

Ф.Д. ЕВЧЕВ, А.Ф. ЕВЧЕВА, Д.Ф. ЕВЧЕВ

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КЕЛОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ УШНЫХ РАКОВИН И ТУЛОВИЩА

Одес. нац. мед. ун-т (ректор – акад. НАМН Украины В.Н. Запорожан)

Келоид (от греч. keleis – опухоль и eidos – вид, сходство) – это опухолевидное разрастание волокон соединительной ткани. Внешне келоиды представляют собой плотные опухолевидные образования синюшно-го либо красного цвета. Их особенностью является постоянная тенденция к увеличению: такой рубец нередко распространяется за пределы послеоперационной или травматической раны. В изучении причин разрастания соединительной ткани участвуют иммунологи и эндокринологи, генетики, дерматологи и хирурги. Однако единого мнения о патогенезе и лечения келоидов нет.

Общеизвестно, что механизм формирования келоида происходит из-за нарушения развития соединительной ткани с сопровождающейся повышенной выработкой коллагена, который и способствует образованию рубцов. Келоидные рубцы, как и другие виды рубцов, могут возникать вследствие хирургических операций, различных травм, укусов насекомых и животных, после заживления ожогов и ран, а также как следствие инфекционных заболеваний (ветряная оспа, фурункулёз, волчанка и даже акне) [3, 4, 7, 8].

Келоидные рубцы также встречаются у женщин после пирсинга, частых пластических операций и шлифовки кожи. Как правило, келоиды образуются в области плечевого пояса, груди, брюшной стенки или шеи, значительно реже – на лице. В редких случаях келоидные рубцы способны к спонтанному возникновению на неизменной коже, без видимых причин, что подтверждает мнение некоторых исследователей о генетической склонности к их образованию [4].

Кроме вышеописанных локализаций келоидных образований следует выделить нередкую двустороннюю локализацию келоидов на мочках ушей, возникающих как осложнение после их прокалывания.

Данные литературы позволяют выделить некоторые из факторов, провоцирующих появление келоидного рубца: генетическая предрасположенность, инфицирование раны при заживлении, дисбаланс иммунной системы, нарушения гормонального баланса в организме, нарушение иннервации и возрастные изменения организма [4].

В клинической практике следует дифференцировать келоидные образования от гипертрофических рубцов. Оба вида образуются вследствие поражений кожного покрова. Однако гипертрофические рубцы, в отличие от келоидных, безболезненны, образуются после травмы довольно быстро, в среднем до 1 месяца, не распространяются за пределы травматической раны и полностью исчезают в результате лечения. Келоиды – это жесткие опухолевидные образования, они болезненны, выступают над поверхностью кожи, постоянно увеличиваясь, распространяются за пределы раны. Кроме того, их рост тянется во времени и в размерах за счет разрастания соединительной ткани.

По течению келоидные образования разделяют на 2 вида: молодые келоиды и застарелые. Молодые келоиды (от 1 до 6 мес., а возможно – и до 1 года) имеют гладкую блестящую поверхность красноватого цвета и активно развиваются. Застарелые келоиды (после 3-х месяцев, а в некоторых случаях – до 5 лет) имеют неровную, морщинистую и бугристую поверхность, по

окраске они бледнее и практически не развиваются. Вид келоидного образования следует определять только после прекращения роста (на что указывает сам пациент) с учетом вышеописанного объективного статуса. Только после этого следует планировать лечение.

Клинически келоиды зачастую сопровождаются болью, зудом, жжением, различной формой разрастания и окраской. Помимо способности к постоянному росту, для них характерны частые рецидивы с бурным ростом после проведенного лечения. Общим для всех является преобладание коллагеносинтеза над процессами коллагенолиза. Развитие соединительной ткани в келоидных рубцах подчинено как общему регулируемому нейроэндокринному влиянию, так и отражает единство и взаимообусловленность всех процессов в системе целостного организма. В связи с этим более правильным было бы говорить не об отдельном рубце, а о целом процессе, известном как келоидная болезнь.

