

Каримов Р.Ф., Кизюн Я.В., Букина Л.П.

# Междисциплинарный подход в коррекции грубых эстетических дефектов

В статье рассмотрены актуальные вопросы коррекции грубых эстетических дефектов, сопряженных с нарушениями функциональности. На примере клинических случаев показаны особенности тактики врача в зависимости от характера и локализации эстетической проблемы. Отражена значимость реабилитационных мероприятий — косметологических и физиотерапевтических процедур, психологической поддержки. Подчеркнута связь между восстановлением физического благополучия и качеством жизни пациентов

**Ключевые слова:** эстетическая коррекция, грубый эстетический дефект, послеоперационная реабилитация, физическое благополучие, качество жизни.

При заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни, качество жизни считают главной целью лечения пациентов [1]. Вопросам его улучшения посвящена деятельность обеих отраслей эстетической медицины — косметологии и пластической хирургии. Проблема качества жизни стоит особенно остро при наличии грубого эстетического дефекта, сопряженного с нарушением физического благополучия пациента.

Эстетическая коррекция несет в себе риски, часто неоправданные. Исключением могут быть ситуации, когда из-за дефекта внешности возникают проблемы со здоровьем [2]. Здесь требуется особый подход, основанный на радикальном устранении дефекта и скорейшем восстановлении после операции. Результат эстетической коррекции зависит не только от хирургических аспектов, но и от тактики ведения пациента в ходе реабилитации.

Операция и восстановительное лечение — два неразрывных и одинаково важных этапа для достижения положительного эффекта [3, 4]. Не следует ограничиваться работой пластического хирурга, особенно при наличии у пациента грубого эстетического дефекта. Для послеоперационной реабилитации такого пациента могут потребоваться специалисты смежных областей — реабилитолог, косметолог, психолог.

На примере клинических случаев проиллюстрируем типовые ситуации по рассматриваемому вопросу.

## КЕЛОИДНЫЙ РУБЕЦ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Пациент К., 25 лет. Обратился в связи с наличием рубца на мочке левого уха. Рубец приковывал внимание окружающих, что препятствовало нормальному общению. Он приносил и физические страдания: пациента беспокоили боли и зуд в области рубца, а при соприкосновении с головным убором появлялось ощущение раздражения. Рубец был удален (**рис. 1**).

В результате выполненной коррекции у пациента прекратились все неприятные ощущения, окружающие перестали переводить взгляд на ухо. Он вновь почувствовал себя нормальным человеком.

Учитывая объем вмешательства, в послеоперационный период ограничили использование специальной клипсы, прижимающей ткани в зоне рубца. При более обширных рубцах могут быть показаны вспомога-

### Каримов Рустем Фанильевич

Пластический хирург, заведующий центром, Центр пластической хирургии при клинической больнице РАН, Санкт-Петербург

### Кизюн Яна Васильевна

Пластический хирург, Центр пластической хирургии при клинической больнице РАН, Санкт-Петербург

### Букина Лиана Петровна

Врач-реабилитолог, Центр пластической хирургии при клинической больнице РАН, Санкт-Петербург



Рис. 1. Результаты удаления келоидного рубца в области мочки уха: А — до операции; Б — через 6 мес после операции

тельные лечебные процедуры. Так, Ю.Н. Сергеев и соавт. рекомендуют использовать компрессионные повязки, внутриочаговую гормональную терапию, физиотерапию. По данным авторов, такое лечение приводит к нормализации формы и функции органов лица, способствуя полноценной социальной реабилитации больных с восстановлением социального положения в обществе и в быту [5].

А.Г. Стенько после лазерного удаления рубцов предлагает принимать лекарственные препараты, стимулирующие регенерацию тканей [6]. Л.С. Круглова подчеркивает эффективность физических факторов в восстановительном лечении пациентов после пластических операций на мягких тканях кожи лица в раннем послеоперационном периоде. Она рекомендует применение импульсной магнитотерапии, низкоинтенсивного лазерного излучения, криотерапии, электромагнитных факторов, низкоинтенсивного поля УВЧ, микротоков, ультразвука и фонофореза гидрокортизона [7].

