

УДК: 618.19-089.168-003.92-08-084

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ ДЕФЕКТНИХ РУБЦЯХ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Саволук С.І.¹, Рибчинський Г.О.²¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, savoluk@meta.ua²Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр, м. Львів, doc@matolog.lviv.ua

Резюме. На підставі клінічного, гістологічного, морфологічного дослідження обстежено 138 пацієнток з наявними дефектами рубців (ДР) молочних залоз внаслідок хірургічних втручань та проведено хірургічне висічення або малоінвазивне лікування ДР молочних залоз із застосуванням введення препаратів та профілактичних заходів для мінімізації рецидиву ДР.

Метою роботи є визначення ефективності запропонованих лікувально-профілактичних заходів хворим з дефектами рубців молочних залоз без застосування додаткових дороговартісних обстежень для мінімізації повторного утворення нового ДР.

Матеріали та методи. У дослідженні брало участь 138 пацієнток з наявними ДР молочних залоз внаслідок хірургічних втручань. Нами сформовано три групи.

Групу порівняння склали пацієнтки, яким було здійснено хірургічне висічення ДР. Дві досліджувані групи: група №1 – малоінвазивне лікування ДР – розчин дипроспану та 2% лідокаїну вводили безпосередньо в товщу дефектного рубця та накладали силіконовий пластир з компресійною пов'язкою або спеціальним компресійним одягом; група №2 – поєднання хірургічного висічення рубця та введення 2% розчину лідокаїну з дипроспаном в підрубцеву зону та силіконовий пластир з компресійною пов'язкою або спеціальним компресійним одягом на зону рубця. Обстеження проводили за допомогою УЗД до початку дослідження та після застосованих маніпуляцій чи хірургічних втручань. За допомогою доплерівського сканування оцінювали особливості кровопостачання всіх типів рубців. Визначали інтенсивність кровопостачання різних типів рубцевої тканини щодо здорової шкіри.

Результати. Результати тривалого (12 міс.) спостереження наступні: ефективність лікувально-профілактичних заходів у групах №1 та №2, де протягом 6 місяців періодично, при потребі, проводилась корекція рубцевих ділянок, склала 100%. У жодній з досліджуваних груп станом на 12 місяць від початку дослідження не виявлено рецидиву дефектів рубців. Тоді як у групі порівняння із використанням хірургічного

методу даний показник склав лише 51,1%.

Висновки. Запропоновані лікувально-профілактичні заходи в комплексі впливають на блокування каскадів реакцій, які спричиняють формування ДР. Для більш ефективного лікування необхідно застосовувати індивідуальний підхід, враховувати анамнез пацієнток та використовувати відповідні комплексні методи щодо їх профілактики.

Ключові слова: дефектні, гіпертрофічні та келоїдні рубці молочної залози, операції на молочних залозах, профілактика, рецидив.

Вступ. Протягом всієї історії людства жінки з великою прискіпливістю ставилися до естетики і грації свого тіла. Будь-які дефекти завжди приховалися під масивами гриму та дизайнерськими рішеннями одягу і прикрас, зокрема й зони декольте та молочних залоз.

Негативні косметичні наслідки при цьому для пацієнтів – патологічне формування рубців на молочній залозі, які мають стійку тенденцію до зростання після оперативних втручань [1,2]. Гіпертрофовані та келоїдні рубці молочних залоз впливають не тільки на соматичне здоров'я пацієнтів, а мають також психоемоційні наслідки. Тому сьогодні існують різноманітні способи ліквідації дефектних рубців, серед яких медикаментозні, фізіотерапевтичні, хірургічні, комбіновані [5,12]. Всі вони не є досконалими, і жоден із них самостійно не може гарантувати 100% ефективність. До сьогоднішнього дня не існує єдиного достовірного підходу лікувально-профілактичних заходів стосовно дефектних рубців молочних залоз [5,7,10,11].

Метою роботи є визначення ефективності запропонованих лікувально-профілактичних заходів хворим з дефектами рубців молочних залоз без застосування додаткових дороговартісних обстежень для мінімізації повторного утворення нового ДР.

