

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КЕЛОИДНОГО РУБЦА

© Василий Иванович Ломакин¹, Александр Сергеевич Кузьмичев², Алексей Львович Акинчев², Денис Валерьевич Костяков³, Илья Валерьевич Арцимович², Василий Аркадьевич Гордиенко²

¹ Городская Мариинская больница, 191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., 56

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2

³ Научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, 192242, Санкт-Петербург, Будапештская ул., 3

Контактная информация: Денис Валерьевич Костяков — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела термических поражений. E-mail: kosdv@list.ru

Резюме: Келоид — это результат разрастания плотной фиброзной ткани, которая обычно развивается после заживления травмированной кожи. Их лечение остается одной из наиболее сложных проблем пластической и реконструктивной хирургии. Простое удаление келоидов, даже в пределах здоровой ткани, часто сопровождается рецидивом, в том числе и при комбинации с лазерной терапией, криотерапией, экспандерной дермотензией и др. В связи с этим гормонотерапия келоидных и гипертрофических рубцов получила широкое распространение. В настоящей работе представлено клиническое наблюдение больной с келоидным рубцом I пальца правой стопы, у которой после нескольких хирургических вмешательств по поводу доброкачественной опухоли развился келоидный рубец. Длительная терапия инъекциями дипроспана позволила добиться излечения больной.

Ключевые слова: келоидный рубец, хирургическое лечение, дипроспан

SUCCESSFUL TREATMENT OF EXTENSIVE RECURRENT KELOID SCAR

© Vasily I. Lomakin¹, Alexander S. Kuzmichev², Alexey L. Akinchev², Denis V. Kostyakov³, Vasily A. Gordienko², Ilya V. Artsimovich²

¹ Mariinsky City Hospital, 191014, St. Petersburg, Liteiny prospect, 56

² Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

³ Research Institute of Ambulance named after I.I. Janelidze, 192242, St. Petersburg, Budapest st., 3

Contact information: Denis V. Kostyakov — PhD, researcher of the department of thermal injuries unit. E-mail: kosdv@list.ru

Summary: «Keloid» is the result of the growth of dense fibrous tissue, which usually develops after the healing of injured skin. Their treatment remains one of the most difficult problems of plastic and reconstructive surgery. Simple removal of keloids, even within healthy tissue, is often accompanied by relapse, including and when combined with laser therapy, cryotherapy, expander dermatotension, and other methods, etc. In this connection, hormone therapy of keloid and hypertrophic scars is widespread. This work presents a clinical observation of a patient with a keloid scar of the first toe of the right foot, who, after several surgical interventions for a benign tumor, developed a keloid scar. Long-term therapy with diprosan injections made it possible to cure the patient.

Key words: keloid scar, surgical treatment, diprosan

ВВЕДЕНИЕ

Келоид — это результат разрастания плотной фиброзной ткани, которая обычно развивается после заживления травмированной кожи. Фиброзная ткань выходит за пределы первоначальной раны и обычно не регрессирует спонтанно, имея тенденцию к рецидивированию после удаления. Лечение рубцов и вызванных ими деформаций, а также образование патологических рубцов остаются одной из наиболее сложных проблем пластической и реконструктивной хирургии. Согласно классификации А. Е. Резниковой [2] рубцы делят на атрофические, нормотрофические, гипертрофические и келоидные. Патологическими принято считать келоидные и гипертрофические рубцы. Простое удаление келоидов, даже в пределах здоровой ткани, часто сопровождается их рецидивом. Однако и комбинация различных методов лечения, таких как лазерная терапия, криотерапия, гормонотерапия, экспандерная дермотензия и другие методы воздействия на рубец не всегда приводят к положительному эффекту [3]. Гормонотерапия келоидных и гипертрофических рубцов получила широкое распространение [4]. Наиболее эффективна она после хирургического лечения [5]. В нашей стране чаще используется кортикостероид пролонгированного действия дипроспан, который ингибирует провоспалительные ферменты, гормоны, простагландины, интерлейкины и не только препятствует дальнейшему разрастанию рубцовой ткани, но и приводит к значительному ее регрессу. В связи с этим лечение келоидных и гипертрофических рубцов дипроспаном имеет патогенетический характер [1]. Приводим наше наблюдение.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка С. 52 лет длительное время страдала кожным новообразованием тыльной поверхности левой стопы в области 2-й фаланги I пальца. В апреле 2014 г. больной в условиях центра амбулаторной хирургии под инфильтрационной анестезией было выполнено иссечение новообразования в пределах здоровых тканей. Послеоперационное течение гладкое. Заживление первичным натяжением. Гистологическое заключение: фиброма с мелкоочаговой круглоклеточной инфильтрацией в строме. Через месяц после операции пациентка отметила видоизменение послеоперационного рубца в виде его увеличения в размерах, уплотнения, сглаженности контуров, гиперемии. За год рубец увеличился до 10 объемов первоначального размера. Пациентке в условиях стационара под ЭТН было выполнено иссечение келоидного рубца в пределах здоровых тканей с замещением дефекта перемещенным кожным лоскутом с тыльной поверхности стопы. Послеоперационный период без особенностей. Заживление первичным натяжением. Гистологическое заключение: фрагменты кожи со структурными элементами доброкачественной миофибробластической опухоли с замурованными придатками кожи, фокусами

