

УДК: 618.19-002.191-036.12-089-003.92-08.

Рибчинський Г. О.

Деякі аспекти ведення пацієнток з дефектними рубцями молочних залоз з хронічною запальною фіброзно-кистозною мастопатією та секторальними резекціями в анамнезі

Кафедра хірургії та судинної хірургії, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,

Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр doc@mamolog.lviv.ua

Резюме. У даній публікації описано основні причини та деякі аспекти утворення дефектних рубців молочних залоз та обґрунтовано комплексний вплив факторів ризику їх утворення. Наведено приклади малоінвазивного усунення дефектних рубців із застосуванням власного способу їх лікування, а також способу ведення пацієнток після хірургічного висічення дефектних рубців та після секторальних резекцій молочних залоз з метою профілактики їх повторної появи. Висвітлено актуальність естетичного фактору у пацієнток з фіброзно-кистозною мастопатією з запальним елементом хронічного перебігу, в тому числі нелікованою.

Ключові слова: дефектні рубці лікування, молочна залоза, келоїдні рубці, гіпертрофічні рубці, патогенез дефектних рубців, операції на молочних залозах, спадкові дефектні рубці, хронічна фіброзно-кистозна мастопатія, запальна киста молочної залози, мастити.

Постановка проблеми і аналіз досліджень. На сьогоднішній день красиве жіноче декольте все частіше відіграє важливу роль в житті сучасної жінки. Більше того, саме чоловіки стають на першому місці причиною такого роду акценту, що зворотнім чином підкреслює увагу жінок до своєї важливості в привертненні уваги та відчутті впевненості в собі. Не секрет, що жіночий бюст стає частиною візитної картки жінки, а особливо коли мова йде про професії, пов'язані з мас медіа. Тут слід згадати й аугментаційну та редукційну мамопластику, але зупинимося в даній роботі на питанні дефектних рубців після хірургічних втручань на молочних залозах.

Мета дослідження. Вказати на залежність хронічних нелікованих запальних форм фіброзно-кистозної мастопатії та наявність або повторне утворення післяопераційних дефектних рубців, в тому числі після їх попереднього видалення хірургічним шляхом. Висвітлити запропонований власний спосіб лікування дефектних рубців молочних залоз для попередження їх рецидиву.

Матеріали і методи

У даній роботі використано матеріали власних клінічних випадків, а також дані світової літератури. Проведено аналіз основних патогенетичних механізмів виникнення дефектних рубців, вибрано схему найоптимальнішого способу лікування післяопераційних ДР молочних залоз за допомогою нехірургічного малоінвазивного способу та після повторного хірургічного видалення ДР із застосуванням власного способу профілактики їх повторного утворення для досягнення ефективного результату, що включає застосування поєднання глюкокортикоїду та анестетика, які вводились всередину рубця, та використанням силіконового пластира і компресійного одягу.

Отже, спершу слід звернути увагу на причини появи саме дефектних рубців. Адже сам рубець – це нормальне явище в процесі загоєння ділянки, що попередньо отримала травму від скальпеля – адже це також різновид пошкодження цілісності шкірного покриву.

Тут має значення той факт, що іноді після хірургічних втручань з приводу різних форм мастопатії, маститів, можуть утворюватись дефектні рубці, які є наслідком боротьби організму з хронічним запаленням.

На прикладі пацієнтки Г. 37р., якій було проведено хірургічне розкриття маститу можна побачити характер загоєння рубців (рис. 1).

Також, часто до цього призводить каскад реакцій внаслідок гормональних порушень в організмі, проявом яких в тому числі є нерегулярні менструації, хронічна втома, емоційна нестабільність та інше. Велике значення при цьому має вибір правильної тактики лікування дефектних рубців.

Рубець – це результат заміщення власних тканин шкіри на сполучну (або рубцеву) в результаті різних травматичних пошкоджень.

Загоєння рани включає такі етапи: запалення і епітелізація; формування «молодого» рубця; утворення «зрілого» рубця; завершальна трансформація.

