

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

Левен И.И., Саркисян В.М.

Московский государственный медико-стоматологический университет,
кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Москва

Проблема лечения и профилактики образования келоидных рубцов по сей день остаётся актуальной. Это связано как с большой частотой встречаемости этого осложнения, так и с отсутствием чёткого понимания причин его развития. Последнее обстоятельство обуславливает невозможность проведения этиотропного лечения, и объясняет многообразие методов воздействия и применяемых лекарственных средств.

Гипертрофические рубцы и келоиды образуются в результате избыточной продукции коллагена, без его эквивалентной деградации. Кроме того, патологический рубцовый процесс характеризуется высоким уровнем коллагена III типа, длительным существованием ранних форм фибробластов. Келоид выходит за зону повреждения, внедряясь в окружающие здоровые ткани и возвышаясь над уровнем кожи, обычно не регрессирует спонтанно, часто рецидивирует после иссечения. Гипертрофический рубец остается ограниченной травмированной областью и спонтанно регрессирует на протяжении 12–18 месяцев, хотя регресс не обязательно может быть полным.

Общеизвестно, что необходимым условием профилактики образования рубцовых деформаций является минимальная травматизация, точное сопоставление краёв раны, своевременное удаление шовного материала. При риске развития гипертрофического или келоидного рубца ещё до полного заживления необходимо применение физиотерапевтических и медикаментозных способов лечения.

Из литературных источников известно, что воздействие на область вмешательства рентгеновского излучения снижает риск образования и последующее развитие келоида. Однако в большинстве случаев лечение осложняется лучевым эпителиитом, что приводит к депигментации кожи в поле облучения и резко выраженной гиперпигментации по периферии. Подобное осложнение эстетически воспринимается пациентами не менее болезненно, чем наличие самого рубца, а, следовательно, результат подобного вмешательства нельзя считать положительным.

Предлагаемая нами методика значительно отличается от описанных и используемых ранее в практике, где на курс лечения назначалось по 10–12 сеансов близкофокусной рентгенотерапии, а суммарная доза составляла 35–50 Гр.

Нами было взято под наблюдение 27 пациентов с келоидными рубцами различной локализации. Комплексное лечение заключалось в иссечении рубца с последующей близкофокусной рентгенотерапией. Первый сеанс облучения проводили в день операции или на следующий день (для обработки операционного поля нельзя использовать йодсодержащие вещества, так как йод обладает рентгено-радиотропностью, что может привести к развитию лучевого эпителиита после облучения). Обычно количество сеансов не превышает 2–3 в зависимости от размеров рубца. Для терапии использовали рентгенотерапевтический аппарат РУМ-7. Физико-технические условия облучения келоидных рубцов были следующими: напряжение на рентгеновской трубке – 50 кВ, сила тока – 20 мА, слой половинного ослабления – 2,4 мм алюминия. Данная аппаратура используется во всех онкологических учреждениях в основном для лечения начальных форм рака кожи и является доступной для широкого клинического применения. Доза облучения на поверхности составляла при экспозиции 1 мин 1 сек – 2 Гр, 2 мин 32–35 сек – 5 Гр. Большие участки поражённой кожи подвергались дифференцированному дискретному облучению. При этом разовая доза не должна превышать 3–5 Гр, суммарная 10–15 Гр.

В большинстве случаев при лечении по предложенной нами методике получены положительные результаты, рецидивы келоидных рубцов отмечены нами в 4 случаях. К отрицательным эффектам рентгенотерапии можно отнести появление депигментации кожи на участках, подвергшихся дискретному облучению при наложении полей и/или превышении дозы облучения.

Из-за высокой клинической эффективности, безболезненности процедур и доступности положительно зарекомендовал себя метод лазеротерапии. Мы используем аппарат ЛТМ-001 с длиной волны 632,8 нм. Мощность на выходе световода составляет не более 15 мВт. Эффективность метода в большей степени проявляется на ранних этапах формирования рубцовой ткани.

