималином по 10 мг в течение 10 дней и 10 сеансов электрофореза 5000 Ед гепарина [6]. Хирургический этап заключался в радикальном иссечении келоида, а образовавшийся дефект ушной раковины закрывали пластикой местными тканями. В послеоперационном периоде, начиная с 10 сут (завершение эпителизации раны), продолжали противорецидивное лечение. В области послеоперационного рубца проводили 10–15 сеансов фонофореза с мазью Контрактубекс или 3000 МЕ гелем Лонгидаз. Кроме того, повторяли курс иммунотерапии тималином. Диагноз «келоидный рубец ушной раковины» во всех случаях был подтвержден морфологическими исследованиями.

Об эффективности проведенного комплекса лечения келоида ушной раковины свидетельствовали отсутствие его рецидива и благоприятный эстетический вид рубца. Отдаленные наблюдения осуществляли в течение 2–5 лет.

Результаты. В то время, как только иссечение келоида дает рецидивы в 45–100% случаев, полученные данные свидетельствовали о том, что «молодые» келоиды (срок существования до 12 месяцев) у 7 больных почти полностью подверглись обратному развитию под действием кортикостероидов и физиотерапевтических мероприятий. У них на месте, где был келоид, образовался мягкий, безболезненный, белесоватый и несколько западающий рубец. В этих случаях не было показано к оперативному лечению.

У остальных пациентов под действием кортикостероидов и иммунотерапии регресс «старых» келоидов достигал 60–75%. Они становились значительно меньше, более мягкой консистенции, но цвет существенно не меняли. После предоперационной подготовки, иссечения и послеоперационной терапии рецидива келоида не наблюдали, а послеоперационный рубец соответствовал косметическим требованиям.

Для иллюстрации нами приводится клинический пример.

Больная Б., 16 лет, обратилась декабре 2014 г. в Клинику ЧГМА на консультацию по поводу психоэмоционального дискомфорта, вызванного большим келоидным рубцом в верхнем отделе ушной раковины справа. Из анамнеза заболевания установле-

но, что девушке в г. Улан-Удэ 11 месяцев назад выставлен диагноз «врожденная деформация правой ушной раковины (торчащие уши)» и проведена косметическая корригирующая операция. Послеоперационный период осложнился воспалительным процессом, а заживление раны завершилось образованием келоидного рубца. При объективном исследовании отмечено, что в области верхнего отдела завитка ушной раковины справа имеется безболезненное образование цианотично-бурого цвета, плотной консистенции, размером 2,5х2,0 см. Под его тяжестью верхний отдел правой ушной раковины опущен и деформирован. Диагноз: келоидный рубец правой ушной раковины.

Больной под инфильтрационной анестезией 2,0 мл 2%-ного раствора лидокаина в келоид введено 20 мг Кеналага. Через 3 недели у пациентки отмечено частичное размягчение рубца. С интервалом в 3–4 недели препарат вводили 4 раза (последняя инъекция в мае 2015 г.). В результате проведенного лечения келоид стал мягко-эластичной консистенции и несколько уменьшился в размерах (2,0х1,0 см). В связи с тем, что в дальнейшем не наблюдался регресс образования, больной проведена предоперационная подготовка с последующим иссечением келоидного рубца. После его удаления в верхнем отделе ушной раковины образовался дефект мягких тканей величиной 2,7х1,5 см, который был устранен пластикой местными тканями по Шимановскому. Послеоперационный период протекал без осложнений. После снятия швов больной назначено 10 сеансов фонофореза с мазью Контрактубекс. Через 9 месяцев после проведенного комплексного лечения в области ушной раковины справа виден тонкий, мягкий белесоватый рубец длиной 3 см, форма ушной раковины восстановлена полностью, больная удовлетворена эстетическим результатом.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что терапия келоидных рубцов, при всем многообразии методов лечения, требует комплексного и в то же время индивидуального подхода с учетом размеров и длительности их существования. Более того, представленные результаты показали, что наиболее эффективным является комплексный подход, состоящий из патогенетически обоснованных методов терапии, а также еще раз подтвердили мнение о том, что чем раньше начато лечение «молодых» келоидов, тем оно успешнее.

Литература

1. Аникин Ю.В. Профилактика и лечение послеожоговых и послеоперационных рубцов / Ю.В. Аникин, Н.Г. Кикория // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. – 2004. – №. – С. 35 – 36.
Anikin Yu.V. Prevention and treatment of postburn and postoperative scars / Yu.V. Anikin, N.G. Kikoriya // *Annals of plastic, reconstructive and esthetic surgery*. – 2004. – №4. – P.35 – 36.
2. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безруков, Т.Г. Робустова. – М.: Медицина, 2000. – Т. 2. – 488 с.
Bezrukov V.M. Guide to surgical stomatology and maxillofacial surgery / V.M. Bezrukov, T.G. Robustova. – M.: Medicine, 2000. – V. 2. – 488 p.
3. Белоусов А.Е. Рубцы как глобальная проблема пластической хирургии / А.Е. Белоусов // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. – 2004. – №4. – С. 41-42.
Belousov A.E. Scars as global problem of

plastic surgery / A.E. Belousov // *Annals of plastic, reconstructive and esthetic surgery*. – 2004. – № 4. – P.41 – 42.

4. Пинелис И.С. Рубцы – одна из основных проблем хирургии / И.С. Пинелис // *Забайкальский медицинский журнал*. – 2013. – №1. – С.28-32.