Патоморфологи рассматривают келоиды как следствие нарушения развития соединительной ткани дермы неизвестного генеза в виде разновидностей рубцовых изменений кожи.

До сегодняшнего дня не существует универсальной методики лечения, которая подошла бы всем без исключения пациентам. Отсутствуют лекарственные препараты, которые бы влияли на причины разрастания соединительной ткани заживающей раны.

Широко используемые методы лечения – лазерная шлифовка, гормональное обкалывание, хирургическое иссечение, криотерапия, использование длительной давящей повязки на послеоперационную рану и даже комплексное лечение не сопровождаются желаемыми эффектами, т.е. все они имеют недостатки и обладают невысокой эффективностью, особенно при использовании монометода. Невысокая эффективность, очевидно, связана с неизвестным и неопределенным патогенетическим механизмом и склонностью келоидов к рецидивированию [1-6].

Таким образом, остается открытым и актуальным вопрос невысокой эффективно-

сти используемых методов лечения и большой процент рецидивов, что требует дальнейшего изучения и разработки новых методов, а возможно, и лекарственных препаратов, снижающих повышенную выработку коллагена.

Цель исследования

Оценить результаты комплексного лечения келоидных образований на основе применения четырех лечебных компонентов: хирургического, криодеструкции, магнито- и антибиотикотерапии.

Материал и методы

Под нашим наблюдением с 2010 по 2016 гг. находилось 16 пациенток в возрасте от 13 до 18 лет. Во всех случаях келоидный (рубцовый) процесс развивался примерно через 1 мес. после прокалывания мочек ушных раковин золотыми серьгами. Из них у 6 больных после поверхностных травм кожи (даже в виде бытовых царапин) на передней брюшной стенке и на предплечьях возникали рубцовые образования.

Объективно у всех больных были грубые келоидные образования обеих мочек ушных раковин (рис. 1) и у 6 пациенток – грубые рубцы кожи передней брюшной стенки и предплечья. Келоидные рубцы образовывались в среднем через 1-2 мес. после травмы. Пациенты ранее амбулаторно получали лечение у хирургов в виде иссечения рубцов и накладывания давящих мажевых повязок в послеоперационном периоде. При этом у всех пациентов наблюдались рецидивы в разные сроки (через 2 и 3 мес.), но с более бурным и грубым разрастанием. Со слов больных, рост разрастаний наблюдался в течение 4-6 мес., после чего пациенты отмечали прекращение роста. В период роста больные получали электрофорез и обкалывание лидазой, коллагеназой и кортикостероидами в течение 8-10 дней.

Больные были раздражительны, внешний неприятный вид клинического проявления келоидных разрастаний доставляли им выраженные физические и психологические неудобства.

При поступлении в стационар объективно с обеих сторон определялись крупные

умеренно-болезненные келоидные образования, резко деформирующие мочку и нижнюю часть ушной раковины. У 11 больных форма мочки не определялась, т.е. была представлена крупным бугристым конгломератом с множественными дольками, кожа над ними была багрово-синюшного цвета, местами истончена (рис. 1). У 5 больных наблюдались мелкие безболезненные бугристые образования, деформирующие только мочку ушной раковины.



Рис. 1. Многоузловое келоидное образование мочки правого уха. Поражены обе поверхности мочки. Кожа атрофична.

У 6 пациентов на коже передней стенки брюшной полости и предплечья визуализировались плотные, бугристые и болезненные рубцы, длиной от 3 до 7 см. Кожа по рубцу была истончена и имела красный цвет.

Лечение келоидов мы начинали через 5 мес. с момента их появления, т.е., в застарелой форме, по завершению их роста.

Хирургические иссечения проводились под местной инфильтрационной анестезией – 1% раствором лидокаина. Операция заканчивалась пластической реконструкцией и формированием формы мочки за счет местных тканей (рис. 2-4). Затем, на 8-е сутки, после снятия швов, проводили 3 цикла криохирургического воздействия на послеоперационные зоны мочек с экспозицией в 1,5 мин. На 14-й день, уже в амбулаторных условиях, проводилась повторная криодеструкция с экспозицией в 2 мин. (рис. 6, 7).