Перед початком лікування слід провести диференційну діагностику між різними типами дефектних рубців, ретельно зібрати анамнез, в тому числі спадковий, звертаючи увагу на наявність системної патології (захворювання наднирників, щитовидної залози, гіпоталамо-гіпофізарного та гонадного містка, хронічних запальних процесів) шкідливих звичок, цукрового діабету.

До виникнення келоїдних та гіпертрофічних рубців у деяких пацієнтів є схильність, що детермінується процесом надмірного депонування колагену.

Патогенез утворення рубця починається з моменту травматичного пошкодження тканини. Наприклад, після хірургічного втручання рубець починає збільшуватись у розмірах внаслідок появи в зоні подразнення антигена Е, у відповідь на який продукується IgE. Змінюється концентрація кальцію. Запускається механізм патологічного утворення рубців внаслідок утворення комплексу AgE – IgE. Відбувається посилення дегрануляції тканинних базофілів з викидом простагландинів ПГЕ та ПГФ при напруженому стані ендокринної системи. Далі ПГЕ і ПГФ разом із стероїдними гормонами наднирників та гіпофізу запускають генетичний код фібробластів, які ініціюються функціонально активними сполуками макрофагів. Результатом цього є помилки в кодуванні рибосомального синтезу білка. Замість однієї амінокислоти в склад білка рибосома включає іншу. Так створюється ланцюг з порушеним порядком і кількістю амінокислот.

Згідно з даними ряду публікацій розкриття аномальних генів, які продукують нові типи білку, є наслідком порушення реакцій між внутріклітинним кальцієм, калієм та натрієм і, можливо, інших металів. Тут же вказується і на те, що в рубцях виявлявся II і VII типи та зі зміненим амінокислотним складом колагену I та III типів.

Застосування препарату бетаметазону дипропіонат та динатрію фосфат з лідокаїном в поєднанні з тиснучою пов'язкою та силіконовим пластиром дає добрий результат у профілактиці виникнення Д.Р. у пацієнтів з ускладненим анамнезом та/або спадковою схильністю до них, а також у лікуванні післяопераційних Д.Р. на молочних залозах. На прикладі 44 пацієнток з ДР було застосовано даній спосіб. У всіх випадках не було жодного рецидиву.

Слід згадати, що під час загоєння рани і формування рубця внаслідок хірургічної травми відбувається блокада апоптозу фібробластів та колагенолізу. Ще одним важливим моментом, який має місце при утворенні дефектних рубців, є порушення рецепторної взаємодії між клітинами, що беруть участь в загоєнні рани.

Згідно з твердженням Lu F. та співавт., велике значення має поверхневий рецепторний апарат фібробластів у формуванні келоїдних та гіпертрофічних рубців. При індукуванні апоптозу фібробластів посередником є поверхневий рецептор Fas. На відміну від гіпертрофічних, фібробласти келоїдних рубців є нечутливими до індукторів апоптозу.

Немаловажну роль відіграє сукупність таких факторів, як ха-



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.

рактир захворювання та стан тканини молочних залоз на загоснення рубця після хірургічного втручання (А.В. Важенин, 1998; В.В. Серов та співавт., 1981; К. Wosikowskietal., 1993). Дистормональні мастопатії, як правило, є наслідком порушення функцій цілої низки ендокринних залоз, запідозрити цю патологію можна, враховуючи перебіг патологічного стану в молочній залозі (Н.И.Рожкова, 1996; Н.Н. Кизименко, 1998).

Слід зазначити, що молочна залоза є органом-мішенню, перебуваючи в прямій залежності від функціонального стану гіпоталамо-гіпофізарної та гонадної систем. Її будова зумовлює вплив на тканину молочної залози множинних факторів та, як наслідок, дуже вразлива на ризик виникнення в ній дефектних рубців після таких операцій, як, наприклад секторальних резекцій, чи пластичних операцій.

На прикладі пацієнтки 3., якій проводилось хірургічне видалення фіброаденоми, через 6 місяців після операції на контрольному огляді виявлено формування Д.Р. в місці після хірургічного втручання (рис. 2).

З метою профілактики його подальшого росту і для усунення вже наявного Д.Р. було успішно застосовано власний спосіб малоінвазивного його лікування. Він полягав в наступному (рис. 3).

