



А.В. Головкин, А.В. Веретельник, Н.Ю. Резниченко

Сравнительная характеристика диатермокоагуляции и криодеструкции в лечении доброкачественных новообразований кожи

Запорожский государственный медицинский университет

Ключові слова: новоутворення шкіри, діатермокоагуляція, криодеструкція.

Ключевые слова: новообразования кожи, диатермокоагуляция, криодеструкция.

Key words: neof ormation, diat ermocoagulation, criodestruction.

У статті визначено чинники підвищення захворюваності на доброякісні утворення шкіри. Ефективність двох методів мікрохірургії новоутворень шкіри вивчена в порівнянні. Встановлено, що застосування діатермокоагуляції для видалення новоутворень, у порівнянні з методом криодеструкції, дозволяє отримати кращі косметичні результати, пришвидшити термін загоєння, уникнути ускладнень.

В статті определены причины повышения заболеваемости доброкачественными заболеваниями кожи. Эффективность двух методов микрохирургии новообразований изучена в сравнении. Установлено, что применение диатермокоагуляции для удаления новообразований кожи, в сравнении с методом криодеструкции, позволяет получить лучшие косметические результаты, ускорить срок заживления, избежать осложнений.

The causes of morbidity of non-malignant skin neof ormation have been determined in the article. The efficiency of two methods of microsurgery of skin neof ormation has been studied. It has been fixed, that the use of diat ermocoagulation for skin neof ormation has better cosmetics results, than criodestruction, reduces the time of regenerative process, prevents complications.

Доброкачественные новообразования кожи в последние несколько десятилетий являются одной из актуальных проблем не только онкологов и дерматовенерологов, но и работников популярной в последнее время сферы косметологии [1–3]. В настоящее время отмечается стремительный рост количества пациентов с доброкачественными новообразованиями кожи, что связано с рядом причин:

- проживание в условиях промышленно загрязненных регионов;
- расширение спектра разрешенных к использованию новых химических соединений;
- гигиенических и косметических средств;
- пищевые продукты, содержащие стабилизаторы, эмульгаторы, консерванты и др.;
- пестициды, нитраты, стимуляторы роста и др. применяемые в сельском хозяйстве;
- бесконтрольная продажа медикаментов населению;
- непрофессиональное оказание косметических услуг;
- чрезмерное ультрафиолетовое облучение;
- появление новых и мутация старых штаммов ВПЧ;
- действие вышеперечисленных факторов на плод в перинатальный период.

Наиболее известными доброкачественными новообразованиями кожи являются [4–5]:

- невусы: пигментные невусы, приобретенные невоклеточные невусы, галоневус, голубой невус, невус Шпиц, лентиго, пятнистый невус, монгольское пятно, невус Оты;
- сосудистые новообразования: капиллярная гемангиома, пламенеющий невус, кавернозная гемангиома, старческая гемангиома, венозная гемангиома,

паукообразная гемангиома, ангиокератома, телеангиэктатическая гранулема, гломангиома;

- кисты: эпидермальная киста, волосяная киста, имплантационная киста, синовиальная киста, милюм;
- новообразования эпидермиса, дермы и придатков кожи: старческая кератома, кератоакантома, дерматофиброма, гипертрофические и келоидные рубцы, мягкая фиброма, трихоэпителиома, сириngoма, гиперплазия сальных желез, липома, невус сальных желез.

Наиболее часто встречаются доброкачественные образования – папилломы кожи, старческие кератомы, вирусные бородавки, внутриэпидермальные невоклеточные невусы, которые составляют до 50% опухолей мягких тканей [6]. Данные новообразования в современной дерматокосметологии наиболее часто подлежат микрохирургическим методам удаления: диатермокоагуляции или криодеструкции [7].

Диатермокоагуляция – бескровный оперативный метод, при котором под влиянием высокой температуры происходит коагуляция всех слоев сосудистой стенки, свертывание крови, тромбирование, что предотвращает кровотечение и распространение инфекции. Прижигание нервных окончаний делает вмешательство малоболезненным и устраняет послеоперационные боли.