Рис. 2. Этап хирургического иссечения келоидных разрастаний.



Рис. 3. Послеоперационная рана. Формирование мочки.



Рис. 4. Внешний вид сформированной мочки уха.

Аналогичное хирургическое иссечение проводилось при келоидных рубцах

кожи брюшной стенки и предплечья, только криодеструкцию проводили на 10-й день в виде 2 циклов. Больные выписаны из стационара на 10-й день с выраженным отеком кожи зон криодеструкции. Через 12-14 дней после криодеструкции появлялась нежная эпидермизация послеоперационной зоны.

Послеоперационный период у всех пациентов сопровождался назначением антибактериальной терапии (линкомицин 1,0 в/м 3 раза в сутки, 6 дней) и магнит на зону операционной раны с экспозицией 10 мин. в течение 10 дней. Магнитотерапия не прерывалась и в дни криодеструкции.

Результаты

Морфологическое заключение: застарелые келоиды с уменьшением числа фибробластов. В соединительной ткани увеличено количество тучных клеток с наличием в периваскулярных инфильтратах плазматических клеток (рис. 5 – макропрепарат).



Рис. 5. Макропрепарат. На разрезе – солидное строение.

Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Особых жалоб больные не предъявляли, однако сохранялась психологическая неуверенность в хорошем результате. Объективно: заживление протекало первичным натяжением, на 7-е сутки сняты швы. После циклов криотерапии формировался выраженный отек зон воздействия и отмечалось усиление психологической неуверенности в проведенном лечении. С целью восстановления психологической уверенности с больными проводилась беседа об удовлетворительном течении

этапов лечения и о надежности используемых методов.



Рис. 6. Криодеструкция зон поражения мочки правого уха (8-е сутки после операции).



Рис. 7. Внешний вид мочки уха после двух лечебных компонентов (операция и криодеструкция).

Осмотр больных через 1 мес. показал отсутствие рецидива заболевания, мочки ушей были правильной формы с нежной эпидермизацией кожи зон криотерапии.

Через 3 мес. и через 1 год также отсутствовал рецидив, сохранялась нормальная форма ушных раковин. В эти сроки в условиях клиники больным произведено прокалывание мочек ушных раковин и введены серьги. Осмотры через 2 года показали

отсутствие рецидива у 12 девушек, которые уже являлись студентками вузов. Остальные 4 пациента в течение 2 лет на осмотры не являлись, поэтому результаты оценивались только у 12 больных.

Таким образом, вышеизложенное позволяет сделать заключение: заживление раны – это сложный биологический процесс, который может длиться довольно долго (больше 6 мес.), всегда завершается формированием зрелого рубца, который самостоятельно изменяется медленно и малоаметно. Поэтому выбор компонентов лечения должен проводиться с учетом характера травмы (повреждения) кожи, особенностей иммунной системы организма и наследственной предрасположенности.

Литература

1. Таганов А.В. Лечение келоидных рубцов у детей СВЧ-криогенным методом и его клинико-морфологическое обоснование: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 20 с.
2. Шафранов В.В., Борхунова Е.Н., Таганов А.В. и др. Келоидные рубцы. Новые технологии лечения. Ч.2. – М: РАЕН, 2009. – С.191.
3. Таганов А.В., Шафранов В.В., Борхунова Е.Н., Гладко В.В. Современные методы лечения в дерматокосметологии (криогенное и микроволновое воздействие: теоретические и практические аспекты). – М: Изд-во «Контакт», 2007. – 200 с.
4. Болховитинова Л.А., Павлова М.Н. Келоидные рубцы. – М: Медицина, 1977. – 136 с.

References

1. Taganov AV. Treatment of keloid scars in children of microwave' cryogenic method and its clinical and morphological argumentation [dissertation]. Moscow; 1999. 20p. Russian.
2. Shafranov VV, Borhunova EN, Taganov AV. Keloids. New treatment technology. Part 2. Moscow: RAEN; 2009:191. Russian.
3. Taganov AV, Shafranov VV, Borhunova EN, Gladko VV. Modern methods of treatment in dermatology and cosmetology (cryogenic and microwave exposure: theoretical and practical aspects). Moscow: Contact; 2007:200p. Russian.
4. Bolkhovitinov LA, Pavlov MN. Keloids. Moscow: Medicine;1977:136p. Russian.