Пренебрежение реабилитацией — ошибочная позиция некоторых специалистов эстетической хирургии, которая во многом обусловлена недостаточным освещением темы послеоперационного ведения пациентов в СМИ. До настоящего времени не разработаны вопросы использования физиотерапевтических воздействий в соответствии с аспектами воспалительного процесса в целях повышения эффективности ранней реабилитации после эстетических операций, а также алгоритмы их применения [4].

Врач, составляющий схему лечения, во многом опирается на собственные знания и опыт коллег. Подбирая оптимальный режим воздействия для пациентов, перенесших инвазивное вмешательство, он основывается на двух противоположных принципах. С одной стороны, серьезная травма, нанесенная мягким тканям в процессе коррекции грубого эстетического дефекта, требует выполнения большого объема восстановительных процедур. С другой стороны, надо избегать чрезмерного воздействия на травмированные ткани.

При формировании келоидного рубца подвижность частей тела практически не нарушается. Снижение качества жизни в основном обусловлено болезненно-

стью, повышенной чувствительностью и зудом в области рубца. Сложнее ситуация у пациентов, имеющих большой избыток тканей в области живота, груди или конечностей.

## ПРОВИСАНИЕ ЖИВОТА

Пациентка М., 27 лет. Обратилась с жалобами на избыточные жировые отложения в области живота, которые не только приносили эстетический дискомфорт, но и затрудняли физическое функционирование. Кожно-жировая складка на животе мешала ходить, пациентка передвигалась с трудом.

Были выполнены липосакция (передней брюшной стенки, фланков) и абдоминопластика (рис. 2). При липосакции было удалено 3 л жировой ткани, при абдоминопластике — кожно-жировой лоскут массой 6 кг.

После абдоминопластики и липосакции в области живота эффективны лимфодренажные методы воздействия, способствующие быстрому регрессу интерстициального отека и воспаления, выведению продуктов распада [3]. Пациентке был проведен курс прессотерапии в режиме «лимфодренаж» (при средней силе сжатия) в два этапа. Первый этап включал 10 ежедневных 40-минутных сеансов прессотерапии нижних конечностей: для быстрого снятия отеков необходимо обеспечение нормального лимфооттока не только в зоне операции, но и в прилегающих зонах. На втором этапе в зону воздействия кроме нижних конечностей включили область туловища. Было выполнено 10 сеансов прессотерапии с интервалом 2–3 дня. Продолжительность сеанса составляла 40 мин (по 20 мин на каждую зону).



Рис. 2. Результаты эстетической коррекции передней брюшной стенки: А — до операции; Б — через 11 дней после операции

Необходимость усиленного режима воздействия в восстановительный период была обусловлена нанесением значительной травмы в процессе операции. При менее инвазивных вмешательствах достаточно выполнение 10 процедур прессотерапии, по два сеанса в неделю.

В поздний послеоперационный период (через 14 дней) для борьбы с отеками и для сокращения кожи в аналогичных случаях могут быть полезны такие воздействия, как микро-токовая терапия, LPG-массаж. Р.И. Курбанова и соавт. сообщают о положительном опыте применения после хирургической липосакции следующих процедур: магнитотерапии, УВЧ-терапии, лекарственного электрофореза и фонофореза, а также парафиновых аппликаций, грязевых аппликаций и подводного душа-массажа. У пациентов, получавших комплексное физиотерапевтическое лечение, авторы зарегистрировали сокращение сроков реабилитационного периода, уменьшение числа послеоперационных осложнений и более нежное рубцевание [8].

В связи с хорошей динамикой восстановления у нашей пациентки данные процедуры не потребовались. Ей были даны рекомендации по ношению компрессионного белья, ограничению физических нагрузок, защите от воды и солнечных лучей, диетическому питанию. Некоторым пациентам после аналогичного вмешательства рекомендуют спать с согнутыми ногами, соблюдать аккуратность при половой близости [9].

Оценивая результаты коррекции, пациентка заявила о радикальном изменении своей жизни. Ее больше не беспокоит дискомфорт при ходьбе, многие предметы гардероба вновь стали востребованными. Результат обнадежил пациентку — у нее появился стимул ограничить питание, заняться лечебной физкультурой.

