

Реферат на тему.: Виды кожных рубцов

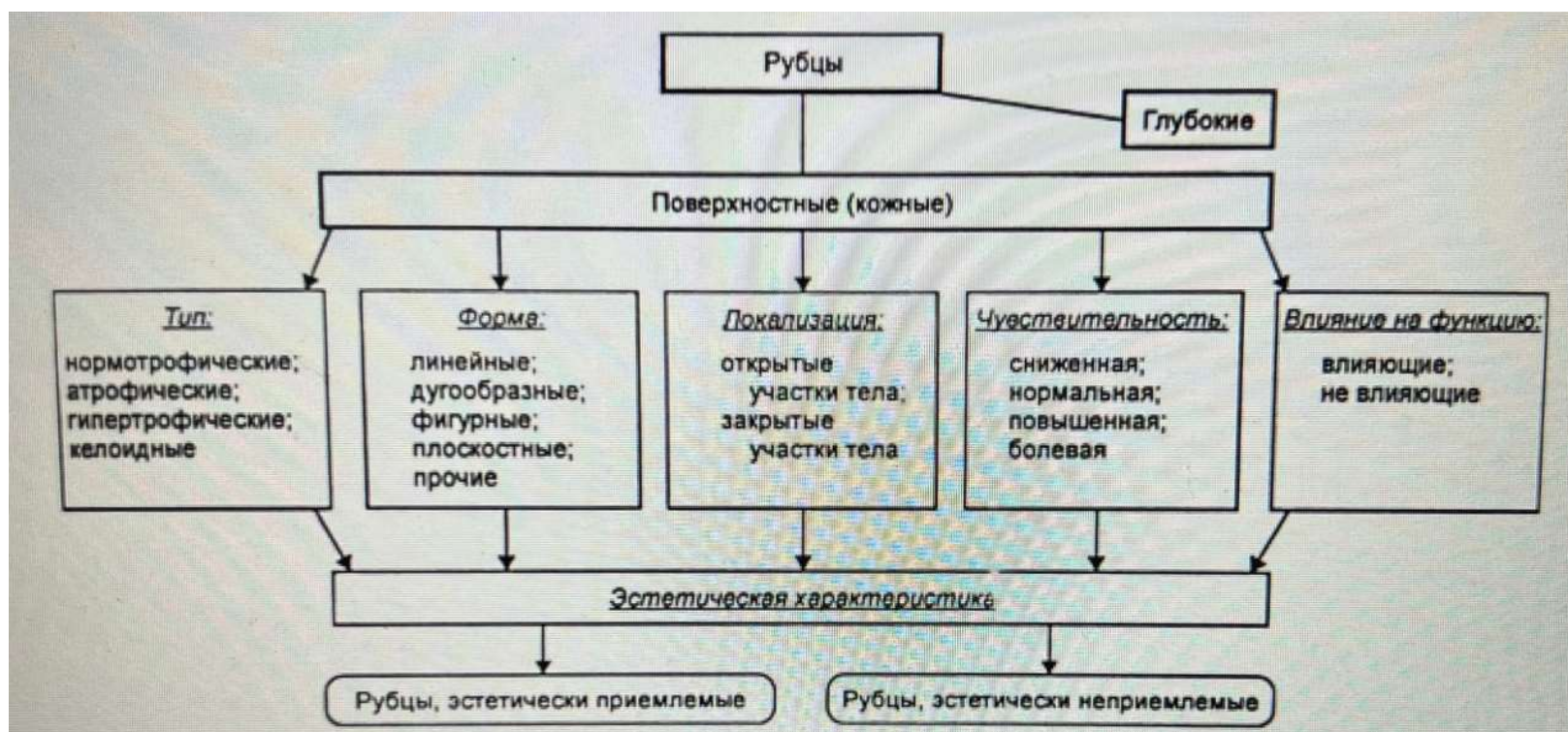
- Выполнил.: Стенькин Р.В.

Что же такое рубец ?

- Рубец — это новообразованная соединительная ткань на месте поврежденной кожи и более глубоких тканей
- Рубцы образуются вследствие:
 - Травм
 - хирургических разрезов
 - изъязвленияряда кожных высыпаний (папул, бугорков, узлов и др.)

Классификация рубцов

- -Поверхностные (кожные)
- -Глубокие (внутренние)
- В зависимости от длительности процесса
 - Свежие – до 2х месяцев
 - Зрелые-от 2 до 12 месяцев
 - Старые -более 1 года



Нормотрофический и атрофический рубец

- Нормотрофический рубец располагается на уровне кожи
- Атрофический рубец находится ниже уровня кожи
- По клинической характеристике это — оптимальные рубцы, которые практически не изменяют общий рельеф поверхности кожи, имеют бледный цвет, нормальную или сниженную чувствительность и близкую к нормальным тканям эластичность.

Нормотрофический
рубец



Атрофический рубец



Гипертрофический рубец

- выступает над уровнем кожи. Он указывает на активный синтез волокнистых структур в новообразованной соединительной ткани
- Гипертрофический рубец содержит зрелую соединительную ткань!
- является следствием влияния двух основных факторов: 1) избыточной реакции соединительной ткани на травму, 2) относительно неблагоприятных условий заживления раны.



