

Новосартян М.Г., Орлова Е.В., Севидова Л.Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РУБЦОВ

Кафедра кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва, Россия

Формирование рубцовой ткани представляет собой физиологический ответ на повреждение кожных покровов и слизистых оболочек. Однако изменение метаболизма внеклеточного матрикса (дисбаланс между его разрушением и синтезом) может привести к чрезмерному рубцеванию и образованию келоидных и гипертрофических рубцов. Кожные рубцы формируются в результате механических, химических, термических, лучевых повреждений кожи, а также могут носить поствоспалительный характер (постакне). Выделяют три вида патологических рубцов: атрофические, гипертрофические и келоидные. Они остаются на всю жизнь, нередко создавая заметный косметический и функциональный дефекты. Уродующие шрамы, рубцы, ограничивающие даже небольшие движения, могут в значительной степени снизить качество жизни пациентов. Заживление раны – это сложный биологический процесс, который длится около года и завершается формированием зрелого рубца. По прошествии года ткани рубца продолжают изменяться, но очень медленно и малозаметно. Развиваясь из грануляционной ткани, в дальнейшем переходящей в соединительнотканную структуру, рубцы значительно меняют общий рельеф кожного покрова. В дерме исчезают эластические волокна, на их месте разрастаются грубоволокнистые коллагеновые волокна. Кроме того, считается, что кровеносные и лимфатические сосуды деформируются и резко уменьшаются в количестве. Особенно опасна ситуация, когда вместо нормотрофического рубца формируется келоидный. Согласно медицинской статистике,

порядка 10–20% от всех пациентов с рубцовыми изменениями кожи – обладатели келоидных рубцов. Предугадать это состояние невозможно. Поэтому наиболее актуален вопрос лечения келоидных рубцов. Для лечения рубцов используют разные методы – от использования силиконовых повязок, криотерапии, инъекций лекарственных средств, таких как кортикостероиды, метотрексат, 5-ФУ (5-фторурацил) и блеомицин, до хирургических методов лечения и в том числе лазера (аблятивный и неаблятивный).

В настоящее время нет стандартизированного подхода к терапии рубцов. Выбор тактики определяется локализацией, глубиной повреждения, его размером, а также возрастом пациента и ответом на лечение. Одним из важных параметров, учитывающихся в выборе алгоритма лечения пациентов, является длительность существования рубца. На начальном этапе необходимо избегать солнечного излучения, использовать интенсивное увлажнение и силиконовые повязки. В сроке от 4 нед до 6 мес – внутриочаговая инъекция кортикостероидов, 5-фторурацила или их комбинация, блеомицина. Через 12 мес, если лечение безуспешно, стоит рассмотреть вопрос об оперативном вмешательстве (+ трансплантация кожи или лоскута) в комбинации с иридием, локальная радиотерапия или криотерапия.

Зарубежный опыт оценивает сочетание 5-фторурацила и кортикостероидов в лечении келоидных рубцов как один из самых эффективных методов. В нашей стране данных опыт отсутствует, что требует дальнейшего изучения.