Восстановление физического и психического компонентов здоровья оказались тесно связанными, сочетанно повлияв на качество жизни пациентки. Научные публикации в данной области единичны. Так, С.А. Плаксин и соавт. исследовали влияние эстетических оперативных вмешательств на качество жизни, ассоциированное с образом тела, у пациенток с локальными липодистрофиями [10]. В.В. Иванов проанализировал динамику качества жизни в отдаленные сроки после операции по поводу грыжи передней брюшной стенки [11]. Данный вопрос требует более глубокого изучения.

Учет вопросов психологии актуален и на других этапах взаимодействия пациента с пластическим хирургом. Перспектива операции беспокоит многих пациентов: одних смущает неопределенность, других настораживает беспомощность во время предстоящего наркоза. Врач должен заранее предупредить пациента о сложностях послеоперационного периода, чтобы впоследствии временные ограничения не стали для него неприятным сюрпризом. В послеоперационный период важна мотивация пациента к восстановлению. По мнению С.С. Татауровой и соавт., с «рисковой» группой пациентов эстетической хирургии необходима психологическая работа, предусматривающая участие клинического психолога [12]. После потери большого объема избыточных мягких тканей пациент должен поверить в свои возросшие возможности и пытаться их реализовать.

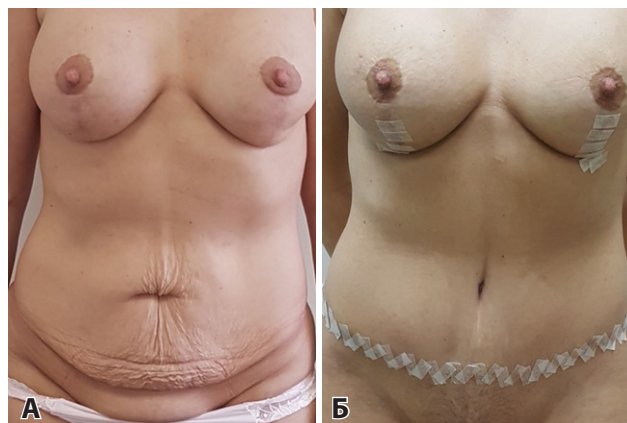


Рис. 3. Коррекция складок кожи, образовавшихся при резком снижении массы тела: А — до операции; Б — через 3 нед после операции

Самостоятельная борьба пациента с избыточной массой тела не всегда позволяет избежать процедур эстетической коррекции. Проиллюстрируем это на примере.

## БОЛЬШОЙ ИЗБЫТОК КОЖИ

Пациентка А., 45 лет. Обратилась в связи с избытком кожи в области передней брюшной стенки и бедер. В результате соблюдения строгой диеты она за короткое время потеряла 30 кг. Образовавшиеся при этом складки кожи не только выглядели непривлекательно, но и сковывали движения, вызывая неприятные ощущения при ходьбе. Ношение одежды сопровождалось чувством дискомфорта.

Были выполнены абдоминопластика, липосакция передней брюшной стенки, фланков и внутренней поверхности бедер, лифтинг бедер (рис. 3). Дополнительно проведена коррекция рубцов молочных желез.

В ранний послеоперационный период для снятия отеков проведено 10 сеансов прессотерапии нижних конечностей (ежедневно, продолжительность сеанса — 20 мин, режим — «лимфодренаж»). В поздний реабилитационный период в целях выравнивания рельефа кожи выполнено 20 сеансов LPG-массажа.

Пациентке предписано ношение компрессионного белья в течение 1,5 мес, а также прием антибиотика (амоксицилав) в течение пяти дней и противовоспалительного препарата (траумель С) в течение четырех недель. При боли — прием сильнодействующего анальгетика (кетонал, найз). Рекомендовано ограничение физических нагрузок, подъема тяжестей в течение 1 мес.

Период реабилитации прошел без осложнений. По его окончании пациентка сообщила, что она начала жить полной жизнью, носить любимую одежду, стала уделять больше внимания внешнему виду. Она вновь ощутила себя красивой и желанной, исчезли психологические комплексы. Вернулось чувство радости, которое уже давно было забыто.

