



КОДЯКОВ
Алексей Александрович
Зав. отделением косметологии
Клиники доктора Груздева,
г. Санкт-Петербург



ФЕДОРОВ
Павел Георгиевич
Зав. отделением пластической
хирургии клиники «БалтМед»,
г. Санкт-Петербург

Поздние осложнения нитевых методов с затяжным течением

АБСТРАКТ. Статья посвящена поздним осложнениям нитевых методов, требующим длительного лечения. Основной причиной затяжного течения рассматриваемой патологии авторы считают воспаление инфекционной природы и приводят клинические случаи, иллюстрирующие данное положение. Они предлагают подходы к лечению и профилактике инфекционно-воспалительных осложнений, а также их последствий, часто проявляющихся деформацией кожи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: поздние осложнения нитевых методов, инфекционно-воспалительные осложнения нитевых методов, затяжное течение осложнений, лечение рубцов, удаление нити

О влиянии поздних осложнений на конечный исход и продолжительность результата эстетической коррекции пишут мало. Специалистов, которые бы умели их диагностировать и корректировать, не хватает. Тема сложная, не отслеженная, но очень актуальная при всех типах старения лица [1, 2]. Приступим к ее обсуждению, акцентируя внимание на затяжных патологических процессах.

Не все поздние осложнения имеют затяжной характер, некоторые удается быстро купировать без каких-либо неблагоприятных последствий для пациента. Приведем клинический случай.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 1

Пациентка П., 68 лет, обратилась за медицинской помощью в связи с выходом нити в полость рта. Год назад она прошла процедуру подтяжки овала лица полипропиленовыми образцами, неделю назад, после имплантации зуба, почувствовала покалывание во рту и обнаружила нить рядом с имплантатом. Предположив, что стоматолог забыл снять шов, пациентка вновь пришла к нему на прием. Когда врач потянул за нить, пациентка ощутила натяжение в околоушной области. Стало понятно, что нить косметологическая.

При осмотре нашими специалистами был выявлен выход концевой участка нити в полость рта (рис. 1). Выступающий участок удалили, пациентка повторно не обращалась.

Приведенный случай позднего осложнения очень редкий, с нетипичной локализацией. Это не помешало излечению пациентки за короткий срок, поскольку не произошло присоединения инфекции. При проникновении микробов в нитевой канал события могут развиваться по иному сценарию, что иллюстрирует следующий клинический случай.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 2

Пациентка Г., 44 года, прибыла на осмотр в связи с рубцовой деформацией лица. Четыре года назад в сторонней клинике ей были установлены рассасывающиеся армирующие и биостимулирующие нити



РИС. 1. Выход концевой участка нити в полость рта

из полидиоксанона. После имплантации появились воспалительные элементы в области габеллы, носогубных складок и подбородка. В течение 3 лет они преобразовались в хронические раны (**рис. 2А**).

Пациентку безуспешно лечили врач общего профиля, челюстно-лицевой хирург и пластический хирург, затем она обратилась к нашим специалистам. В результате проведенной терапии через 1,5 мес хронические раны затянулись. Однако в тканях остались нерассосавшиеся фрагменты нитей, в связи с чем были проведены мероприятия по профилактике рецидива осложнения. В дальнейшем на лице пациентки сформировались гипертрофические рубцы (**рис. 2Б**).

Причина рубцовой деформации лица — длительно текущее воспаление с поражением глубоких слоев кожи. Методы лечения таких рубцов широко освещены в литературе [3, 4]. Процедуры аналогичны тем, что применяют при ожоговых рубцах и поставке — мезотерапия, электрофорез, ультразвуковая терапия, буки-терапия, введение ферментных препаратов, лазерная терапия и другие.

Пациентка дала согласие пройти лишь процедуры лазерной шлифовки кожи, не требующие частого посещения врача. В связи с отсутствием у нее келоидных рубцов данный изолированный метод оказался для нее подходящим. На **рис. 2В** пациентка представлена через месяц после первой лазерной обработки кожи. В зонах воздействия видны воспалительные проявления, имеются корки. Для достижения приемлемого результата ей предстоит пройти несколько процедур лазерной шлифовки с интервалом не менее одного месяца.

В следующем схожем по течению клиническом случае потребовались иные методы лечения.