Матеріали та методи. У дослідженні брало участь 138 пацієнток із уже наявними ДР молочних залоз, яким проводили хірургічні втручання з приводу неонкологічних патологій не раніше, ніж за 6 місяців перед початком запропонованих лікувально-профілактичних заходів. Групу порівняння склали пацієнтки, яким про-

водили лише хірургічне висічення ДР, основні групи (№1, №2) склали пацієнтки, яким проводили малоінвазивне лікування ДР розчином кортикостероїду з анестетиком, пластиром і компресією, ширина рубців яких не перевищувала 2 мм на рівні шкіри та виступала над нею по вертикалі, та групи з поєднанням хірургічного висічення рубця із введенням кортикостероїду з анестетиком в ложе свіжого рубця – під рубцеву зону із застосуванням пластиру і компресії. У цю групу входили пацієнтки з шириною ДР понад 2 мм. Контрольний огляд проводився відповідно на 3-й, 6-й тиждень та 3, 6, 9, 12 місяців після втручання. Перед початком дослідження та після лікувально-профілактичних заходів пацієнтам проводилось ультразвукове дослідження. Висічені рубці також досліджувались гістологічно.

З метою профілактики утворення дефектних рубців (ДР) в подальшому групі пацієнток №1 та №2 застосовували наступні заходи:

Група №1 (Д1) 40 пацієнток – готовий розчин дипроспану та 2% лідокаїну збовтували і шприцом з інсуліною голкою вводили безпосередньо в товщу дефектного рубця на молочних залозах до повного побіління рубця з утворенням симптому «лимонної кірки». Далі наклеювали силіконовий пластрин. З метою створення постійного додаткового тиску на ділянку дефектного рубця накладали компресійну пов'язку еластичним бинтом або спеціальним жорстким топіком. За ефектом лікування спостерігали протягом 12 місяців із контролем на 3, 6, 9, 12 місяців, після чого в кожному окремому випадку при потребі проводили повторні ін'єкції.

За результатами: у двох пацієнток через недотримання необхідних рекомендацій після ін'єкцій станом на 3-6 місяців було виявлено ознаки неповного лікувального ефекту ДР, які було ліквідовано із застосуванням цього ж способу.

Клінічний приклад. Пацієнтці Л. (24 р.) проведено малоінвазивне лікування ДР лівої молочної залози. В анамнезі хірургічне видалення фіброаденоми лівої молочної залози (рис. 1, 2, 3, 4, 5, 6).



Рис. 1. Дефекти рубця до лікування.



Рис. 2. Введення розчину в рубець



Рис. 3. Наклеювання пластиру.



Рис. 4. Туге бинтування.



Рис. 5. Стан рубця через 6 тижнів.



Рис. 6. Стан рубця через 6 місяців.

53 пацієнткам групи №2 (Д 2): проводили висічення дефектного рубця (як гіпертрофічного, так і келоїдного) в здорових межах з накладанням інтрадермального косметичного шва з нерозсмоктувального монофільного матеріалу, який знімали на 12-14 день. Через 3-4 тижні після операції ділянку обколювали під товщу рубця сумішню розчину дипроспану та 2% лідокаїну, наклеювали силіконовий пластир. Після цього накладали компресійну пов'язку на цю ділянку із застосуванням еластичного бинта або спеціального одягу. Слід зазначити, що один раз на 2-3 тижні проводили візуальний контрольний огляд рубця, а з третього по шостий місяць проводився контроль в динаміці (щомісячно). Згідно з проведеним оглядом протягом перших двох місяців ін'єкційну процедуру проводили за необхідності, а саме: при ознаках повторного формування дефектного рубця. В групі №2 у трьох пацієнток через неявку на повторні контрольні огляди станом на 5-7 місяць та недотримання необхідних післяопераційних рекомендацій було виявлено ознаки рецидиву ДР, які було ліквідовано із застосуванням ін'єкційного введення препарату. При цьому пацієнток залишено в групі №2 (Д2) для продовження спостереження.