миксоматоза. Представленная морфологическая картина характерна для неклассической пальцевой фибромы (фиброматоза). В первый месяц послеоперационного периода у больной отмечен рецидив келоидного рубца в области послеоперационной раны. В последующие 6–8 месяцев отмечено значительное увеличение рубца с переходом на тыльную поверхность II пальца левой стопы. В то же время пациентка впервые отметила ограничение движения большого пальца, а также трудности в одевании и ношении, обычной для больной, повседневной обуви (рис. 1а, б).

В июне 2016 г. в условиях ГБУЗ «Городского клинического онкологического диспансера» под ЭТН произведено широкое иссечение келоидной опухоли с пластикой свободным кожным лоскутом наружной поверхности левого бедра. Послеоперационное течение гладкое. Заживление первичным натяжением. Гистологическое заключение: лоскут кожи, покрытый утолщенным многослойным плоским эпителием с гиперкератозом и участками акантоза. В дерме разрастание грубоволокнистой соединительной ткани с очаговой лимфоидной инфильтрацией. Данные морфологические изменения не противоречили диагнозу келоидный рубец (рис. 1в). Первые 1–2 месяца послеоперационного периода прошли без особенностей. Кожный трансплантат полностью прижился и сформировался нормальный кожный покров тыльной поверхности левой стопы. Признаки рецидива келоидного образования послеоперационной раны пациентка отметила через 4 месяца в виде уплотнения, гиперемии, местного разрастания с переходом на II — II палец левой стопы и подушечку I пальца (рис. 1г). За последующие 6 месяцев келоидный рубец составлял 1/3 всего кожного покрова тыльной поверхности левой стопы. У пациентки появилась хромота, ввиду невозможности полноценных движений первых 3 пальцев стопы, трудности в ношении обычной повседневной обуви и необходимость покупки на размер больше. Стала избегать пребывания в общественных местах из-за развития комплекса неполноценности (рис. 1д). Пациентка обращалась в различные амбулаторные и стационарные учреждения Санкт-Петербурга, где получала заключение о невозможности проведения последующих оперативных вмешательств ввиду высокого риска рецидива и ухудшения состояния. С мая 2018 г. по июль 2018 г. пациентке в амбулаторном режиме начато лечение дипроспано-лидокаиновыми блокадами с периодичностью 1 раз в 7 дней в соотношении 1/1 (1 мл Дипроспана + 1 мл 2% Лидокаина). Метод обкалывания сводился к выполнению множественных внутрикелоидных инъекций при помощи инсулинового шприца. Инъекции проводились с периферии образования по направлению к центру. После 3-й процедуры пациентка отметила уменьшение в размерах келоидного рубца, его смягчение, изменение окраски. Принято решение о продолжении консервативной терапии с увеличением интервала введения дипроспана до 2-х недель (ввиду риска развития надпочечниковой недостаточности). Вплоть до декабря 2018 г. больной проводились



Рис. 1 Келоидный рубец I пальца левой стопы: а) вид стопы через 6 мес. после иссечения келоидного рубца в пределах здоровых тканей с замещением дефекта перемещенным кожным лоскутом с тыльной поверхности стопы; б) вид стопы через 8 мес. после иссечения келоидного рубца, в) вид стопы после иссечения келоидной опухоли с пластикой свободным кожным лоскутом; г) то же через 4 месяца после пластики; д) через 10 мес. после пластики; е) вид стопы через 1,5 года лечения инъекциями дипроспана

