

# Крупный келоид ушной раковины (клиническое наблюдение)

И.М.Кириченко, В.И.Попадюк

*Российский университет дружбы народов,  
кафедра оториноларингологии факультета повышения квалификации медицинских работников, Москва  
(зав. кафедрой — проф. В.И.Попадюк)*

В статье представлен краткий обзор литературы по этиопатогенезу, клинике и методам лечения келоидов. Рассмотрен клинический случай крупного келоида ушной раковины. Проведено комбинированное лечение больного с положительным клиническим эффектом.

*Ключевые слова: келоид, ушная раковина*

## Large Keloid of an Auricle (Case Report)

I.M.Kirichenko, V.I.Popadyuk

*Peoples' Friendship University of Russia, Medical Faculty of Postgraduate Studies, Department of  
Otorhinolaryngology, Moscow  
(Head of the Department — Prof. V.I.Popadyuk)*

The article provides a brief review of the literature on the etiology and pathogenesis, clinic and methods of treatment of keloids. The clinical case of a large keloid of an auricle is considered. There was conducted a combined treatment of a patient with a positive clinical effect.

*Key words: keloid, auricle*

**К**елоидный рубец, или келоид, — опухолевидное образование из волокон соединительной ткани, имеющее склонность к рецидивированию и росту.

Среди пациентов с рубцовыми изменениями кожи больные с келоидными рубцами составляют около 10–20%. Деформирующее воздействие келоида на близлежащие анатомические структуры приводит к уродующему эффекту, физическим и моральным страданиям пациента [1].

Избыточно растущая незрелая соединительная ткань с большим количеством атипичных гигантских фибробластов, малым количеством капилляров, тучных и плазматических клеток составляет основу келоида, который длительное время (от нескольких недель до нескольких месяцев) может находиться в функционально активном состоянии [2]. Келоидный рубец может стабилизироваться через 2 года после его появления. Однако в некоторых случаях келоид способен прогрессировать более длительное время [3].

Различают молодые келоиды (3 мес — 5 лет), которые обладают гладкой, блестящей поверхностью, красноватого цвета, активно развиваются, и застарелые келоиды (более 5

лет), имеющие неровную, морщинистую поверхность, более бледной окраски и практически не развивающиеся.

Причины формирования келоида до конца не изучены. Его появление возможно как после травмы или выраженного воспаления (на месте фурункула, ожога, после ветряной оспы, акне и др.), так и после инвазивных медицинских вмешательств.

Келоиды локализуются чаще всего на ушной раковине, щеке, кожи груди, конечностях, преимущественно у женщин (85%) в возрасте от 10 до 30 лет, что объясняется проведением ими различных манипуляций: проколов ушей, пирсинга, пластических операций, шлифовки кожи и др. [4]. В некоторых случаях келоид может развиваться спонтанно на неизменной коже, в особенности у лиц, склонных генетически к гиперколлагеногенезу.

Необходимо отметить предрасположенность к рубцовым процессам у афроамериканцев и латиноамериканцев (4,5–16%) [1]. Развитие келоида может быть генетически детерминированным и связанным с лейкоцитарными антигенами (B14, B21, Bw16, Bw35, DR5, DQw3) и A (II) группой крови. Наследование возможно как по аутосомно-доминантному, так и по аутосомно-рецессивному типу [5].

При формировании келоида происходит нарушение развития соединительной ткани, поэтому более правильно было бы говорить о целом процессе, известном как келоидная болезнь [6, 7].

При нормальном заживлении кожной раны изменения проходят три фазы (воспаление, фибробластическую стадию и матuration), в результате чего должен сформироваться нежный рубец, не выходящий за пределы повреждения.

### Для корреспонденции:

Кириченко Ирина Михайловна, доктор медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов

Адрес: 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6

Телефон: (495) 955-6564

E-mail: loririna@yandex.ru

Статья поступила 21.11.2014, принята к печати 24.12.2014



Рис. 1. Вид пациента до операции.

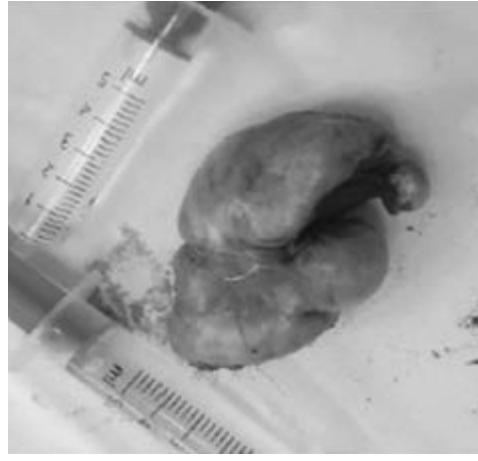


Рис. 2. Удаленный келоид.