Клінічний приклад. Пацієнтка К. (26 р.) в анамнезі – хірургічне видалення фіброаденоми діаметром 6 см (рис. 7, 8, 9). У післяопераційному періоді – комбінований ДР.

Для оцінки динаміки утворення ДР використовувалась схема кількісної та якісної оцінки нормотрофічних та дефектних рубців на різних етапах їх профілактики. Контроль проводився відповідно на 3-й, 6-й тижень та 3, 6, 9, 12 місяць після втручання. Слід зазначити, що протягом перших 3-6 тижнів проводився огляд зони рубця з частотою кожні 3-14 дні та за необхідності призначались коригуючі заходи. Станом на 3-6 тижень та 3-6 місяць контрольних оглядів були випадки наявних або в стадії формування свіжих ДР, коли також призначались лікувально-профілактичні заходи. Станом на 9-12-й місяць такі явища були відсутні.

Результати та їх обговорення. Рубцева зона в гіпертрофічному рубці відрізнялась збільшеною товщиною (в середньому $2,09 \pm 0,31$ мм) в порівнянні з нормотрофічним, дерма мала загальну

середню ехогенність, з гетерогенною структурою і нерівномірним розподілом сполучно-тканинних волокон. У структурі визначались зони зниженої ехогенності з досить чіткими рівними контурами, які ймовірно відповідали вузлам резорбції залишків дерми, які визначались при гістологічному дослідженні.



Рис. 7. Дефекти рубця до лікування.



Рис. 8. «свіжий» рубець через 6 тижнів.



Рис. 9. Рубець через 6 місяців.

Щодо УЗД гіпертрофічних рубців характерне більш виражене потовщення дерми порівняно з нормотрофічними рубцями, а також нерівномірність її товщини та ехогенності, переважали ділянки зниженої ехогенності з нечіткою структурною диференціацією.

За допомогою УЗД нами проведений моніторинг рубців, який полягав у скануванні дефектних рубців до лікування та після лікування, що давало можливість оцінити об'єм рубцевих змін і глибину поширеності процесу в межах здорових тканин (табл.1, 2).

Таблиця 1
Сканування дефектних рубців до лікування та після лікування.

Досліджуваний показник	Здорова шкіра	Гіпертрофічний рубець	Келоїдний рубець
Товщина епідермісу	0,21±0,02мм	0,43±0,15мм	0,51±0,18мм
Товщина дерми	1,012±0,37мм	2,09±0,31мм	5,48±1,1мм

Гістологічно ці ділянки відповідали специфічним зонам росту внаслідок активності малодиференційованих гігантських клітин – вогнища незрілої сполучної тканини. Характерною була відсутність чіткої межі між здоровою та рубцевою тканиною як наслідок інвазивного характеру росту келоїду.

При морфологічному дослідженні гіпертрофічних рубців визначались виражені пучки колагенових волокон, розташованих паралельно до епідермісу з характерною хвилястою будовою. Юні форми фібробластів і фіброцитів розміщувались поздовжньо по відношенню до пучків колагенових та еластичних волокон, останні були представлені одиничними пучками.

При дослідженні судин мікроциркуляторного русла характерним було потовщення стінок капілярів і артерій за рахунок периваскулярних запальних інфільтратів. Їх просвіт був значно звужений, а іноді частково або повністю облітерований.

Таблиця 2
Співвідношення ДР та нормотрофічних рубців до і після лікування трьох груп пацієнток.