Кожные высыпания наблюдаются у 0,2–20,4% пациентов с коронавирусной инфекцией и характеризуются большим разнообразием. В ряде случаев поражение кожи и слизистых является единственным проявлением ковида при бессимптомном течении.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 3

Пациентка О., 62 года, обратилась к врачу в связи с дермальным заломом на левой щеке. В сторонней клинике 11 мес назад ей были установлены монофиламентные армирующие нити из полидиоксанона веерным методом. Через 3 нед на концевых участках образцов возникло воспаление, образовались абсцессы (**рис. 3А**). Наши специалисты удалили нити (**рис. 3Б**). Через 6 сут воспаление стало стихать (**рис. 3В**). В течение последующих 10 мес под кожей в зоне воздействия сформировались фиброзные элементы, на поверхности кожи усилился сосудистый рисунок. Его сгладдили с помощью 2 процедур фототерапии. Подкожные уплотнения устранили с помощью ферментных препаратов — лонгидазы и ферменкола. В результате уменьшения объема ткани появился дермаль-

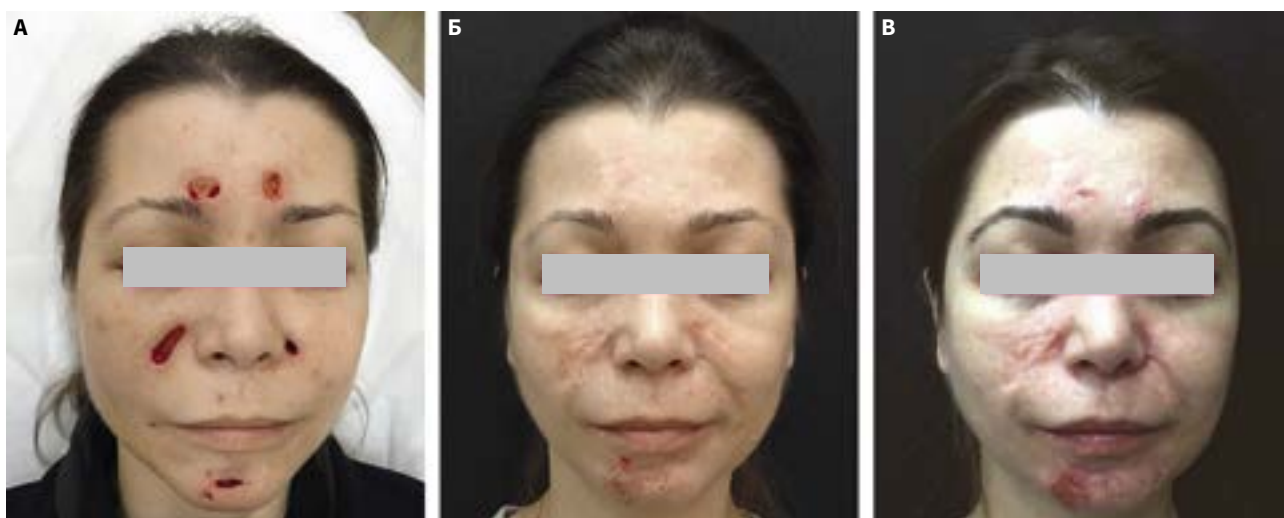


РИС. 2. Позднее инфекционно-воспалительное осложнение нитевых методов и его последствие: А — хронические раны в области лица через 3 года после имплантации нитей; Б — рубцовая деформация лица через 8,5 мес после лечения ран; В — воспалительные проявления через 1 мес после первой процедуры лазерной шлифовки кожи



РИС. 3. Динамика лечения позднего инфекционно-воспалительного осложнения: А — абсцессы через 11 мес после установки нитей; Б — сразу после удаления нитей, из точек прокола вытекает гнойное содержимое; В — через 6 сут после удаления нитей, воспаление стихает; Г — через 10 мес после удаления нитей, применены ферментные препараты, стрелкой указан дермальный залом

ный залом (**рис. 3Г**). Область впадины заполнили филлером.

В нашей практике, кроме приведенных клинических случаев, встречались и другие виды осложнений нитевых методов с затяжным течением, все они были связаны с проникновением инфекции в нитевой канал.

ДРУГИЕ ВИДЫ ОСЛОЖНЕНИЙ С ЗАТЯЖНЫМ ТЕЧЕНИЕМ

Несколько пациентов обратились к нам по поводу воспаления после установки плетеных нитей. Врачи сторонних клиник проводили им антибиотикотерапию, однако после временного улучшения воспалительный процесс всегда рецидивировал. Наши специалисты в таких случаях удаляют нити, после чего рецидивы прекращаются. Для профилактики осложнений они перед установкой замачивают плетеные образцы в бетадине.

