

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦАХ КОЖИ

М.С. Саидов, К.М. Мухамадиева, С.М. Мирзоева

*Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии;
Республиканский хозрасчётный научно-производственный центр восстановительной
хирургии; кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино*

Ключевые слова: болевой синдром, келоидные рубцы, препарат «Тебантин»

Актуальность. Главной особенностью течения келоидных рубцов является болевой синдром, который по данным одних авторов встречается в 88% [4], в то время, как в других исследованиях данное состояние отмечалось в 19,5% случаев [5]. Характерна изменённая чувствительность к болевым раздражениям различного характера. По данным Шафранова В.В. и соавт. [4] при пальпации келоида (надавливанием) отмечается болезненность, в то время, как при уколе иглой, напротив, выявляется снижение чувствительности. Авторы отмечают, что некоторые пациенты с келоидными рубцами отмечают чувствительность к атмосферным колебаниям, что, по их мнению, связано с коллоидным состоянием рубцовой ткани. В то же время тактильная и температурная чувствительность келоидов снижена, что является фактором, предрасполагающим к их травматизации. Большие по площади келоиды, образовавшиеся за счёт размозжения или ожога тканей, представляют собой результат дисрегенерации дермы и относятся к фиброматозам [1,3]. Такие рубцы, спаиваясь с окружающими тканями и сдавливая нервные окончания, формируют туннельные синдромы, хронизируя болевой процесс. Посттравматический келоидный рубец играет роль так называемого триггерного механизма, который по мнению Каменева Ю.Ф. [2], представляет собой обособленную гиперраздражимую периферическую структуру, деятельность которой осуществляется в автономном режиме без видимого участия внешних и внутренних патогенных факторов. Формирование боли под влиянием постепенно нарастающего сдавления, характеризуется длительным прогрессирующим развитием, двигательными и чувствительными нарушениями, обилием вегетативно-трофических расстройств. Болевой синдром при келоидных рубцах препятствует проведению лечебных мероприятий и создаёт трудности консервативного и хирургического лечения келоидных рубцов, отдаляя или исключая необходимые этапы важной противорубцовой терапии и реабилитации. Используемые в настоящее время методы терапии келоидов (гормонотерапия, аппликации димексида с новокаином, пероральный приём нестероидных противовоспалительных препаратов, методы рефлексотерапии, физиотерапия) не оказывают целенаправленного влияния на этот важный сопутствующий феномен. К тому же, их применение сопровождается большим количеством побочных эффектов, что значительно ограничивает их применение.

Вышеизложенное диктует необходимость изучения данной проблемы, актуальность которой несомненна.

Цель исследования: улучшение результатов лечения келоидных рубцов, сопровождающихся болевым синдромом.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 69 пациентов с келоидными рубцами, у которых болевой синдром был основной жалобой при поступлении. Больные были распределены на 3 группы в зависимости от этиологического фактора келоида (классификация Шуцкого И.В., 1988г): спонтанные, возникающие без видимой причины (15); посттравматические, образующиеся на месте травмы (39); послеоперационные, возникающие после хирургических вмешательств, медицинских и косметических манипуляций (15). Исследование

болевого синдрома проводилось с помощью визуальной аналоговой шкалы с интерпретацией боли и словесной рейтинговой шкалы. Результаты исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1
Распределение пациентов с болевым синдромом при келоидных рубцах

Вид рубца (n)	Боль (n (%))	Площадь (кв.см)	Давность	Характер боли	Иррадиация
Спонтанные (15)	12 (80%)	1-6	До 3-х лет	Слабая колющая	Без иррадиации
Посттравматические (39)	36 (92%)	12-20	До 3-х лет	Причиняющая страдания ноющая, треляющая	Иррадиирующая
Послеоперационные (15)	7 (46%)	6-12	До 3-х лет	Беспокоящая, жгучая	Иррадиирующая

Из таблицы видно, что наибольший процент пациентов с келоидными рубцами составляют лица с посттравматическими келоидными рубцами (92%), причём, по сравнению с другими рубцами, характер боли при этих видах рубцов наиболее интенсивный и иррадиирующий в окружающие зоны. Боль при келоидных послеоперационных рубцах составляет лишь 46% и по интенсивности менее выражена, чем при посттравматических рубцах. Возможно, это связано с линейной формой послеоперационных рубцов и наиболее адекватным заживлением, чем при посттравматических (послеожоговых) рубцах. Для спонтанных келоидных рубцов боль также является частым сопутствующим симптомом (80%), однако, представлена она в виде слабой, колющей боли без иррадиации.

Необходимо отметить, что все пациенты исследуемой группы ранее получали традиционную физиотерапию в виде электрофореза с лидазой и гидрокортизоном. Данный вид терапии способствует как уменьшению размеров рубцового поражения, так и снижению боли в рубце. В связи с этим, нами было изучено влияние ранее проведённой терапии на уменьшение боли в области келоида. Данные приведены в таблице 2.

Таблица 2
Распределение пациентов с келоидными рубцами в зависимости от эффекта ранее проведённой терапии

Вид рубца	Предыдущая терапия (к-во больных)	Уменьшение размеров рубца (к-во больных)	Уменьшение боли (к-во больных)
Спонтанные (15)	7	7	7
Посттравматические (39)	35	28	19
Послеоперационные (7)	3	3	3

Как видно, при спонтанных и послеоперационных келоидных рубцах кожи с улучшением кожного статуса отмечается и устранение боли, в то время как при посттравматических руб-

цах, несмотря на улучшение структуры рубца, уменьшение боли отмечается лишь в 54% случаев. Хочется отметить, что из 39 пациентов этой группы до конца довели лечение 35 больных (90%). Среди пациентов с послеоперационными рубцами лишь 3 (42%) закончили консервативную терапию. Остальные пациенты этих групп отказались от дальнейшего лечения из-за выраженного болевого синдрома во время проведения процедур.

