

Conclusion. Stapled circular hemorrhoidectomy by using our method is considered to be safe and effective for Grade III — Grade IV hemorrhoids surgery.

Key words: hemorrhoids, stapled hemorrhoidectomy, results.

Відомості про авторів:

Саволук Сергій Іванович — доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Ігнатюк Ігор Миколайович — кандидат медичних наук, завідувач хірургічного відділення клініки «Медіком».

Шуляренко Олег Володимирович — кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Гвоздяк Микола Миколайович — кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Зуєнко Вікторія Вікторівна — аспірант кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Рамадан Башир Дзела — клінічний ординатор кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

УДК618.19–002–003.92–036.95–092–08–084

КОМПЛЕКСНИЙ ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ ДЕФЕКТНИХ РУБЦІВ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ У ПАЦІЄНТОК ВНАСЛІДОК МАСТИТІВ

С. І. Саволук, Г. О. Рибчинський

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, м. Київ,

Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-
діагностичний центр, м. Львів

Вступ. У зв'язку з присутніми випадками хірургічного лікування маститів, нерідко виникають такі косметичні дефекти як дефектні рубці молочних залоз. Існує численна кількість лікувальних заходів

спрямованих на усунення такого роду дефектів, але жоден з них не забезпечує гарантованого 100 % самостійного ефекту.

Мета. Порівняння результатів ефективності лікування пацієнток з (ДР) молочних залоз в яких в анамнезі вже були ДР інших локалізацій.

Матеріали та методи. В дослідженні брало участь 19 пацієнток з ДР молочних залоз внаслідок хірургічних втручань з приводу маститів та вже наявними в анамнезі ДР інших локалізацій. Групу порівняння складали пацієнтки яким проводили лише хірургічне висічення ДР — 11 осіб (в тому числі в інших медичних установах), основна група складалась із пацієнток яким проводили поєднання хірургічного висічення рубця з введенням 2 % розчину лідокаїну та бетаметазону в підрубцеву зону, а також силіконовий пластир з компресійною пов'язкою або спеціальним компресійним одягом для профілактики рецидиву нових ДР.

Результати. В групі порівняння у 7 з 11 пацієнток (63,7 %) спостерігалось формування повторного дефектного рубця. У 4 з 11 (36,3 %) пацієнток цієї ж групи, такої тенденції не спостерігалось. В основній групі станом на 9–12 місяць після початку проведення лікувально-профілактичних заходів жодного рецидиву дефектного рубця на молочних залозах констатовано не було.

Висновки. Лише хірургічне висічення дефектних рубців молочних залоз після маститу та наявності в анамнезі дефектних рубців інших локалізацій не забезпечує 100 % ефект їх повноговилікування. Обов'язковий контроль за загоєнням таких рубців протягом 6–9 місяців для можливості корекції рубця. Необхідність індивідуального підходу до лікування ДР на молочних залозах. Підбір комплексу вказаних лікувально-профілактичних заходів з врахуванням наявності дефектних рубців в анамнезі як фактору ризику їх рецидиву на відміну від застосування лише хірургічного способу лікування суттєво покращує естетичний ефект лікування та уникає ризику рецидиву ДР.

Ключові слова: дефектні, гіпертрофічні та келоїдні рубці молочної залози– профілактика — рецидив, мастити — ускладнення — лікування, операції на молочних залозах.

Вступ. На сьогоднішній день все ще трапляються випадки хірургічного розкриття маститів. Як наслідок, після такого лікування виникають і косметичні дефекти в місці розрізів — у вигляді дефектних рубців. Існує численна кількість лікувальних заходів спрямованих на усунення такого роду дефектів, але жоден з них не забезпечує гарантованого 100 % самостійного ефекту.

Мета. Порівняння ефективності лікувально-профілактичних заходів між групами пацієнток з дефектними рубцями на молочних за-

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

лозах після хірургічного розкриття маститів, які вже мали в анамнезі наявні дефектні рубці в інших локалізаціях та яким проводилось просте хірургічне їх висічення, та пацієнтками яким проводили і хірургічне висічення ДР, а також застосовували профілактичне введення препаратів для мінімізації повторного утворення нового ДР.

Матеріали та методи. В дослідженні брало участь 19 пацієнок з ДР молочних залоз внаслідок хірургічних втручань з приводу маститів та вже наявними в анамнезі ДР інших локалізацій. Групу порівняння складали пацієнтки яким проводили лише хірургічне висічення ДР — 11 осіб (в тому числі в інших медичних установах), основна група складалась із пацієнок яким проводили поєднання хірургічного висічення рубця з введенням кортикостероїду в ложе свіжого рубця — підрубцеву зону — 8 осіб.