Другая разновидность рецидивирующего воспаления была связана с попаданием волоса в нитевой канал. Пациенты сообщали о прохождении курсов антибиотикотерапии по рекомендации лечащего врача. По окончании каждого курса происходило стихание процесса на 2–3 нед, затем симптоматика возвращалась. За время лечения у некоторых пациентов формировался свищ. Наши врачи удаляли им концевой участок нити с волосом, и воспаление прекращалось.

Среди поздних осложнений встречается и патология неинфекционной природы: втяжение кожи в связи с некорректной имплантацией, контурирование нити, миграция, срыв с точки фиксации, асимметрия [5]. Приведенные состояния не склонны к затяжному течению и находятся за рамками обсуждаемой темы.

К отдельной категории можно отнести случаи с неустановленным диагнозом, в которых роль инфекционного агента остается недоказанной. Приведем пример.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 4

Пациентка Ш., 42 года, обратилась за медицинской помощью в целях удаления нитей. Четыре месяца назад в сторонней клинике прошла процедуру армирования лица изделиями из полидиоксанона с насечками. Через 1 мес возникли болезненные уплотнения сначала на шее, затем на лице. По ночам происходили скачки температуры тела, пациентку беспокоила сильная потливость.

В течение последующих 3 мес обращалась к различным специалистам — врачу общего профиля, челюстно-лицевому хирургу, пластическому хирургу, нескольким инфекционистам. Был проведен ряд исследований. С помощью УЗИ установили, что уплотнения на лице и шее являются скоплениями жидкости. По анализам крови выявили такие отклонения от нормы, как высокая СОЭ, умеренный лейкоцитоз, повышенное содержание С-реактивного белка.

Этих сведений оказалось недостаточно для диагностики, и врачи каждый раз приступали к лечению наугад. Провели микрофоковую терапию и несколько курсов лекарственной терапии. Использовали авелокс, цефиксим, таваник, лонгидазу, дексаметазон, дипроспан. Эпизодически наступало улучшение, затем симптоматика стремительно возвращалась.

Произвели попытку удаления нитей, но в связи с фрагментацией смогли удалить лишь концевой участок у края нижней челюсти. Челюстно-лицевой хирург предложил удалить подкожные образования классическим методом в условиях стационара, сообщив пациентке о риске формирования рубцов. Она отказалась и обратилась к нашим специалистам.

При осмотре: под кожей щеечно-скуловой зоны, подбородка и в области шеи — округлые образования плотной консистенции, диаметром 1–4 см, возвышающиеся над поверхностью кожи, умеренно болезненные при пальпации. Слабовыраженная гиперемия прилегающих участков кожи (**рис. 4**).



РИС. 4. Уплотнения неясного генеза под кожей через 1 мес после установки нитей

При наличии в зоне воспаления биodeградируемых изделий придерживаются следующего принципа: чем дольше образец находится в тканях, тем меньше показаний к его удалению. Если рассасывающаяся нить установлена более полугода назад, ее оставляют в тканях, поскольку попытка удаления приводит к фрагментации.

Такие клинические проявления не характерны для инфекционно-воспалительных осложнений нитевых методов. Однако патологический процесс мог быть спровоцирован имплантацией. Возможно и его самостоятельное развитие под воздействием иных факторов. Учитывая результаты анализа крови, нельзя исключать аутоиммунное заболевание. Дополнительные исследования провести не удалось: пациенты ждут от врача-косметолога эффективного лечения, а результаты анализов их интересуют гораздо меньше.

В процессе диагностики обсуждалась и возможная роль коронавирусной инфекции (COVID-19). В настоящее время известно, что кожные высыпания наблюдаются у 0,2–20,4% пациентов с коронавирусной инфекцией. В ряде случаев поражение кожи и слизистых является единственным проявлением COVID-19 при бессимптомном течении. Некоторые из дерматологических проявлений могут сохраняться более 5 мес [6].

Кожные проявления при COVID-19 характеризуются большим разнообразием [7, 8]. Наблюдающиеся при данной инфекции дерматологические синдромы подразделяются на 8 клинических групп [9]. На сегодняшний день диагностика данных проявлений при ковиде отработана недостаточно. Для правильной интерпретации и дифференциальной диагностики поражений кожного покрова при ковиде с другими инфекционными экзантемами и дерматозами требуется глубокий анализ [10].

В связи с неясным диагнозом наши специалисты при составлении плана лечения использовали полученные от пациентки сведения об эффективности ранее применявшихся методов. Двукратно выполнили внутримышечное введение дексаметазона, далее пациентку перевели на пероральный прием метипреда. На фоне гормональной терапии наступило улучшение, однако появилась легкая пастозность лица. Приступили к постепенному снижению дозы препарата. Через 1,5–2 мес предполагается произвести полную отмену метипреда. Попытались удалить

нерассосавшиеся фрагменты нитей, однако не удалось их обнаружить.