Следующий клинический случай демонстрирует радикальное изменение качества жизни пациентки после устранения грубого эстетического недостатка в области бедер.



Рис. 4. Результаты коррекции проявлений липоматоза в области бедер: А — до операции; Б — через 1 год после операции

## РАЗРАСТАНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ БЕДЕР

Пациентка М., 50 лет. Обратилась с жалобами на избыточные жировые отложения в области бедер. Отмечала трудности при передвижении, дискомфорт в быту: «Очень тяжело ходить, не подобрать одежду».

Поставлен диагноз «липоматоз бедер». Выполнена липосакция бедер (рис. 4). Объем удаленной жировой ткани составил 7,5 л.

Для снятия отеков в ранний послеоперационный период проведено 10 сеансов прессотерапии (комбинезон, в режиме «лимфодренаж», ежедневно по 40 мин). Предложено ношение компрессионного белья в течение 1,5–2 мес с момента операции. Рекомендации по приему лекарственных препаратов — аналогично предыдущему клиническому случаю.

В результате выполненной коррекции бедра не только приобрели привлекательный внешний вид, но и перестали быть источником неудобств. По мнению пациентки, ее жизнь разделилась на «до» и «после». Болевые ощущения при ходьбе больше не беспокоили, а вместе с ними исчезло и подавленное настроение. Начала заниматься спортом, успешно примерила старые брюки.

Существенные проблемы могут быть вызваны и гиперплазией тканей в области груди.

## ГИПЕРПАЗИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Пациентка Н., 35 лет. Обратилась в связи с чрезмерным объемом молочных желез: «Грудь тяжелая, одежду не подобрать, спина болит». После ношения бюстгалтера на коже плеч оставались глубокие следы. На ос-



Рис. 5. Результаты редуccionной мастопексии при гигантомастии: А — до операции; Б — через 6 мес после операции (сохраняется небольшая отечность)

новании результатов обследования поставлен диагноз «гигантомастия».

Выполнена редуccionная мастопексия, грудь уменьшена до 5–6-го размера (рис. 5).

В ранний послеоперационный период проведено 10 сеансов прессотерапии (ежедневно по 20 мин) области нижних конечностей. В поздний послеоперационный период выполнен курс процедур: прессотерапия той же области (по 40 мин) и LPG-массаж спины (по 20 мин), обе процедуры — по 10 сеансов, два раза в неделю. Даны рекомендации по ношению компрессионного белья, ограничению физических нагрузок, защите рубцов от воздействия прямых солнечных лучей.

В некоторых случаях после операции на молочных железах рекомендуют микротоковую терапию для скорейшего снятия отечности. Возможны и иные воздействия. Так, Э.С. Худоев и соавт. в своих исследованиях показали, что в комплексной послеоперационной медицинской реабилитации пациенток могут быть с успехом использованы различные технологии восстановительной медицины: диетотерапия, лечебная физкультура, нормобарическая гипокситерапия, транскраниальная электронейростимуляция, КВЧ-терапия [13]. Для многих пациенток, перенесших операцию в области молочных желез, не требуется применения каких-либо сопутствующих процедур.

Оценивая свое состояние по окончании периода восстановления, пациентка сообщила, что изменилась вся ее жизнь. Внешний вид груди стал приносить ей радость. Прекратились боли, исчезло чувство дискомфорта в спине. Для того чтобы приобрести бюстгалтер, прежде требовался пошив на заказ, а теперь можно совершить покупку в обычном магазине. При желании через 6–12 мес

пациентка может пройти операцию по дальнейшему уменьшению молочных желез.

Подводя итог, необходимо еще раз отметить ключевые моменты. В приведенных клинических случаях обратившиеся к врачу пациенты имели грубый эстетический дефект, сопряженный с нарушением физического благополучия. Они страдали не только из-за своего внешнего облика, но и в связи с ограничением подвижности, наличием неприятных ощущений. При работе с такими пациентами основная задача врача состоит в радикальном устранении проблем с помощью хирургических методов.