инъекции по принятой методике (однократное введение раз в 14 дней в соотношении 1/1). Через 6 месяцев от начала лечения отмечено уменьшение размеров послеоперационного рубца на 80%, нормализация цвета кожного покрова. В это же время у пациентки выявлены лабораторные признаки надпочечниковой недостаточности в виде незначительного снижения уровня кортизола. Решено проводить инъекции с промежутком в 1 месяц. Через год от начала лечения у больной на 95% уменьшились размеры келоидного рубца, на 50% сформировался нормальный кожный покров данной области, полностью исчезли дискомфорт, ограничение подвижности, хромота, комплекс неполноценности. По данным

лабораторных исследований сохранялись признаки надпочечниковой недостаточности.

Дозировка дипроспана уменьшена в два раза (0,5 мл Дипроспан + 1,0 мл Лидокаин 2%) с периодичностью введения 1 раз в месяц. Еще через 3 месяца зафиксировано полное исчезновение келоида и восстановление нормального кожного покрова (рис. 1е). По данным лабораторных исследований замечен регресс надпочечниковой недостаточности. В настоящий момент через 1,5 года от начала лечения пациентка ведет обычный образ жизни, окраска кожного покрова области послеоперационной раны постепенно восстанавливается.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблему лечения келоидных рубцов в настоящее время нельзя назвать решенной. Современные методы лечения в большинстве случаев являются дорогостоящими и не могут гарантировать полной коррекции рубцово-измененных тканей. В связи с чем гормональная терапия является методикой выбора для данной категории пострадавших. Это подтверждается результатами нашего наблюдения, в котором длительное лечение дипроспаном позволило добиться положительного эффекта. Однако необходимо контролировать гормональный статус для своевременной коррекции надпочечниковой недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карапетян Г.Э., Пахомова Р.А., Кочетова Л.В. и др. Лечение гипертрофических и келоидных рубцов. Фундаментальные исследования. 2013; 3: 70–3.
2. Резникова А.Е. Клинико-морфологические особенности лечения и профилактики рубцов лица и шеи у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1999. Доступен по: <http://medical-diss.com/medicina/kliniko-morfologicheskie-osobennosti-lechenie-i-profilaktika-rubtsov-litsa-i-shei-u-detey> (дата обращения 06.03.2020).
3. Шаробаро В.И., Романец О.П., Гречишников М.И. и др. Методы оптимизации лечения и профилактики рубцов. Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2015; (9): 85–90.
4. Hochman B., Locali R.F., Matsuoka P.K. et al. Intralesional triamcinolone acetonide for keloid treatment: a systematic review. *Aesth Plast Surg.* 2008; 32: 705–9.
5. Roques C., Teot L. The use of corticosteroids to treat keloids: a review. *Int J Low Extrem Wounds.* 2008; 7(3): 137–145.

REFERENCES

1. Karapetjan G.Je., Pahomova R.A., Kochetova L.V. et al. Lechenie gipertroficheskikh i keloidnyh rubcov. *Fundamental'nye issledovaniya* [Treatment of hypertrophic and keloid scars. Basic research]. 2013; 3: 70–3. (in Russian).
2. Reznikova A.E. Kliniko-morfologicheskie osobennosti lechenija i profilaktiki rubcov lica i shei u detej [Clinical and morphological features of treatment and prevention of scars of the face and neck in children]. PhD-thesis M.; 1999. Available from: <http://medical-diss.com/medicina/kliniko-morfologicheskie-osobennosti-lechenie-i-profilaktika-rubtsov-litsa-i-shei-u-detey> (accessed 06.03.2020) (in Russian).
3. Sharobaro V.I., Romanec O.P., Grechishnikov M.I. et al. Metody optimizacii lechenija i profilaktiki rubcov. [Methods for optimizing the treatment and prevention of scars]. *Hirurgija. Zhurnal im. N. I. Pirogova.* 2015; (9): 85–90. (in Russian).
4. Hochman B., Locali R.F., Matsuoka P.K. et al. Intralesional triamcinolone acetonide for keloid treatment: a systematic review. *Aesth Plast Surg.* 2008; 32: 705–9.
5. Roques C., Teot L. The use of corticosteroids to treat keloids: a review. *Int J Low Extrem Wounds.* 2008; 7(3): 137–45.