По окончании лечения роль инфекционного агента осталась недоказанной. Неясен и прогноз: есть вероятность того, что после отмены гормонального препарата произойдет рецидив.

Таким образом, практика показывает, что после установки нитей затяжные патологические процессы так или иначе бывают связаны с инфекцией и воспалением. Предложения по лечению и профилактике инфекционно-воспалительных осложнений нитевых методов нами изложены в прежних публикациях [11–13]. Обсуждены и отдельные аспекты поздних осложнений [14, 15]. Не будем повторять сказанное — акцентируем внимание на недостаточно освещенных вопросах. Начнем с процедуры удаления нитей.

УДАЛЕНИЕ НИТЕЙ

Процедуру выполняют по многим показаниям — в связи с некорректно установленной нитью, ее визуализацией, в целях обеспечения доступа пластическому хирургу, а также при развитии инфекционно-воспалительного осложнения. Последняя из перечисленных причин представляет наибольшую значимость в рамках рассматриваемой темы.

В обязательном порядке нити удаляют в следующих ситуациях:

- персистирующее воспаление;
- повторное воспаление;
- воспаление по ходу плетеного образца.

Тема удаления нитей широко освещена в литературе [16–18]. Однако практически во всех публикациях она представлена в общих чертах. В этой связи будет уместным наглядно изложить подход наших специалистов к выполнению данной процедуры (рис. 5).

Под местной анестезией выполняют следующие манипуляции:

- осуществляют прокол иглой инъекционной размером 18G в зоне бифуркации нити, раздвигают ткани (см. рис. 5А);
- вводят крючок в точку прокола (см. рис. 5Б). Наши врачи используют простерилизованный стальной крючок для вязания диаметром 0,8 мм;
- зацепляют нить (см. рис. 5В). Опускают ручку крючка, держа его бородкой вверх;
- фиксируют нить (см. рис. 5Г). Крючок проводят под нитью, не допуская соскакивания петли;
- извлекают срединный участок (см. рис. 5Д). Облегчают манипуляцию, массируя кожу по ходу нити;
- закрепляют зажим на нити (см. рис. 5Е). Предварительно крючок извлекают из петли;
- поочередно удаляют «плечи» образца, массируя кожу по их ходу (см. рис. 5Ж).

При наличии в зоне воспаления биодеградируемых изделий придерживаются следующего принципа: чем дольше образец находится в тканях, тем меньше показаний к его удалению. Если рассасывающаяся нить установлена более полугода назад, ее оставляют в тканях, поскольку попытка удаления приводит к фрагментации. Нередко врачи обособанно отказываются от удаления нитей ради сохранения достигнутого эстетического эффекта. В этом вопросе важен индивидуальный подход.

В борьбе с инфекционно-воспалительными осложнениями используют иммуномодуляторы, антибиотики и десенсибилизирующие средства, стремясь свести к минимуму риск затягивания патологического процесса. Если в области общей медицины их применение четко регламентировано, то для врачей-косметологов остается немало спорных проблем. Затронем некоторые дискуссионные вопросы по лекарственной терапии.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Тема профилактического использования **антибиотиков** после имплантации нитей скудно освещена в литературе. Встречающиеся рекомендации практически сводятся к одному — «принимать по назначению врача» [19–21]. Клинический опыт наших специалистов свидетельствует о том, что антибиотики целесообразно назначать лишь в следующих случаях:

- при кожных высыпаниях по соседству с зоной коррекции — таких, например, как акне на лбу при подтяжке нижней трети лица;
- при наличии хронических очагов инфекции (гайморит, аднексит, пиелонефрит и др.);
- при установке плетеных нитей.

В остальных случаях, если пациент здоров, профилактический прием антибиотиков после процедуры не требуется.

Иммуномодуляторы тимоген и тималин, давно используемые в общей медицине, пока не нашли широкого применения в косметологии. Практика борьбы с осложнениями инвазивных процедур показывает их эффективность при начальных признаках присоединения инфекции. Данные препараты целесообразно назначать:

- при гиперчувствительности к имплантируемому материалу;
- при аллергии к антибиотикам;
- при отсутствии необходимых антибиотиков;
- в дополнение к антибиотикотерапии.

Во втором описанном нами клиническом случае у пациентки после выздоровления появился зуд на месте заживших хронических ран. Ей был назначен