Спочатку готується розчин для ін'єкції змішуванням розчину кортикостероїду та лідокаїну. Обробляється антисептиком ділянка тіла з Д.Р. Готовий розчин збовтується і набирається в шприц. Застосовується інсулінова знімна голка. Таким чином розчин у збогтаному вигляді вводиться безпосередньо в товщу Д.Р. рухаючись в напрямку паралельно лінії його розміщення, починаючи від одного його краю до протилежного аж до його повного побління з утворенням симптому «лимонної кірки». Після цього проводиться повторна обробка антисептиком (рис. 4).

Далі наклеюється силіконовий пластир таким чином, щоб відступ від краю Д.Р. до краю пластиру був 2-3 см. Після цього накладається компресійна пов'язка на цю ділянку із застосуванням еластичного бинта з метою постійного додаткового тиску на ділянку рубця. Еластичний бинт знімається раз на 3 дні для можливості прийняття гігієнічного душу та накладаються знову – і пластир, і еластичний бинт. За ефектом лікування проводився огляд протягом шести місяців. Процедуру повторювали 4 рази. Наступні два місяці спостережень не потребували повторних введень препарату (рис. 5).

Останній огляд пацієнтки був 2 міс тому. Результат задовільний.

У деяких пацієнтів є схильність до келоїдних та гіпертрофічних рубців. Причиною цього є процес надмірного депонування

колагену. Для келоїду характерний дуже тривалий перебіг, з частими рецидивами, при чому більших в розмірі за попередні після їх висічення, у порівнянні з гіпертрофічними. Тому, після хірургічного видалення Д.Р. на молочних залозах, з профілактичною метою було застосовано силіконовий пластир та компресійний одяг або еластичний бинт – в період після зняття швів – тобто на 12ту- 14ту добу після операції. З наступним контролем що 2 – 3 тижні. Даний спосіб проводився 50ти пацієнткам, з них – у 80-ти процентах отримано задовільний результат. У 15-ти – присутні були ускладнення пов'язані з недотриманням рекомендацій – нагноєння п/о рани – через неправильний прийом антибіотиків, недотримання стерильності в післяопераційному періоді, раннє прийняття ванн, душу зі швами, передчасне зняття компресійної пов'язки, спання на молочній залозі (на животі) та 2 випадки травми ділянки рубця – удар дитини та падіння на дому.

Говорячи про ендокринну систему, слід звернути увагу на те, що при патології щитовидної залози, а саме її гіперфункція, негативно впливає на діяльність кори наднирників. Серед пацієнток які проходили лікування з приводу Д.Р. молочних залоз, у 56% випадків були проблеми з щитовидною залозою. Серед них дифузний токсичний зоб, гіпертиреоз, вузловий зоб.

Це призводить до порушення нормального функціонування специфічної адаптації організму. Цей процес забезпечується діяльністю двостороннього зв'язку: лімбічна система – гіпоталамус – гіпофіз – щитоподібна залоза (наднирники). Хоча, при розладах центральної нервової системи, порушення у цьому двосторонньому ланцюгу можуть бути і без участі порушень щитовидної залози.

Гормони наднирників суттєво впливають на розвиток сполучної тканини. Тут не виключення і кортизон (1). Пацієнти, схильні до утворення келоїдів, в найближчі 2-3 міс після повного закриття ран або вже в період реконвалесценції, при дослідженні можуть мати знижений рівень 11-оксикортикостероїдів (11-ОКС) у крові, порівняно з плазмою крові здорової людини. Тому, інтенсивність секреції кортизону в крові залежить від розвитку сполучної тканини в келоїдних рубцях. Це призводить до ослаблення інгібуючого впливу цього гормону на фібробласти. Таким чином, загальна і специфічна регуляція характеристик сполучної тканини в келоїдних рубцях змінюється впливом локальних факторів. У зв'язку з відсутністю в тканині ростучого рубця плазматичних клітин і лімфоцитів, у ній відбувається накопичення продуктів клітинного обміну. Вони, в свою чергу, стимулюють активність фібробластів і порушують утворення антитіл.