Криодеструкция – косметическая процедура удаления новообразований кожи с помощью жидкого азота при низких температурах (от -100° С до -180°С), вызывающих разрушение, гибель и отторжение патологической ткани с последующей регенерацией обработанного участка.

Цель работы

Проведение сравнительной характеристики эффективности диатермокоагуляции и криохирургии.

Пациенты и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 35 человек в возрасте от 14 до 76 лет (мужчин – 5, женщин – 30) с разнообразной локализацией доброкачественных образований кожи.

У обследованных пациентов отмечались: мягкая фиброма – у 4-х человек, старческая кератома – у 12-ти, папилломы – у 10-ти, вульгарные бородавки – у 4-х, остроконечные кондиломы – у 3-х, подошвенные бородавки – у 2-х.

Диагноз устанавливался на основании клинической картины патологического новообразования и тщательно собранного анамнеза. При необходимости удаленные участки отправлялись на гистологическое исследование.

Пациенты были безвыборочно распределены на две группы: первая группа – 20 человек, у которых деструкцию новообразований проводили путём диатермокоагуляции, вторая подгруппа – 15 человек, удаление новообразований у которых проводили путём криодеструкции. По анамнестическим и клинико-лабораторным показателям группы не отличались.

Электрокоагуляцию проводили аппаратом для высокочастотной электрокоагуляции ДТС-2 с электродами соответствующего размера под местным обезболиванием ультракаином. Перед процедурой кожу обрабатывали раствором антисептиков.

При удалении новообразований на «ножке» (папилломы, фибромы) вначале коагулировали «ножку», затем элемент срезали ножницами и основание его снова коагулировали меньшей силой тока. Элементы, расположенные на широком основании или непосредственно исходящие из кожи, для получения лучшего косметического эффекта коагулировали послойно, удаляя при этом некротические массы, выравнивая края электродом, ножницами, тупым скальпелем до уровня окружающей кожи. Поверхность коагулированного участка обрабатывали 5% раствором перманганата калия. Заживление происходило в течение 8–10 дней. При этом, кожу вокруг оперированной области обрабатывали 2% раствором хлоргексидина биглюконата, а образовавшуюся корочку в течение 3–4 дней смазывали 5% раствором перманганата калия. Плотная сухая корка обеспечивала хорошую эпителизацию и гарантировала профилактику присоединения вторичной инфекции. Через 10–12 дней она самопроизвольно отпадала и на месте бывшего элемента оставалось гладкое розовое пятно, которое со временем приобретало цвет нормальной кожи.

Результаты и их обсуждение

У 18 (90,0%) пациентов первой группы во время лечения получены удовлетворительные результаты. У двоих возникла необходимость дополнительного коагулирования неровностей, т.к. у них осталось углубление с неровными кратерообразными краями. Коагуляцию краев повторили через 2 месяца. При осмотре через 6 месяцев отдалённые позитивные косметические результаты от-

мечены у 17 пациентов (85,0%); у 3 (15,0%) пациентов – незначительные гладкие и блестящие нежные втянутые рубцы и депигментация кожи.

Пациентам второй группы новообразования удалялись путём криодеструкции. Перед процедурой кожа обрабатывалась растворами антисептиков. Лечение проводили с помощью криоаппликатора без предшествующего обезболивания. Оценку лечения проводили по срокам появления сухой корки и краевой эпителизации.