Выводы

Вид келоидного образования следует определять только после прекращения его роста, когда на это указывают сами пациенты, и только после этого следует планировать лечение.

Хирургическое лечение келоидов следует проводить после 5 мес. их роста, т.е., в застарелом виде, когда они практически не развиваются.

Комбинация хирургического иссечения рубцовых образований с циклами крио-, магнито- и антибиотикотерапии в послеоперационном периоде способствовало полному выздоровлению и отсутствию рецидива в течение 1 года у 100% больных.

5. Белоусов А. Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб: Гиппократ, 1998. – 743 с.
6. Жигульцова Т.И., Пархаева Л.В. Дермабразия в коррекции косметических недостатков // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2000. – №1. – С. 63-69.
7. Кожа. Строение, функция, общая патология и терапия. Под ред. акад. АМН СССР А.М. Чернуха и проф. Е.Н. Фролова. – М.: Медицина, 1982. – С. 210-212.
8. Шафранов В.В., Короткий Н.Г., Таганов А.В., Борхунова Е.Н. Келоидные и гипертрофические рубцы: клинико-морфологические параллели // Детская хирургия. – 1998. – №4. – С. 30-34.

5. Belousov AE. Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. St.-Petersburg: Hippocrates;1998:743p. Russian.
6. Zhigultsova TI, Parhaeva LV. Dermabrasion in the correction of cosmetic defects. Rossiyskiy zhurnal kozhnyih i venericheskikh bolezney. 2000;1:63-69. Russian.
7. Skin. The structure, function, general pathology and therapy. Ed. Chernuha AM, Frolov EN. Moscow: Medicine;1982:210-212. Russian.
8. Shafranov VV, Korotkiy NG, Taganov AV, Borhunova EN. Keloids and hypertrophic scars: clinical and morphological parallels. Detskaya hirurgiya. 1998;4:30-34. Russian.

Надійшла до редакції 26.01.17.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ КЕЛОЇДНИХ УТВОРЕНЬ ВУШНИХ РАКОВИН ТА ТУЛУБУ

Євчев Ф.Д., Євчева А.Ф., Євчев Д.Ф. (Одеса)

А н о т а ц і я

Стан проблеми. Келоїд – це пухлиноподібне розростання волокон сполучної тканини. Шкірні рубці є неминучим наслідком будь-якої відкритої травми, загоєння рани або операції. Вони нерідко створюють помітні косметичні, функціональні дефекти та порушення психологічного стану хворого. Келоїдні рубці можуть виникати навіть після незначних пошкоджень: укол, укуси комах, у дітей часто після опіку, загоєння рани та ін. Найчастіше келоїдні рубці розвиваються на вушних раковинах, грудній клітині, плечах, задній поверхні шиї, рідше – на суглобах. До кінця причина появи келоїдних рубців не вивчена. Келоїди поділяються на молоді та старі. Тактиків їх лікування кардинально відрізняються. Методи лікування, які використовуються на сучасному етапі – лазерне шліфування, гормональне обколювання, хірургічне втручання, кріотерапія та використання тугої пов'язки на післяопераційну рану, не завжди приводять до одужання. Невисока ефективність, вочевидь, пов'язана з невизначеним патогенезом. Таким чином, питання вибору методів лікування залишається відкритим. Тому все це потребує подальшого вивчення та розробки нових методів, які могли б знизити або загальмувати вироблення колагену.

Мета дослідження: оцінити результати комплексного лікування келоїдних утворень на основі використання чотирьох лікувальних компонентів: хірургічного, кріотерапії, магніто- та антибіотикотерапії.