Pinelis I.S. Scars – one of the main problems of surgery / I.S. Pinelis // *Transbaikal medical magazine*. – 2013. – № 1. – P.28-32.

5. Пинелис И.С. Келоидные рубцы и их лечение / И.С. Пинелис // *Забайкальский медицинский журнал*. – 2013. – №2. – С.51-55.

Pinelis I.S. Keloid scars and their treatment / I.S. Pinelis // *Transbaikal medical magazine*. – 2013. – № 2. – P.51-55.

6. Пинелис И.С. Предоперационная подготовка больных, нуждающихся в восстановительных операциях челюстно-лицевой области / И.С. Пинелис, О.И. Ширко // *Вестник БГУ. Медицина и фармация*. – 2012. – №2. – С. 60 – 69.

Pinelis I.S. Preoperative preparation of the

patients for recovery operations of maxillofacial area / I.S. Pinelis, O.I. Shirko // *TSU Bulletin. Medicine and pharmacy*. – 2012. – № 2. – P.60-69.

7. Саидахмедов С.С. Некоторые вопросы местно-пластических операций челюстно-лицевой области на различных этапах ее оказания / С.С. Саидахмедов, А.С. Бабаджанов, Б.Т. Нормакматов // *Новое в стоматологии*. – 2003. – № 8. – С. 46 – 48.

Saidakhmedov S.S. Some questions of local plastic surgeries of maxillofacial area at its various stages / S.S. Saidakhmedov, A.S. Babadzhanov, B.T. Normakhmatov // *New in dentistry*. – 2003. – № 8. – P.46 – 48.

8. Ширко О.И. Применение Эпсорина у больных, нуждающихся в пластических операциях / О.И. Ширко, И.С. Пинелис, Б.М. Кершенгольц // *Забайкальский медицинский вестник*. – 2006. – № 3. – С.7-11.

Shirko O. I. Epsorin's use in patients for plastic surgeries / O. I. Shirko, I.S. Pinelis, B. M. Kershengolts // *Transbaikal medical bulletin*. – 2006. – № 3. – P.7-11.

Э.В. Баширов, Н.И. Дуглас

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОККЛЮЗИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК ЭТАП ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

УДК 618.14-006.36:616.137.73

В сравнении с изолированной лапароскопической миомэктомией сочетание вмешательства с этапом окклюзии маточных артерий (МА) сокращает длительность вмешательства и интраоперационную кровопотерю, неблагоприятную клиническую симптоматику у 93,7% женщин, имеет низкую частоту рецидивов миоматозного роста (за период наблюдения 12 мес. – 3,0%).

Высокая терапевтическая эффективность технологии лапароскопической окклюзии МА складывается из хорошего знания основ ангиологии и владения манипуляционными навыками, адекватным периоперационным ведением и комплексной реабилитацией после вмешательства.

Ключевые слова: миома матки, лапароскопическая окклюзия маточных артерий.

Compared to separate laparoscopic myomectomy, its combination with uterine arteries (UA) occlusion reduces the duration of the intervention, intraoperative blood loss and adverse clinical symptoms among 93,7% of women. It also has low myoma growth recurrence rate (during 12 months' observation period – just 3.0%).

High therapeutic effectiveness of UA laparoscopic occlusion consists of good knowledge of the basics of angiology, having manipulative skills, adequate perioperative management and complex rehabilitation after surgery.

Keywords: uterine fibroids, laparoscopic occlusion of uterine arteries.

Ухудшение репродуктивного здоровья женщин, связанное с наличием доброкачественной опухоли матки, риск утраты фертильности у нерожавших, вероятность рецидива миомы матки после органосохраняющих вмешательств – отдельные аспекты, которые указывают на актуальность внимания к заболеванию, выступающему тяжелым бременем не только для женщин, но и социума в целом.

Вопреки значительному прорыву в области технологий лечения миомы

матки (ММ) приоритет от радикальной гистерэктомии с несостоятельным слоганом «нет матки – нет проблемы» перешел к внедрению органосохраняющих эндоскопических и эндоваскулярных вмешательств, однако данные о преимуществах каждого из них остаются противоречивыми [3].

Проблемы современной репродуктивной хирургии – в отсутствии однозначных представлений о целесообразности, критериях отбора, показаниях и противопоказаниях, отдаленных результатах для обоснования выбора той или иной технологии лечения женщин с ММ. Вариабельны данные о восстановлении фертильности после миомэктомии, частоте осложнений и рецидивов заболевания.

Лапароскопический доступ, несмотря на несомненные достоинства,

остается современным вызовом для хирургов из-за необходимости совершенствования техники реконструктивно-пластических операций и ограничения интраоперационной кровопотери. При лапароскопической миомэктомии (ЛМ) серьезным и частым осложнением является неконтролируемое кровотечение, способы преодоления которого изучаются. Сокращение кровопотери крайне важно для минимизации негативного термического воздействия на миометрий, особенно у пациенток, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции.

Временное лигирование или клипирование внутренних подвздошных или маточных артерий (МА) с последующим устранением «стриктуры» сопряжены с рядом недостатков: операции длительны, технически сложны, ране-

БАШИРОВ Эдуард Владимирович – к.м.н., Базовая акушерско-гинекологическая клиника Кубанского ГМУ МЗ РФ, edikbashirov@rambler.ru; **ДУГЛАС Наталья Ивановна** – д.м.н., акушер-гинеколог, зав. кафедрой ФПОВ МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, nduglas@yandex.ru.