З метою профілактики утворення дефектних рубців (ДР) застосовували наступні заходи. Основній групі пацієнок проводили висічення дефектного рубця з накладання мінтрадермального косметичного шва з нерозсмоктувального монофільного матеріалу, який знімали через 12–14 днів, через 3–4 тижні після операції ділянку рубця обколювали під товщу рубця сумішшю розчину дипроспану та 2 % лідокаїну, та наклеювали силіконовий пластир, після цього накладали компресійну пов'язку на цю ділянку із застосуванням еластичного бинта або спеціального одягу, і кожні 3, 6, 9, 12 місяців здійснювали візуальний контрольний огляд за ефектом лікування, при цьому ін'єкційну процедуру повторювали за необхідності — при ознаках повторного формування дефектного рубця. Слід зазначити, що один раз на 2–3 тижні проводили візуальний контрольний огляд рубця протягом перших двох місяців, а з третього по шостий місяць проводився контроль в динаміці щомісяця.

Для оцінки динаміки утворення ДР проводилась оцінка нормотрофічних та дефектних рубців на різних етапах їх профілактики. Контроль проводився відповідно на 3-ий тиждень після втручання, 6-ий тиждень, 3, 6, 9 та 12 місяць. Слід зазначити, що протягом перших 3–6 тижнів проводився огляд зони рубця з частотою кожні 3–14 днів та за необхідності проводились коригуючі заходи. Тому, на 3 та 6 тиждень та 3 і 6 місяць контрольних оглядів припадали випадки ще наявних або в стадії формування свіжих ДР, а на 9 та 12 й місяць таких явищ не спостерігалось. Бралась до уваги тип рубця, консистенція рубця, площа рубця, чутливість рубця та колір рубця.

Результати. Проводився контрольний огляд післяопераційної ділянки пацієнок та оцінювались кожні 5 ознак. Всього було 19 пацієнок.

В результаті в групі порівняння у 7 з 11 пацієнок (63,7 %) спостерігалось формування повторного дефектного рубця. У 4 з 11 (36,3 %)

пацієнток цієї ж групи, такої тенденції не спостерігалось. В основній групі станом на 9–12 місяць після початку проведення лікувально-профілактичних заходів жодного рецидиву дефектного рубця на молочних залозах констатовано не було.

Висновки. Протягом 9–12 місяців ведення всіх груп пацієнтів з ДР, очевидно, що лише хірургічне висічення дефектних рубців молочних залоз після маститу та наявності в анамнезі дефектних рубців інших локалізацій не забезпечує 100 % ефект їх повного вилікування. Необхідний підбір комплексу лікувально-профілактичних заходів з врахуванням анамнезу пацієнток, наявності дефектних рубців в анамнезі як фактору ризику їх рецидиву при застосуванні лише хірургічного способу лікування. Обов'язковий контроль за загоєнням таких рубців протягом 6–9 місяців для можливості ефективного впливу на формування нормотрофічного рубця та профілактики рецидиву ДР та застосування відповідних методів щодо їх профілактики у виділеній групі пацієнток. Все це свідчить про необхідність індивідуального підходу до лікування ДР на молочних залозах у пацієнток з приводу хірургічного розкриття маститу в анамнезі та вже наявних ДР у таких пацієнток інших локалізацій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аветиков Д. С. Спосіб оцінювання рубцевозмінених тканин голови та шиї на доопераційному етапі / Д. С. Аветиков, С. О. Ставицкий // 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. Ставицкий // Актуальні проблеми сучасної медицини : Вісник Укр. мед. стомат. акад. — 2012. — Т. 12, Вип.1–2 (37–38). — С. 5–8.
3. Белоусов А. Е. Пластическая хирургия рубцов: возможности и проблемы / А. Е. Белоусов // Эстетическая медицина. — 2005. — № 4. — С. 145–152.
4. 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.
5. Фисталь Н. Н. Рубцовые деформации и контрактуры / Н. Н. Фисталь, Г. Е. Самойленко // Пластическая хирургия. — Донецк : Вебер. — 2008. — С. 136–162.
6. 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.
7. Brown C. A. The use of silicon gel for treating children's burnscars in Saudi Arabia: a case study / C.A. Brown // OccupTherInt. — 2002. — V. 9(2). — P. 121–130.
8. Manuskiatti W. Treatment response of keloidal and hypertrophic scars / W. Manuskiatti, R. E. Fitzpatrick // Archives of dermatology. — 2002. — V.138 (9). — P. 1149–1155.

**Комплексный патогенетический подход к лечению
и профилактике рецидивов дефектных рубцов
молочных желез у пациенток вследствие маститов**

С. И. Саволук, Г. О. Рыбчинский

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П. Л. Шупика, г. Киев,
Львовский государственный онкологический региональный лечебно-
диагностический центр, г. Львов

Вступление. Не смотря на современный прогресс в медицине, случаи хирургического вскрытия маститов имеют место и по сей день. Как следствие, после такого лечения случаются и косметические дефекты в месте разрезов — в виде дефектных рубцов. Есть множество лечебных способов ликвидации такого рода дефектов, но ни один из них не гарантирует 100 % самостоятельного эффекта.