Результаты и их обсуждение. С целью полноценной консервативной терапии и улучшения качества лечения келоидных рубцов кожи в схему терапии был включён препарат «Тебантин», представляющий собой структурный аналог гамма-аминомасляной кислоты, который усиливая синтез ГАМК, снижает количество глутамата и модулирует активность болевых рецепторов. Его применение обеспечивает высокую терапевтическую эффективность при различных формах невропатического болевого синдрома. Препарат выпускается Венгерским заводом «Гедеон Рихтер» в капсулах по 300 мг, принимается перорально независимо от приёма пищи. Биодоступность 100%, концентрация препарата в плазме достигает пика через 2-3 часа после приёма. Препарат выводится почками, не метаболизируется в печени. «Тебантин» назначался методом титрования, достигая суточной дозы 1800 мг.

Таблица 3

Характеристика болевого синдрома у больных с посттравматическими келоидными рубцами до и после курса лечения «Тебантином» (% больных)

Параметр боли	Тебантин	
	До лечения (к-во больных)	После лечения (к-во больных)
Причиняющая страдания	39	11
Ноющая	19	7
Стреляющая	13	5
Периодическая	7	0

После 10-дневного курса лечения «Тебантином» достоверно снизилась интенсивность боли по данным визуальной аналоговой и словесной рейтинговой шкалы. После окончания лечения постоянные боли трансформировались в периодические и стали значительно меньше беспокоить больных, уменьшились аллодиния и гиперпатия, увеличился объём движений в поражённой конечности, нормализовался цвет кожи. В 3,5 раза меньше пациентов отметили, что боль приносит им страдания, в 2,7 раз - отметили уменьшение ноющей боли, в 2,6 – уменьшение стреляющей боли. Уменьшение периодических болей отметили все больные (см. табл. 3). Выраженность болевого синдрома уменьшилась у всех больных. У 30% пациентов боль стала регрессировать уже на 3—4-й день, у 70% - на 6-7-й день приёма лекарства. Очевидно, что лечение «Тебантином» является симптоматическим, и потому наряду с его применением необходима терапия келоидного рубца. Однако в лечении келоидных рубцов кожи болевой синдром является не менее ведущим симптомом, чем сам косметический дефект.

Вывод. Лечение болевого синдрома при келоидных рубцах является важным этапом лечения данного заболевания, так как от этого зависит полноценность дальнейшей терапии. В схему лечения келоидных рубцов необходимо включать препараты, купирующие боль. «Тебантин», как безопасный и эффективный препарат, может использоваться в качестве препарата выбора первого порядка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вялов С.Л., Пшениснов К.П., Куиндоз П., Монтандон Д., Питте Б. Современные представления о регуляции процесса заживления ран (обзор литературы)//Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 1999, №1,-С. 49-55
2. Каменев Ю.Ф. Природа хронической боли (критерии разграничения, классификация, механизмы возникновения, диагностика). М.,2003,-С.96
3. Мяделец О.Д., Адаскевич В.П. Функциональная морфология и общая патология кожи// Витебск, изд-во Витебского мед. ин-та, 1997
4. Шафранов В.В., Короткий Н.Г., Борхунова Е.Н., Таганов А.В. Келоидные рубцы у детей/ М., 2006, -С.112
5. Shaffer.J.J, Taylor S.C., Cook-Bolden F. American Akademy of dermatolojy, 2002, №46

ХУЛОСА

Таботати алоими дарднок ҳангоми скарҳои келоидии пӯст

М.С. Саидов, К.М. Муҳаммадиева, С.М. Мирзоева

Дар мақола натиҷаҳои пажӯҳиши беморони дорои скарҳои келоидӣ, ки алоими дарднок ҳамроҳӣ мекунад, оварда шудааст.

Алоими дардӣ ҳангоми скарҳои келоидӣ дар 88% мавридҳо вомехӯрад ва ҳолати умумии беморонро бад намуда усулҳои таботати зиддискарио дур мекунад.

Барои таботати алоими дарднок муаллифон истифодаи доруи «Тебантин»-ро пешниҳод менамоянд. Дар 30 % беморон дард дар рӯзҳои сеюм ва чорум, дар 70% беморон бошад дар рӯзҳои шашум ва ҳафтуми истеъмоли ин дору таназзул кард. «Тебантин» ҳамчун доруи безарар ва таъсирбахш метавонад ба сифати доруи интихоби тартиби аввал истифода шавад.

SUMMARY

TREATMENT OF PAIN SYNDROME UNDER KELOID SCARS OF SKIN

M.S. Saidov, K.M. Muhamadieva, S.M. Mirzoeva

Pain syndrome under keloid scars of skin is in 88% cases, aggravates state of patients and makes far-away the use of anti-scar therapy. The results of examination of patients with keloid scars and pain syndrome are shown. Authors using Tebantine (Gabapentine) showed that the pain in 30% patient decreased in 3-4 days, in 70% – in 6-7 days after the dose. Safe and effective preparation Tebantine may be used first of all.

