

УДК 617.52-003.293-08

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Кузьмина Е.В., Сотникова М.В.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

## RESULTS OF PATIENTS WITH KELOID OF MAXILLOFACIAL REGION AND NECK TREATMENT

Kuzmina E.V., Sotnikova M.V.

The Smolensk State Medical Academy

Нами проведена сравнительная оценка различных методов лечения пациентов с келоидными рубцами челюстно-лицевой области и шеи. Наилучший результат получен при использовании комплексной терапии, которая включала хирургическое лечение с введением триамцинолона ацетата в область рубца.

Ключевые слова: келоидный рубец, комплексное лечение, триамцинолона ацетат.

We performed comparative estimation of different methods of patients with keloid maxillofacial area and neck treatment. The best result was got in application of complex therapy which included surgical treatment and introduction of triamcinolone acetate in scar region.

Key words: keloid scar, complex treatment, triamcinolone acetate.

В связи с широким увлечением молодежи пирсингом (от англ. *piercing* – прокол) в последнее время увеличилось количество пациентов с келоидными рубцами [3].

Келоидный рубец представляет собой разрастание фиброзной ткани, которая развивается после заживления поврежденной кожи, простирается за границы первоначальной раны и имеет тенденцию к увеличению и рецидивированию. Формирование келоида наблюдается при несоответствии между анаболическими и катаболическими процессами, когда производится большее количество коллагена, чем деградирует, и он распространяется во всех направлениях [4].

До настоящего времени не существует единой точки зрения по поводу лечения келоидов. С этой целью различные авторы предлагают применять окклюзионные повязки, компрессионную терапию, введение кортикостероидов в зону поражения, криохирургию, иссечение, лучевую терапию, лазерную терапию, лечение интерфероном [1, 2, 5].

**Цель нашего исследования** – сравнить различные методы лечения келоидных рубцов челюстно-лицевой области и шеи.

### Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 34 больных (мужчин – 3, женщин – 31) в возрасте от 12 до 30 лет, причем большинство из них (88,2%) составили пациенты от 18 до 22 лет.

Больным проводилось клиническое и патогистологическое обследование. Пациенты были разделе-

ны на 3 группы. В первой группе (8 человек) лечение осуществлялось путем трехкратного введения в область келоидного рубца триамцинолона ацетата по 10 мг с интервалом 1 месяц. Триамцинолона ацетат (ТА) – наиболее часто используемый кортикостероид, который уменьшает рубцевание посредством уменьшения синтеза коллагена, глюкозаминогликанов, медиаторов воспаления и пролиферации фибробластов. Для уменьшения дискомфорта от введения ТА в область рубца мы разводили его раствором лидокаина в соотношении 1:1. Препарат вводили внутридермально, скос иглы направляли вертикально вниз для более эффективного распространения в зоне рубца.

Второй группе больных (7 человек) проводилось иссечение рубца скальпелем с применением атравматичного шовного материала VICRYL 5-0.

Третья группа (19 человек) получала комплексное лечение: иссечение келоида скальпелем с использованием того же шовного материала, что и во второй группе, и последующим трехкратным введением в область послеоперационного рубца ТА по 10 мг 1 раз в месяц.

Повторные осмотры пациентов осуществляли ежедневно в течение первой недели после начала лечения, затем – раз в месяц. Длительность наблюдения всех больных составила 2 года.

### Результаты исследования и их обсуждение

Все больные предъявляли жалобы на косметический дефект и деформацию лица. У 11 пациентов (32%) были боли в области рубца зудящего характера.

Во всех случаях образованию келоида способствовало травматическое повреждение кожи: у 13 больных (38%) – в результате неоперационной травмы, у 4 пациентов (12%) – в результате хирургического вмешательства, у 17 (50%) – в результате пирсинга.