Цель. Сравнение эффективности лечебно-профилактических мероприятий между группами пациенток с дефектными рубцами (ДР) на молочных железах после вскрытия маститов, которые уже имели в анамнезе ДР других локализаций и которым проводили хирургическое иссечение ДР вместе с использованием профилактического введения препаратов для минимизации повторного возникновения ДР и группой пациенток которым проводили только хирургическое иссечение ДР.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 19 пациенток с ДР молочных желез после хирургического лечения маститов и в которых уже в анамнезе присутствовали ДР других локализаций. Группу сравнения становили пациентки которым проводили только хирургическое иссечение ДР — 11 человек (в том числе и в других заведениях). Основная группа становила 8 женщин, которым иссекали рубец и вводили бетаметазон в ложе свежего рубца — подрубцовую зону. Суть способа заключается в том, что проводилось хирургическое иссечение ДР с наложением косметического интрадермального монофильного шва. Швы снимали на 12–14 сутки. Через 3–4 недели подрубцовую область вводили раствор 2 % лидокаина и дипроспана и наклеивали силиконовый пластырь. После этого использовали компрессионную одежду или эластический бинт. Каждые 3, 6, 9, 12 месяцев проводили визуальный контроль за эффектом лечения. Инъекционную процедуру повторяли за необходимости. Следует отметить, что один раз на 2–3 недели проводили визуальный контроль рубца на протяжении первых двух месяцев, а с 3 по 6 месяц — контроль ежемесячно. Для оценки рубца ко вниманию принимались тип, консистенция, площадь, чувствительность и цвет рубца.

Результаты. В результате в группе сравнения у 7 из 11 пациенток (63,7 %) выявлено формирование повторного ДР. У 4 из 11 (36,3 %) пациенток этой же группы такой тенденции отмечено не было. В основной группе на 9–12 месяц после начала проведения лечебно-профилактических мероприятий не было выявлено ни одного рецидива ДР.

Выводы. На протяжении 9–12 месяцев исследования обеих групп пациенток можно сделать вывод, что только хирургическое иссечение дефектных рубцов молочных желез после мастита и присутствия в анамнезе ДР других локализаций не гарантирует 100 % эффект их полного излечения. Необходим обязательный контроль за заживлением таких рубцов в течении 6–9 месяцев для возможности эффективного влияния на формирование нормотрофического рубца и профилактики рецидива ДР с использованием соответствующих методик. Следует использовать индивидуальный подход к лечению ДР молочных желез у пациенток после хирургического лечения маститов и присутствием ДР других локализаций в анамнезе.

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

Combined patogenetic approach to treatment and prevention of mammary glanddefectivescars recurrence in patients after mastitis

S. I. Savoliuk, H. O. Rybchynskiy

**Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv,
Lviv State Oncology Regional Diagnostic and Treating centre, Lviv**

Introduction. Modern progress in medicine still cannot exclude surgical cases of the mastitis treatment. As the result, after this type of treatment there still happen cosmetic skin defects in the postsurgical area — appearance of defective scars (DS). There are many treatment ways to liquidate this kind of defects, but any of them separately cannot guarantee the satisfied result in 100 % cases.

Aim. Comparing the effectiveness of treating and preventing procedures between two groups of patients. First group included patients with DS on the mammal glands after surgical treatment of mastitis, who already had DS of other localizations in anamnesis and who had surgical treatment of DS in combination with preventive injection of solutions to minimize the recurrence risk of DS. Second group included patients who had only surgical incision of DS.

Materials and methods. The study included 19 women in total with DS on the mammal glands after surgical treatment of mastitis, who already

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

had DS of other localizations in anamnesis. Comparable group consisted of 11 women who had only surgical incision of DS (including those who had treatment in other hospitals). Main group consisted of 8 women who had surgical treatment of DS together with preventive injection of betamethasone under fresh scar area. Main idea of the method was next. The DS were surgically removed using intracutaneous monofilament seam, which was replaced after 12–14 days. After 3–4 weeks under seam area there was injected 2 % lidocaine solution with diprospane. Silicone plaster was covered over it. There were also used compressing clothes or elastic compressive bandage. Every 3,6,9,12 months there was made visual control of the treatment effect. Additional injections were performed when needed. It is important that once in 2–3 weeks there were made visual checks of the scar during first two months, from 3 to 6 months –once a month. When checking scars there were taking into account a type, a consistence, an area, sensitiveness and color of the scar.

Results. As the result, in comparable group in 7 of 11 patients (63.7 %) there were present recurrences in forming DS. In 4 of 11 (36.3 %) patients of the same group there were no signs of recurrence. In the main group on 9–12 month after the start of treatment and preventing manipulations, there were no cases of DS recurrence.

Conclusions. After 9–12 months of study of all groups there can be made the conclusion that only surgical treatment of DS on mammal glands in women after mastitis, who already had DS of other localizations in anamnesis, doesn't guarantee the total recovery. There is need in control of healing process of such scars during 6–9 months. That will give possibility to correct the way to get normotrophic scars and to prevent the recurrence of new DS by use the appropriate methods.

Key words: defective hypertrophic and keloid scars on mammal glands, prevention-recurrence, mastitis — complications — treatment, operations on the breasts.

Відомості про авторів:

Саволюк Сергій Іванович — професор, завідувач кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Рибчинський Гордій Олегович — аспірант кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ; мамолог-онкохірург Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.