Одним из легкодоступных методов лечения является электрофорез 5% калия йодида в количестве 10–15 процедур. Действующее начало – ионы йода – угнетают продукцию коллагена, препятствуя образованию плотной фиброзной ткани. Другой действенный метод физиолечения – ультрафонофорез различных лекарственных веществ, в том числе гепарина, кортикостероидов. Курсы электропроцедур при необходимости можно повторять спустя 1–2 месяца. Они весьма эффективны в период формирования рубцовой ткани, а также в качестве подготовки перед хирургическим лечением.

Довольно часто в клинической практике применяется внутривнутрирубцовое введение кортикостероидов, снижающих пролиферацию фибробластов, синтез коллагена, гликозаминогликанов в процессе заживления раны. С этой целью используется препарат «Кеналог-40» (триамцинолона ацетат), разведённый на 1–2% лидокаине в количестве 1–2 мл. Раствор вводят под давлением из шприца малого объёма непосредственно в рубец до его побледнения. Процедуру повторяют каждые 2–3 недели в течение 3–6 месяцев. К возможным осложнениям лечения кортикостероидами относят формирование атрофического рубца, гипопигментацию и телеангиэктазии в месте инъекций. Также следует отметить, что в качестве монотерапии использование триамцинолона не столь эффективно, поскольку отмечается лишь размягчение и уплощение келоида, а добиться полного его устранения не представляется возможным.

Кроме того, доказана клиническая эффективность сочетания инъекций триамцинолона и 5-фторурацила с последующим воздействием на рубец лазером с длиной волны 585 нм (Asilian A, Darougeheh A, Shariati F.). Однако период наблюдения за пациентами составил лишь 12 недель.

По данным Шафранова В.В. и соавт., высокую эффективность при лечении келоидов показывает метод комбинированного СВЧ-криогенного воздействия, который, по мнению авторов, является приоритетным в дерматокосметологической практике, так как позволяет избежать рецидивы и получить оптимальный косметический результат.

Один из новых методов профилактики и лечения патологических рубцов основан на кератолитических, антикоагуляционных свойствах экзогенного азота. Как указывают Эрохин В.М. и Павлович В.А., NO-терапию можно успешно использовать и в составе комбинированного лечения, и как самостоятельный метод.

В последние годы хорошие результаты были получены при использовании средства «Контрактубекс», обладающего фибринолитическим, кератолитическим, противовоспалительным и антитромботическим действием за счёт входящих в его состав гепарина, аллантаина и экстракта лука. Препарат выпускается в виде геля, который следует наносить на увлажнённый участок кожи в области рубца 2–3 раза в сутки и втирать в течение 1–2 минут. При этом возможно появление зуда в месте нанесения препарата.

Другим эффективным средством является силиконовый гель «Дерматикс», состоящий из полисилоксанов и двуокиси кремния. Механизм его действия связан с поддержанием равномерной увлажнённости кожи, что приводит к сглаживанию и смягчению рубцов, устранению зуда и нарушений пигментации кожи.

Основываясь на проведённых исследованиях, мы рекомендуем использование хирургических методов лечения только после завершения формирования рубцовой ткани, а также после предварительно проведённого комплекса консервативного лечения. Последнее нередко само по себе позволяет добиться регрессии рубца и излечения. Такой комплексный дифференцированный подход к лечению больных с патологическими рубцами в большинстве случаев приводит к достижению положительного результата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2007. Т. 9. № 4.
2. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2006. Т. 8. № 4.
3. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2005. Т. 7. № 4.
4. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2004. Т. 6. № 4.
5. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2003. Т. 5. № 4.
6. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2002. Т. 4. № 4.
7. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2001. Т. 3. № 4.
8. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2000. Т. 2. № 4.
9. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
10. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
11. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
12. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
13. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
14. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
15. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
16. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.