

## **АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С МЕЛАНОЦИТАРНЫМИ НЕВУСАМИ**

В сб.: Вестник последипломного медицинского образования. № 1, 2002

Неблагоприятная экологическая ситуация, связанная с появлением «озоновых дыр», разнообразные поражения печени, иммуносупрессия - неполный перечень причин распространенности в последние годы меланоцитарных невусов. Грозным осложнением является трансформация меланоцитарного невуса в меланому.

Основные методы лечения невусов сводятся к их хирургическому иссечению, криотерапии, электрокоагуляции, лазеродеструкции. Однако данные методы не всегда приводят к радикальному излечению и у большинства больных оставляют выраженные послеоперационные дефекты.

По нашему мнению, необходим комплексный подход к проблеме меланоцитарных невусов, включающий обследование, лечение и последующую реабилитацию таких больных. На дооперационном этапе больным проводится обследование: функциональные пробы печени и исследование иммунологических показателей, что позволяет установить возможные причины нарушения обмена меланина, функциональной активности меланоцитов и рецидивов меланоцитарных невусов.

Наиболее радикальным и косметически сберегающим является метод радиоволновой хирургии на аппарате «Surgitron» (Ellman International, США), в основе которого лежит принцип «вапоризации» тканей.

Под нашим наблюдением находилось 132 пациента в возрасте от 6 до 70 лет с различными формами меланоцитарных невусов и давностью заболевания. Ранее 61,4% больным проводилось оперативное удаление этих образований различными методами, после чего возникли рецидивы. Локализация на коже лица была у 18 (13,6%) пациентов, на коже туловища - у 41 (31,1%), элементы с множественной локализацией на коже туловища и конечностей - у 73 (55,3%).

Под местной инфильтрационной анестезией с раствором «Ультракаина» было произведено удаление образований с помощью специальных электродов методом радиоволновой хирургии на аппарате «Surgitron». Оперативное вмешательство проводилось в трех режимах (резекция, коагуляция, фульгурация), что способствовало более радикальной «вапоризации» пораженной ткани. Эпителизация проходила в зависимости от локализации и величины невуса в течение 2-3 недель. Все удаленные элементы подвергались гистологическому исследованию, которое подтверждало диагноз (в эпидермисе и/или дерме в зависимости от типа невуса определялись гнезда и тяжи сравнительно крупных полиморфных клеток с одним или несколькими небольшими ядрами «невусные клетки», отдельные из которых содержали умеренное количество меланина).

В зависимости от установленных нарушений, больным назначались гепатопротекторы, витамины и их коферменты (влияющие на метаболизм клеток печени), иммуностимуляторы, фотозащитные кремы. Пациентам предлагалось избегать интенсивной инсоляции под солнечными лучами и в солярии. Контрольные осмотры с лабораторным исследованием проводились через 1-2 месяца после операции и далее ежегодно. Отдаленные наблюдения в период от 2 до 3 лет установили отсутствие рецидивов и хороший косметический эффект у 95,5% пациентов.

Таким образом, комплексный подход, включающий радиоволновую хирургию с медикаментозной коррекцией, а также последующую диспансеризацию больных, способствует оптимизации результатов лечения, достижению хорошего косметического эффекта и своевременной диагностике рецидивов и осложнений.