После проведения пластических операций уже на ранних сроках важны рациональный уход и реабилитация, направленные на уменьшение выраженности нежелательных явлений, снижение риска осложнений, восстановле-

ние поврежденных тканей, увеличение продолжительности эффектов хирургического омоложения и улучшение качества жизни пациентов [4]. По данным Е.В. Соколовой, применение реабилитационных программ в целях снижения болезненности, устранения гематом и отеков сокращает сроки восстановительного периода на 10–14 дней [14]. На этапе восстановления применимы косметологические, физиотерапевтические и иные вспомогательные методы, многие пациенты нуждаются в психологической помощи.

Игнорирование реабилитационных мероприятий может свести на нет усилия пластического хирурга, даже если операция по устранению грубого эстетического дефекта прошла успешно. Эстетическая коррекция — лишь начало пути к красоте и здоровью пациента.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Евсина О.В. Качество жизни в медицине — важный показатель состояния здоровья пациента. Обзор литературы (электронный ресурс). Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие 2013; 1: 119–133. <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-v-meditsine-vazhnyy-pokazatel-sostoyaniya-zdorovya-patsienta-obzor-literatury> (дата обращения — 23.12.2017).
2. Саитова А.А., Боташев А.С., Ермолаева Е.В. Эстетическая медицина: проблемы и противоречия. Bulletin of Medical Internet Conferences 2016; 6 (1): 98.
3. Пирогова А.С., Забненкова О.В. Физиотерапевтические методы воздействия в программах ранней реабилитации пациентов после пластических операций. Вестник эстетической медицины 2009; 3: 62–68.
4. Пирогова А.С., Забненкова О.В. Ранняя реабилитация после эстетических операций: раневой процесс и применение физиотерапии на разных его стадиях. Вестник эстетической медицины 2010; 2: 33–39.
5. Сергеев Ю.Н., Асирова Г.В., Пушкарева Н.В. Особенности планирования консервативной терапии при устранении патологических рубцов лица и шеи. Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке» 2009; 1: 96–99.
6. Стенько А.Г. Обоснование и клиническая эффективность применения препарата Meso-Wharton P199™ у пациентов с рубцовыми поражениями после лазерных технологий (электронный ресурс). Школа «Реабилитация пациентов после пластических операций: взаимодействие пластического хирурга и врача-косметолога». СПб конгресс по косметологии и эстетической медицине «Невские берега» 2016, 19 мая. <http://www.nbcongress.ru/content/shkola-reabilitaciya-pacientov-posle-plasticheskikh-operaciy-vzaimodeystvie-plasticheskogo-hirurg-a-i-esteticheskoy-meditsiny> (дата обращения — 23.12.2017).
7. Круглова Л.С. Применение методов восстановительного лечения у пациентов после пластических операций на мягких тканях кожи лица в раннем послеоперационном периоде (электронный ресурс). Там же.
8. Курбанова Р.И., Лобанова М.В. Возможности послеоперационной реабилитации больных, перенесших пластические операции. Вестник Челябинской областной клинической больницы 2008; 2: 71–72.
9. Реабилитация после абдоминопластики (электронный ресурс). RusMeds.com 2014, 13 ноября. <https://rusmeds.com/plastika-tela/abdominoplastika/reabilitaciya/> (дата обращения: 20.11.2017).
10. Плаксин С.А., Храмцова Н.И., Заякин Ю.Ю. Эстетическая коррекция фигуры и качество жизни, ассоциированное с образом тела. Пермский медицинский журнал 2016; 5: 67–71.
11. Иванов В.В. Анализ качества жизни у пациентов с ожирением, перенесших реконструктивные вмешательства на передней брюшной стенке. Прикладная юридическая психология 2010; 4: 78–86.
12. Татаурова С.С., Баранская Л.Т., Вихарев С.В. Технология психологической поддержки пациентов эстетической хирургии. Известия УрГУ 2008; 60: 75–81.
13. Худоев Э.С., Гордон К.В. Аспекты медико-психологической реабилитации больных после эстетических операций на молочных железах. Известия Сочинского государственного университета 2012; 3: 214–218.
14. Соколова Е.В. Подготовка пациентов к пластическим операциям и реабилитация после их проведения. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология 2012; 5: 38–44.