Рис. 3. Вид пациента через 2 мес после операции.

Для достижения указанного эффекта, с точки зрения биохимических реакций, при формировании рубца процессы коллагеногенеза должны быть компенсированы процессами его деградации. Элементы соединительной ткани начинают регрессировать после 3-й недели, в то время как в келоиде фибробласты пролиферируют вокруг образовавшихся мелких сосудов, создавая уплотненные участки коллагена.

Отмечается наличие ранних форм фибробластов с повышенной активностью по сравнению с нормальной кожей или гипертрофическим рубцом. Синтез коллагена в келоиде в 20 раз выше, чем в нормальной неповрежденной коже и в 3 раза выше, чем в гипертрофическом рубце. Уровень коллагена I и III типа существенно повышен в келоиде по сравнению с гипертрофическим рубцом [8].

Немаловажное значение в формировании келоида имеет трансформирующий фактор роста — (Transforming growth factor, TGF) и тромбоцитарный фактор роста — (Platelet-derived growth factor — PDGF). Избыток или увеличение активности этих факторов приводит к активации фибробластов в зоне воспаления и повышенному фиброзообразованию [9–11]. Развитие келоида может сопровождаться болью, зудом, гиперестезией в области рубца, формированием контрактур конечностей при больших размерах поражения, возможно присоединение вторичной инфекции при постоянном трении области рубца. При этом самостоятельно келоид никогда не рассасывается.

При лечении келоидов перед врачом стоит выбор между консервативной или хирургической тактикой лечения келоидов. Последнее время предпочтение отдается консервативным или комбинированным методикам. При комбинированном методе проводится иссечение келоида с последующим введением в рубец различных лекарственных веществ: триамценолона, что снижает воспаление посредством супрессии миграции полиморфонуклеарных лейкоцитов и восстановления капиллярной проницаемости, иммуномодулятора Imiquimod (Aldara) в виде 5% крема местного действия (способен к стимулированию продукции интерферона-альфа, TNF-фактора и интерлейкинов-1, -6, -8). Терапия интерфероном — новшество в лечении келоидных и гипертрофических рубцов, интерферон-альфа, -бета и -гамма уменьшают продукцию келоидальными фибробластами коллагена I, III и

VI типа. Применяется также крио- и лазеротерапия, радиотерапия, аппликации силиконового геля, давящие повязки (при небольших размерах келоида на ранней стадии).

Несмотря на большое количество методик, келоид может становиться более мягким, менее натянутым, болезненным и зудящим. В случаях простого иссечения рецидивы могут возникать с частотой более 50% [12, 13].

В данной статье представлено описание клинического наблюдения крупного келоида ушной раковины.

Пациент Б., 22 года, поступил в ЛОР-отделение ГКБ № 4 г. Москвы 25 декабря 2013 г. с жалобами на наличие плотного, большого образования на правой ушной раковине, более тянущего характера и чувство дискомфорта в этой области. Со слов больного, заболевание началось после травмы (укуса в драке) ушной раковины 1,5 года назад. Наличие грубого рубца в области мочки правого уха отметил спустя 3 мес после травмы, через 6 мес проведено иссечение келоидного рубца без последующей дополнительной терапии.

По прошествии 4 мес после операции больной вновь обнаружил значительное увеличение мочки правого уха и разрастание рубца вверх по ушной раковине и вниз в околоушную область с присоединением периодических тянущих болей и нарастающего чувства дискомфорта. Пациент отметил, что наличие большого, «уродующего» рубца привело не только к физическому, но и моральному дискомфорту, затрудняло общение с людьми, вследствие чего больной боялся потерять работу. Поступил для планового хирургического лечения и был обследован на догоспитальном этапе. Клинические анализы крови и мочи без патологических отклонений.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, ЧДД — 16 в минуту, артериальное давление — 120/80 мм рт.ст., пульс — 72 удара в минуту. На коже спины и живота визуализируются грубые посттравматические рубцы. При ЛОР-осмотре: на нижней трети правой ушной раковины с переходом на околоушную и частично заушную области отмечается бугристое образование размером 5,0×3,0×2,5 см с четкими контурами розово-серого цвета, при пальпации плотное, безболезненное, малоподвижное (рис. 1).

После проведения премедикации и периоперационной антибиотикотерапии под местной анестезией раствором нарпина 2 мг/мл 5,0, при помощи радиоволнового ножа «Сургитрон» в режиме резанье/коагуляция выполнено иссечение келоида (рис. 2).

Дефект кожи частично ушит, проведено моделирование ушной раковины, на послеоперационную рану в околоушной области наложена гемостатическая коллагеновая губка с антибактериальным эффектом и давящая повязка. Кровопотеря незначительная (менее 50 мл), послеоперационный период протекал без осложнений. Диагноз келоида подтвержден данными гистологического исследования.