Матеріал та методи. Під спостереженням знаходилися 16 хворих віком від 13 до 18 років. У всіх випадках келоїд розвивався через 1 міс. після проколу мочок вушних раковин золотими сережками. Крім того, у 6 хворих після поверхневих травм шкіри розвилися рубцеві утворення на передній черевній стінці та передпліччях.

Об'єктивно визначалися грубі келоїдні утворення обох мочок вушних раковин, а у 6 хворих – грубі рубці шкіри передньої черевної стінки та передпліччя. Келоїдні рубці закінчували ріст у середньому через 1-6 місяців після травми.

На першому етапі проводилося хірургічне лікування у вигляді висічення келоїдних утворень з пластичною реконструкцією мочок вушних раковин. На 8-14-у добу проводили кріотерапію післяопераційних зон з експозицією в 1,5 хв.

Аналогічне хірургічне втручання проводилося при келоїдних утвореннях шкіри черевної стінки та передпліччя, тільки кріотерапію проводили на 10-у добу у вигляді 2 циклів. Післяопераційний період супроводжувався призначенням антибактеріальної терапії та магнітотерапії на зону операційної рани.

Результати. Післяопераційний період у хворих тривав без ускладнень, загоєння протікало первинним натягненням. Після кріотерапії формувалася виражений набряк зон впливу і відмічалася посилення психологічної невпевненості в проведеному лікуванні. З метою відновлення психологічної впевненості з хворими проводилася бесіда про надійність методів, що використовуються.

Висновки. Хірургічне лікування келоїдів потрібно проводити на сформованому етапі їх розвитку, тобто коли розвиток вже завершився. Комбінація хірургічного метода з кріо-, магніто- та антибіотикотерапії в післяопераційному періоді сприяло повному одужанню та відсутності у 100% хворих рецидиву на протязі 2 років спостереження.

Ключові слова: келоїдні рубці шкіри, мочок вушних раковин, комплексне лікування.

THE TREATMENT TACTICS OF AURICULA AND TRUNK KELOIDS

Yevchev FD, Yevcheva AF, Yevchev DF

Odessa National Medical University; e-mail: yevchev55@mail.ru

Abstract

Background. Keloids (from the Greek 'keleis' – swelling; and 'eidos' – species, similarity) is a tumour-like proliferation of connective tissue fibers. Commonly used therapy of keloids, such as the laser resurfacing, hormonal injections, surgical excision, cryotherapy, the use of long-term postoperative pressure bandage on the wound, and even complex treatment do not lead to the desired results, which could be connected with the unknown pathogenesis of keloids development. Thus, the question of choice of treatment remains open and current. It requires further study and development of new methods, and possibly new drug preparation that may mitigate an increased production of collagen.

The aim of our research is to evaluate the results of complex treatment of keloid formations on the basis of four medicinal components: surgery, cryoablation, magnetic therapy and antibiotic therapy.

Material and Methods. We observed 16 patients aged from 13 to 18 years, with the keloid developed in a month after piercing of earlobes with gold earrings. 6 patients had scar formations that developed after superficial injuries of the anterior abdominal wall and the skin of the forearm. The keloids stopped their growth in 1-6 months after the injury. During the first phase of treatment the surgery excision with plastic reconstruction of the earlobes was carried out. On the 8th and 14th days the cryotherapy on postoperative areas was performed with exposure to 1.5 minutes. A similar surgical excision was performed on keloid scars of the abdominal wall and forearm. But the cryosurgery was performed in two cycles on the 10th day. In the postoperative period the appointment of antibacterial therapy and magnetic therapy in the surgical wound area were prescribed.

Results. All the patients had no complications during the postoperative period. The wounds healed by primary intention. The patients kept psychological uncertainty in good results of the treatment. After cryotherapy the evident swelling of the impact zone was formed, and the increasing of psychological uncertainty of the treatment was marked. In order to restore psychological confidence the conversation about the reliability of the carried methods was conducted with the patients.

Conclusions. Combination of surgical method with cryotherapy, magnetic therapy and antibiotic therapy during the postoperative period contributed into a full recovery of 100% patients and absence of relapse within two years of observation.

Keywords: keloid scars of skin, earlobes, complex treatment of patients