Время экспозиции составляло от 10 до 30 секунд в зависимости от размеров новообразований и их локализации. Через 2–3 часа после криодеструкции наблюдалось образование пузырей с серозно-геморрагическим содержимым, по форме и размерам соответствующих площади рабочей поверхности криоаппликатора. После их образования место криодеструкции обрабатывали 5% раствором перманганата калия. Отек сохранялся до 2–3 суток. Образование сухой корки отмечалось на 4–5 сутки. Время эпителизации раневой поверхности составляло 10–12 суток. Хороший косметический эффект получен у 9 (60%) пациентов. У одного больного с подошвенной бородавкой и двух пациентов с мягкими фибромами возникла необходимость повторного удаления образования, а также у 1 пациента с остроконечными кондиломами возник рецидив заболевания через 11 дней после криодеструкции. Этому пациенту повторили криодеструкцию с одномоментным назначением препарата израильской компании Тева (по 2 таблетки 3 раза в день в течение 2 недель). «Изоопринозин» обладает выраженным противовирусным и иммуномодулирующим действием, один из немногих препаратов, действующих на папилломовирус человека. После криодеструкции синильных кератом у 2 пациентов сформировались атрофические втянутые рубцы, соответствующие размерам первоначального образования.

Выводы

Из полученных результатов видно, что диатермокоагуляция доброкачественных образований кожи не вызывает выраженной воспалительной реакции и кровотечения, позволяет сократить сроки заживления, избежать осложнений и получить хорошие косметические результаты. Наличие рецидивов, осложнений в виде атрофических рубцов и депигментации кожи, болезненность во время проведения процедуры, ограничивают возможность использования криодеструкции. При наличии крупных образований, таких как подошвенные бородавки и мягкие фибромы, а также поверхностных образований большой площади поражения типа синильных кератом, удаление в пределах эпидермиса требует от врача подбора точного времени экспозиции азота, однако метод криодеструкции не требует обезболивания, может быть способом выбора при множественных образованиях на обширных участках тела больного.

Перспективы дальнейших исследований. Получен-

ные результаты позволяют рекомендовать проведение дальнейшего сравнительного исследования диатермо-

коагуляции с другими методами микрохирургии доброкачественных новообразований кожи.

Литература

1. Дерматология по Томасу Фитцпатрику: атлас / К. Вулф, Р. Джонсон, Д. Сюрмонд и др.: пер. с англ. Е.А. Окишевой, А.В. Снеговской, Е.Р. Тимофеевой. – М.: Практика, 2007. – 1248 с.
 2. Кожные и венерические болезни: пособие к курсу практических занятий / ред. Е.В. Соколовский. – СПб.: Фолиант, 2006. – 484 с.
 3. Дерматоонкология / ред. Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочков, Ю.В. Сергеев. – М.: Медицина для всех, 2005. – 872 с.
 4. Дерматовенерология: навчальний посібник для лікарів і лікарів-інтернів / В.П. Федотов, А.Д. Дюдюн, В.І. Степаненко та ін. – Дніпропетровськ: СВИДЛЕР А. Л., 2008. – 600 с.
 5. Беренбейн Б. Опухоли кожи. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей / Б.А. Беренбейн, А.М. Вавилов / ред. Ю.К. Скрипкин, В.Н. Мордовцев. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 569–635.
 6. Дубенский В. Новообразования кожи в практике дерматовенеролога / В.В. Дубенский, Р.В. Редько, А.А. Гармонов / ред. В.В. Дубенский. — Тверь: Триада, 2002. — 148 с.
 7. Ламоткин И. Структура обращаемости пациентов с опухолями кожи и их диагностика в консультативно-диагностическом центре ВГКГ им. Н.Н. Бурденко / И.А. Ламоткин, О.Г. Капустина, Е.В. Мухина // Амбулаторная хирургия. – № 2 (30). – 2008. – С. 12–16.
-

Сведения об авторах:

Головкин А.В., к. мед. н., ассистент каф. дерматовенерологии с курсом косметологии ФПО ЗГМУ.

Веретельник А.В., к. мед. н., доцент каф. дерматовенерологии с курсом косметологии ФПО ЗГМУ.

Резниченко Н.Ю., к. мед. н., ассистент каф. дерматовенерологии с курсом косметологии ФПО ЗГМУ.

Адрес для переписки:

69063 г. Запорожье, ул. Кирова, 67, ЗОККВД, кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ФПО ЗГМУ.

Тел.: (067)7362900.