Групи пацієнток	До лікування	Після лікування (9-й-12-й місяць)
Досліджувана група 1 (Д1) – 40 пацієнток	Келоїдні рубці – 17 жін. 42,5% Гіпертрофічні – 23 жін. 57,5%	Нормотрофічні рубці 27 жін. – 67,5% Гіпотрофічні 13 жін. – 32,5%
Досліджувана група 2 (Д2) – 53 пацієнтки	Келоїдні рубці – 22 жін. 41,5% Гіпертрофічні – 31 жін. 58,5%	Нормотрофічні рубці 37 жін. – 69,8% Гіпотрофічні 16 жін. – 30,2%
Група порівняння 45 пацієнток	Келоїдні рубці – 21 жін. 46,7% Гіпертрофічні – 24 жін. 53,3%	Нормотрофічні рубці 18 жін. – 40% Келоїдні рубці 13 жін. – 28,9% Гіпертрофічні 9 жін. – 20% Гіпотрофічні 5 жін. – 11,1%

У гіпертрофічних рубцях судини гістологічно представлені рівномірно і в достатній кількості. Тим не менше, при ультразвуковому дослідженні швидкість кровоплину в цих судинах не була достатньою. Гістологічною картиною для ряду досліджуваних келоїдних рубців були хаотично розташовані потужні пучки колагенових волокон і відсутні еластичні волокна.

Електронна мікроскопія констатувала

поліморфні фібробласти та переважання молодих та малодиференційованих форм з активним синтезом та повну відсутність еластичних волокон. Більшість судин келоїду були облітеровані з деструктивними ознаками.

Наявність артеріального кровоплину по краю келоїдного рубця та його відсутність всередині обумовлена морфологічними особливостями мікроциркуляторного русла келоїдних рубців.

Нами також проводився контрольний огляд рубцевої ділянки пацієнток до- та після проведених лікувально-профілактичних заходів, який оцінювався згідно з Ванкуверівською шкалою за 5 ознаками: пігментація, васкуляризація еластичність, висота, біль, свербіж рубця (таб. 3, 4).

Таблиця 3
Усереднені показники в досліджуваній групі №1 + №2 за Ванкуверівською шкалою.

	Пігм.	Васкул.	Еласт.	Вис.	Біль	Свербіж	Заг. оц.
До	2	2	3	3	2	1	13
Після	0	0	2	0	1	1	4

Таблиця 4
Усереднені показники в групі порівняння за Ванкуверівською шкалою.

	Пігм.	Васкул.	Еласт.	Вис.	Біль	Свербіж	Заг. оц.
До	2	3	3	3	2	1	14
Після	1	1	2	2	1	1	8

За результатами оцінки рубців за Ванкуверівською шкалою кількість балів в досліджуваних групах №1 та №2 була нижчою, ніж у контрольній групі, що вказує на їх ефективність.

Висновки.

1. Лише індивідуальний, комплексний підхід до лікування ДР молочних залоз із врахуванням анамнезу, наявності інфекційних ускладнень при загоюванні попередніх рубців із формуванням після цього ДР, а також виділення групи ризику рецидиву ДР та застосування відповідних лікувально-профілактичних заходів забезпечить якість наданої допомоги пацієнткам з приводу неонкологічних хірургічних втручань на молочних залозах.

2. Надання таким пацієнткам відповідної допомоги слід розпочинати із високочастотного ультразвукового дослідження з визначенням типу рубця, а також глибини рубцевого ураження. Ультразвуковими критеріями дефектного рубця є нерівномірність його товщини і ехогенності з переважанням ділянок зниженої ехогенності без чіткої структурної диференціації, відсутність чітких границь між рубцевою та нормальною тканиною, наявність артеріальних судин при доплерівському узд скануванні.

3. Тривале спостереження (12 місяців) та проведення відповідних лікувально-профілак-

тичних заходів пацієнткам з ДР із комплексним застосуванням силіконового пластиру в поєднанні з компресійними та ін'єкційними засобами забезпечить уникнення появи рецидиву нових дефектних рубців (келоїдних і гіпертрофічних). Запропонований лікувально-профілактичний комплекс усуває побічні ефекти, сприяє підвищенню комплаєнтності.

4. Запропоновано для даної категорії пацієнток оптимізувати лікувально-профілактичні заходи після хірургічних втручань на молочних залозах. Крім того, лікувально-профілактичні заходи заощаджують витрати на передопераційні дообстеження із застосуванням високовартісних експрес досліджень, включно з генетичними.