На 7-е сутки швы с ушной раковины сняты, больному на послеоперационную гранулирующую рану проведены аппликации геля «Контрактубекс» в течение 4 мес. На фоне данного лечения рана покрыта нежным розовым рубцом, реактивные явления не выражены, уплотнение и увеличение рубца незначительное (рис. 3).

Таким образом, комплексный подход к лечению келоида и длительное наблюдение больного может благоприятно влиять на прогноз заболевания.

#### Литература

1. Rockwell W.B., Cohen I.K., Ehrlich H.P. Keloids and hypertrophic scars: a comprehensive review // *Plast Reconstr Surg.* 1989 Nov. V.84 (5). P. 827–837.
2. Kischer C.W. Contributions of electron microscopy to the study of the hypertrophic scar and related lesions // *Scanning Microsc.* 1993 Sep. V.7 (3). P.921–930.

3. Craig R.D. Collagen biosynthesis in normal human skin, normal and hypertrophic scar and keloid // *Eur J Clin Invest.* 1975 Feb. V.5 (1). P.69–74.
4. Thompson L.D. Skin keloid // *Ear Nose Throat J.* 2004 Aug. V.83 (8). P.519.
5. Marneros A.G., Norris J.E., Olsen B.R., Reichenberger E. Clinical genetics of familial keloids // *Arch Dermatol.* 2001 Nov. V.137 (11). P.1429–1434.
6. Bloch E.F., Hall M.G. Jr., Denson M.J., Slay-Solomon V. General immune reactivity in keloid patients // *Plast Reconstr Surg.* 1984 Mar. V.73 (3). P.448–451.
7. Kazeem A.A. The immunological aspects of keloid tumor formation // *J Surg Oncol.* 1988 May. V.38 (1). P.16–18.
8. Friedman D.W., Boyd C.D., Mackenzie J.W. et al. Regulation of collagen gene expression in keloids and hypertrophic scars // *J Surg Res.* 1993 Aug. V.55 (2). P.214–222.
9. Younai S., Nichter L.S., Wellisz T. et al. Modulation of collagen synthesis by transforming growth factor-beta in keloid and hypertrophic scar fibroblasts // *Ann Plast Surg.* 1994 Aug. V.33 (2). P.148–151.
10. Younai S., Venters G., Vu S. et al. Role of growth factors in scar contraction: an in vitro analysis // *Ann Plast Surg.* 1996 May. V.36 (5). P.495–501.
11. Tuan T.L., Zhu J.Y., Sun B. et al. Elevated levels of plasminogen activator inhibitor-1 may account for the altered fibrinolysis by keloid fibroblasts // *J Invest Dermatol.* 1996 May. P.106 (5). P.1007–1011.
12. Robles D.T., Moore E., Draznin M., Berg D. et al. Keloids: pathophysiology and management // *Dermatol Online J.* 2007 Jul 13. V.13 (3). P.9.
13. Белоусов А.Е. Рубцы и их коррекция // *Очерки пластической хирургии.* Т.1. СПб.: Командор-SPB, 2005. С.124–125.

#### Информация об авторе:

Попадюк Валентин Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов  
 Адрес: 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6  
 Телефон: (495) 955-6564  
 E-mail: lorval04@mail.ru

### СТРАНИЧКА УЧЕНОГО СОВЕТА РНИМУ им. Н.И.ПИРОГОВА

## Информация о защитах диссертаций на соискание ученой степени доктора наук в ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Автор	Тема	Специальность
<b>Иванова Анастасия Сергеевна</b>	Роль оксида азота и альфа-токоферола в системе «мать–плод» и постнатальном эритроцитарном системогенезе при нарушении маточно-плацентарного кровообращения у белых крыс	14.03.03 — патологическая физиология
<i>Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава РФ. Научный консультант — д.м.н., проф. С.Б.Назаров. Защита состоялась 19.01.2015 на заседании диссертационного совета Д 208.072.05 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: (495) 434-8464).</i>		
<b>Прямыков Александр Дмитриевич</b>	Острое нарушение мезентериального кровообращения: современный подход к диагностике и лечению	14.01.17 — хирургия
<i>Работа выполнена в ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава РФ. Научный консультант — д.м.н., проф. А.И.Хрипун. Защита состоялась 19.01.2015 на заседании диссертационного совета Д 208.072.03 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: (495) 434-8464).</i>		
<b>Серебрякова Елена Николаевна</b>	Состояние системы эритрона у новорожденных с синдромом полиорганной недостаточности	14.01.08 — педиатрия
<i>Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ. Научный консультант — д.м.н., проф. Д.К.Волосников. Защита состоялась 09.02.2015 на заседании диссертационного совета Д 208.072.02 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: (495) 434-8464).</i>		