Келоидный рубец

- выступает над уровнем кожи и характеризуется активным периферическим ростом, особенно после его иссечения, и субъективными ощущениями (зуд, парестезии, болезненность). Келоидные рубцы представляют собой бесконтрольную доброкачественную пролиферацию соединительной ткани • в месте повреждения кожи



Келоидные рубцы

- Клиника Вид: плотное опухолевидное соединительнотканное образование
- Цвет: розовый, красный или синюшный
- Форма: различная, с блестящей гладкой поверхностью
Имеется период активного роста: краевая зона келоидов наиболее яркая, хорошо заметны соединительнотканые выросты («клешни рака»), захватывающие ранее здоровые участки кожи (основное отличие от гипертрофических рубцов) Зоны повышенного риска: мочки ушных раковин, шея, грудь, спина Зоны, где келоиды отсутствуют: кожа век, гениталий, ладоней, подошв

Дифф.диагностика гипертрофических и келоидных рубцов

Гипертрофические

Развивается вскоре после операции или травмы

- После заживления незначительно увеличиваются в размерах
 - Могут уменьшаться в течение 1-2 лет
 - Никогда не выходят за границы раны
 - Можно взять кожу с рубцом в складку
 - Эпизодически зудят
 - Имеют небольшую бугристость
 - Не слишком плотные
- Исчезают после хирургического лечения

Келоидные

- Через несколько недель или месяцев
 - Быстро увеличиваются в размерах
 - Почти никогда не уменьшаются
 - Распространяются за пределы раны
 - Невозможно взять кожу с рубцом в складку
 - Зудят практически постоянно
 - Имеют выраженную бугристость
 - Очень плотные
- Рецидивируют после хирургического лечения

Виды лечения рубцов

- Хирургический метод- Иссечение рубцов с последующим сшиванием краев раны направлено на получение более тонкого рубца и может быть выполнено в трех вариантах: 1) простое иссечение; 2) создание дубликатуры рубца; 3) замещение рубцово-измененных тканей полноценным кожным лоскутом

Консервативные методы-

- Криотерапия жидким азотом.
- Поверхность рубца обрабатывают жидким азотом, в результате чего развивается некроз выступающей части рубцовых тканей. Поверхность обрабатывают до появления пузыря, что указывает на достаточно глубокое воздействие. После эпителизации образовавшейся раны процедуру повторяют. Этот способ дает хорошие результаты при молодых келоидных и гипертрофических рубцах, однако он менее эффективен при старых рубцах

- Лазертерапия. Основным достоинством С O₂ -лазера является минимально е травмирование окружающих тканей. При применении лазера образуется минимально е количество некротических тканей, в результате чего образуется и меньший по объему рубец

- Инъекции стероидов. Наибольшее распространение в последнее время получили такие препараты, как триамцинолон (Кеналог-40) и суспензии гидрокортизона ацетата. Инъекции проводят курсами по 3—5 сеансов, между которыми делают перерыв 7—10 сут. Перед введением стероида мягкие ткани, окружающие рубец, инфильтрируют 0,5% раствором лидокаина. Под действием гормонотерапии рубец становится мягким, его объем значительно уменьшается. Однако в некоторых случаях через несколько месяцев после завершения курса лечения рост келоидного рубца возобновляется.

- Применение силиконовых пластин
- использование силиконовых пластин(эпидерм) возможно лишь в тех случаях, когда рубец расположен в анатомической зоне, имеющей плоскую неизогнутую поверхность, не подвергающейся деформации при движениях.

Особенности иссечения келоидного рубца

- 1) оперативное вмешательство надо проводить так, чтобы на собственно кожу не воздействовать никакими инструментами;
- 2) инфильтрацию тканей раствором анестетика проводят так, чтобы точки вкалывания иглы располагались на тех участках кожи, которые будут удалены; у людей, склонных к келоидозу, вкол иглы делают только по линии будущего разреза; 3) разрез выполняют острым скальпелем на глубину подкожного слоя одним движением, чтобы плоскость разреза дермы была максимально гладкой;
- 4) резать кожу ножницами запрещается;
- 5) при препаровке краев раны их поднимают крючками только за слой подкожной жировой клетчатки;
- 6) сшивать рану можно только тогда, когда удастся легко свести ее края;
- 7) при невозможности ушить рану в линию применяют свободную пересадку кожи;
- 8) дополнительные разрезы для пластики лоскутами на питающей ножке не рекомендуются;
- 9) узловые швы на кожу накладывать запрещается, применяется только непрерывный подкожный шов;
- 10) в послеоперационном периоде необходима иммобилизация тканей в зоне вмешательства; 11) через 1 мес после операции начинают курс инъекций кеналога, после завершения которого приступают к наружному применению пластин «Эпидерм»

Список литературы

- 1. Болховитинова Л А., Павлова М.И. Келоидные рубцы.— М.: Медицина, 1977.— 131 с. 2. Долгушин И.И., Эберт Л.Я., Лифшиц Р.И. Иммунология травмы // Свердловск: Изд-во Уральск. Ун-та, 1989.— 187 с. 3. Золтан Я. Cicatrix optima // Будапешт Академия наук Венгрии, 1974.—175 с. 4. Лимберг АА. О закрытии местной пластикой изъянов кожи // Хирургия.— 1939.— № 8 — С. 140—142. 5. Михсльсон Н.М. Рубцы кожи после ожогов и ранений и борьба с ними // М., 1947.— 120 с. 6. Фришбсрг И А. Косметические операции на лице // М.: Медицина, 1984.— 208 с. 7. Шимановский Ю.К. Операции на поверхности человеческого тела // Киев: Врач, издат., 1865. 8. David R. Stephens, M.D. Scars and Scars // Reoperative Aestheti c & Reconstructiv e plastic surgery / Ed. by J.C.Grotting.— Vol. 2.