Література:

1. Аветиков Д.С. Спосіб оцінювання рубцевозмінених тканин голови та шиї на доопераційному етапі / Д.С. Аветиков, С.О. Ставицький // Актуальні проблеми сучасної медицини : Вісник Укр. мед. стомат. акад. – 2012. – Т.12, Вип.4 (40). – С. 5-7.
2. Аветиков Д.С. Оптимізація патогенетичного лікування гіпертрофічних рубців голови та шиї / Д.С. Аветиков, С.О. Ставицький // Актуальні проблеми сучасної медицини : Вісник Укр. мед. стомат. акад. – 2012. – Т. 12, Вип.1-2 (37-38). – С. 5-8.
3. Аветиков Д.С., Скрипник В.М., Проніна О.М., Ставицький С.О. Зміни клінічних показників у пацієнтів за схильності до утворення патологічних рубців // Клінічна хірургія. – 2015. – №1. – С.45-47.
4. Аветиков Д.С. Порівняльна імуногістохімічна оцінка васкуляризації інтактної шкіри та шиї // Проблеми екології та медицини. – 2012. – Т.16. – №3/4. – С.52-54.
5. Белоусов А.Е. Пластическая хирургия рубцов: возможности и проблемы / А.Е. Белоусов // Эстетическая медицина. – 2005. – №4. – С. 145-152.
6. Мельничук Ю.М., Огоновський Р.З., Погранична Х.Р. Клінічна оцінка ефективності профілактики післяопераційних патологічних рубців шкіри обличчя // Клінічна хірургія. – 2016. – №12. – С.52-53.
7. Мишалов В.Г. Проблемы диагностики и лечения патологических рубцов / В.Г. Мишалов, В.В. Храпач, И.А. Назаренко [и др.] // Хирургия Украины. – 2008. – №. 4 (28). – С. 109-114.
8. Ставицький С.О. Порівняльна характеристика та ретроспективний аналіз сучасних методів закриття операційних ран для інтраопераційної профілактики утворення патологічних рубців шкіри // Клінічна хірургія. – 2014. – №5. – С.56-58.
9. Фисталь Н.Н. Рубцовые деформации и контрактуры / Н.Н.Фисталь, Г.Е. Самойленко // Пластическая хирургия. – Донецк : Вебер, 2008. – С. 136-162.
10. Argirova M. Application of silicone sheets for prevention of hypertrophic scars after burns in children / M. Argirova, O. Hadliiski // Abstracts of 12th Congress of the European Burns Association:

Budapest, 2007. – P. 48.

11. Brown C.A. The use of silicon gel for treating children's burns scars in Saudi Arabia: a case study / C.A. Brown // OccupTherInt. – 2002. – V. 9(2). – P. 121-130.

12. Manuskiatti W. Treatment response of keloidal and hypertrophic scars / W. Manuskiatti, R.E. Fitzpatrick // Archives of dermatology. – 2002. – V.138 (9). – P. 1149-1155.

УДК: 618.19-089.168-003.92-08-084

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ДЕФЕКТНЫХ РУБЦАХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Саволук С.И.¹, Рыбчинский Г.О.²

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев, savoluk@meta.ua

²Львовский государственный онкологический региональный лечебно-диагностический центр, г. Львов

Резюме. На сегодняшний день не существует единственного достоверного подхода при выборе лечебно-профилактических мероприятий для дефектных рубцов молочных желез. Все они не являются совершенными и ни один из них самостоятельно не способен гарантировать 100% эффективность.

Цель. Определение эффективности предложенных лечебно-профилактических мероприятий больным с дефектными рубцами без использования обследований с высокой стоимостью для минимизации повторного образования нового дефектного рубца (ДР).

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 138 пациенток с ДР молочных желез после хирургического лечения. Нами сформировано три группы.