Рост келоида начинался через 1–2 месяца после травмы, продолжался незаметно. Чаще всего у 17 пациентов (50%) рубцы локализовались в области мочки уха (15 пациентов) и ушной раковины (2 пациента), реже в щечной области – 7 больных (20,6%), верхней губы – 6 (17,6%), крыла носа – 2 (5,9%), шеи – 2 (5,9%).

При визуальном исследовании келоидные рубцы имели округлую, овальную или продолговатую форму с четкими краями. Их цвет варьировал от бледно-розового до синюшно-красного. При пальпации келоиды имели плотную консистенцию. У 11 больных (32%) пальпация рубцов была болезненна.

При патоморфологическом исследовании операционного материала пациентов 2-й и 3-й группы были выявлены толстые плотные пучки эозинофильно окрашенного гиалинизированного коллагена концентрического строения, истончение сосочков дермы. Морфологическую основу келоида составляла избыточно растущая незрелая соединительная ткань с большим количеством атипичных гигантских фибробластов и малым количеством капилляров.

У всех пациентов первой группы после введения ТА наблюдалось купирование болей и остановка роста келоида. У 4 больных келоидный рубец уменьшался в размерах, становился более мягким и плоским. Однако полного исчезновения келоида не наблюдалось ни у одного из больных этой группы. У двух пациентов после проведенного лечения определялась гипопигментация рубца и атрофия кожи в зоне воздействия. 6 пациентов были не удовлетворены косметическим и эстетическим результатом

лечения, что в дальнейшем потребовало применения других методов терапии.

У всех больных 2-й группы послеоперационный период протекал без осложнений. Швы были сняты через 6 дней после хирургического вмешательства, рубец не возвышался над поверхностью кожи, имел мягкую консистенцию и бледно-розовый цвет. Через 1–2 месяца у трех больных и через 1 год у одного больного наблюдался рецидив заболевания – появление келоидного рубца больших размеров, чем предыдущий.

В 3-й группе больных ранний послеоперационный период и его результат не отличался от такового во 2-й группе. После введения ТА все пациенты этой группы жалоб не предъявляли, побочных эффектов не наблюдалось. Определялся небольшой отек в области послеоперационного рубца, который купировался через 2–3 дня после инъекции. В срок наблюдения до 2 лет рецидива заболевания в этой группе больных не отмечалось. Хороший косметический результат получен у 16 человек (84,2%). У трех пациентов (15,8%) имелась гипопигментация и атрофия кожи в зоне воздействия.

#### **Выводы**

1. Чаще келоидные рубцы возникают у женщин молодого возраста в результате пирсинга мочки уха.
2. Важным моментом является ранняя диагностика келоидов. Чем раньше они диагностируются и начинается их лечение, тем лучше косметический результат и больше вероятность выздоровления.
3. Независимо от применяемой терапии диспансерное наблюдение за пациентами с келоидными рубцами должно составлять не менее двух лет для исключения рецидива.
4. Лечение всех келоидных рубцов должно быть комплексным. При использовании отдельных видов терапии рецидив заболевания составляет от 50 до 100%.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Санакоева Э.Г. Низкотемпературные методы лечения потэруптивных келоидных и гипертрофических рубцов: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2008. – 22 с.
2. Стенько А.Г. Организационно-методические принципы лечения больных с рубцовыми поражениями кожи в области лица и шеи): Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – М., 2009. – 46 с.
3. Lane J.E., Waller J.L., Davis L.S. Relationship between age of ear piercing and keloid formation //Pediatrics. – Vol. 115. – №. 5. – May 2005. – P. 1312-1314.
4. Slemper A., Kirschner R. Keloids and scars: a review of keloids and scars, their pathogenesis, risk factors, and management //Curr. Opin. Pediatr. – 2006. – № 18. – P. 396-402.
5. Studdiford J., Stonehouse A., Altshuler M., Rinzler E. The management of keloids: hands-on versus hands-off //The Journal of the American Board of Family Medicine. – 2008. – Vol. 2. – № 21. – P. 149-152.