Группу сравнения составляли пациентки, которым проводили только хирургическое иссечение ДР. Две исследуемые группы: группа №1 – малоинвазивное лечение ДР – раствор дипроспана и 2% лидокаина вводили непосредственно в ДР и накладывали силиконовый пластырь и компрессионную повязку или специальную компрессионную одежду; группа №2 – иссекали рубец и вводили раствор дипроспана и 2% лидокаина в ложе свежего рубца – подрубовую зону – и наклеивали над ним силиконовый пластырь и компрессионную повязку или специальную компрессионную одежду. Исследование проводили с помощью УЗИ до начала исследования и после использования манипуляций или хирургических вмешательств. С помощью доплеровского сканирования оценивали свойства кровоснабжения всех типов рубцов. Измеряли интенсивность кровоснабжения разных типов рубцовой ткани относительно здоровой кожи.

Результаты. Результаты длительного (12

месяцев) наблюдения следующие: эффективность лечебно-профилактических мероприятий в группах №1 и №2, где в течении 6 месяцев периодически, при необходимости, проводилась коррекция рубцовых участков, составила 100%. Ни в одной из исследовательских групп состоянием на 12 месяц от начала исследования не констатировано рецидива ДР. В то время, как в группе сравнения с использованием хирургического метода данный показатель составил 51,1%.

Выводы. Предложенные лечебно-профилактические мероприятия в комплексе влияют на блокирование каскадов реакций, которые являются причиной формирования ДР. Для более эффективного лечения необходимо создавать индивидуальный подход, учитывать анамнез пациентов и использовать соответствующие комплексные методики по их профилактике.

Ключевые слова: дефектные, гипертрофические и келоидные рубцы молочной железы, операции на молочных железах, профилактика, рецидив.

UDC: 618.19-089.168-003.92-08-084

DIAGNOSTIC AND TREATMENT TECHNIQUES IN PATIENTS WITH SCARS DEFECT AFTER SURGICAL TREATMENT OF BREAST NONONCOLOGICAL DISEASES

S.I. Savoliuk¹, H.O. Rybchynskyy²

¹*Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, savoluk@meta.ua*

²*Lviv State Oncology Regional Diagnostic and Treating centre, Lviv*

Abstract. Nowadays there do not exist the only right way of treating and preventive method of the scars defect of the breasts. All of them are not ideal and any of them cannot guarantee 100% of effectiveness.

Aim. Detection of effectiveness of proposed treating and preventive methods in patients with defect scars (DS) of the breasts without usage of expensive examinations to minimize the relapse risk of new DS recurrence.

Materials and methods. In this study, there were involved 138 patients with DS of the breasts after their surgical treatment.

Control group – women who got only surgical treatment the DS on mammal glands. Two study groups: Group №1 – micro invasive DS treatment – solution of diprosane together with 2% lidocaine was injected directly into the scar with silicone plaster usage of over it afterwards and compressing bandage or special compressing clothes. Group №2 – surgical excision of DS and injection of diprosane together with 2% lidocaine under fresh scar area with usage of silicone plaster over it afterwards and compressing bandage or special compressing clothes. Examinations was made with the help of ultrasound diagnostics before

and after procedures. Due to Dopler scanning there was estimated the rate of blood supply of the scars. There was estimated the intensity of blood supply of different scar areas compared to normal skin.

Results. Results of long lasted (12 months) observations are the following:

effectiveness of treating and prevention methods in groups №1 and №2 - where during 6 months periodically, if needed, the corrections of the scars were present – was equal to 100%. In any of these groups on the time of 12 months after treatment has begun, there was no relapse of DS. In control group where only surgery was used in DS treatment, the non recurrence patients rate was 51.1%.

Conclusion. The complex of treating and preventive methods influence on the process blocking, which launches the DS forming.

To rise the effectiveness of DS treatment there should be taken into consideration the patient's individual anamnesis data and according to this the adequate preventive tactics should be used to prevent the new DS relapse.

Key words: defect, hypertrophic and keloid scars on mammal gland, operations on the breasts, prevention, recurrence.

Стаття надійшла до редакції 10.05.2017 р.