При склеродермії, фіброзі тканин та цирозі печінки харак-

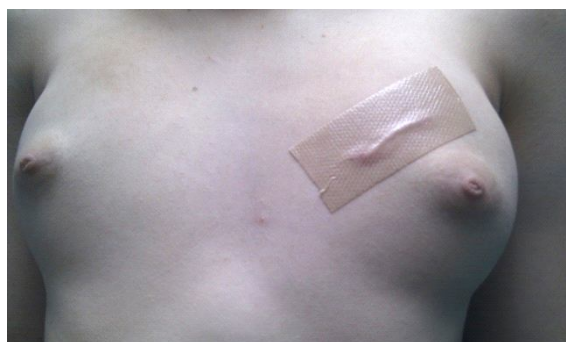


Рис. 4.



Рис. 5.

терним є підвищення рівня тромбоцитарного фактору росту (PDGF). Він є сильним мітогеном сполучної тканини. Також PDGF стимулює таксис фібробластів, гладеньких міоцитів, нейтрофілів та макрофагів, посилює продукцію фібронектину та гіалуронової кислоти (4).

Результати і обговорення

У результаті дослідження виявлено, що на молочних залозах дефектні рубці утворюються внаслідок сукупності патологічних процесів інших органів і систем. Таким чином, наявність дефектних рубців слід розцінювати як одну з перших ознак патології інших органів. Також, слід ретельно збирати анамнез пацієнток перед операціями на молочних залозах, акцентуючи увагу на питаннях та дослідженнях на наявність патологічних процесів у перерахованих процесах організму в цілому. Таким чином вживати необхідних заходів на їх лікування, що, в свою чергу, буде профілактичним заходом утворення дефектних рубців молочних залоз.

Висновки

Покращуючи обмін речовин та впливаючи на корекцію гормональних порушень, а також застосування запропонованих способів профілактики повторного утворення Д.Р. після їх висічення та малоінвазивного лікування їх за допомогою описаного способу можна усунути хаотичний неконтрольований синтез колагену і таким чином також унеможливити запуск каскаду реакцій, які спричинять передумови утворення ДР.

Література

1. Верещака В. В. Роль ОН- та NH груп оксипроліну в процесах лазероім. структурування колагену/ Верещака В.В. Каложна Л.Д. // Укр. Ж-л. дерм., венерол., космет. – 2007-№4.-с.60-65.
2. Макаров В. В. Естет. Аспекти хир. Леч. Доброкач. образований мол. Железы. /Макаров В.В. // Хар. Хир. Гинекол.-2016.-№2.с.160-163.
3. Сучасні аспекти лікування келоїдних рубців (огляд літератури)/ С. А.Левицька, Б. М.Боднар, О. Б.Боднар, К. І.Яковець/ / клін. та експ.патологія.-2016.-т.15,№1.с.194-197.
4. Bommie F. S. Models of abnormal scarring [Electronic resource]/ F. S. Bommie, Jun Young Lee, Sung-No Jung //Bio Med Res.Inst-2013.-Access mode:http://dx.doi.org/10.1155/2013/423147
5. Braun A. A. Completeness of posttraumatic regeneration of the skin in warm-blooded animals /A. A.Braun, E. A.Efimov // Bull.Experim. boil. Med-1971.-v.71,13.-p.305-308.
6. Riggio E. Breast Reconstruction Approach to Conservative Surgery [Electronic Resource] Edigio Riggio, Valentina Visintini.-Access mode: http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/27952.pdf
7. Surgical Treatment of deep breast burns: a 25 year experience / C.No Quoc, J. Bougulia, A. Brun[et al]//Ann.Chirurg.Plastic.Esthet.-

2012.-v.57,№4.-P.308-374.

Рибчинський Г. О.

Некоторые аспекты ведения пациенток с дефектными рубцами молочных желез с хронической воспалительной фиброзно-кистозной мастопатией и секторальными резекциями в анамнезе

Кафедра хирургии и сосудистой хирургии, Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика, Львовский государственный онкологический региональный лечебно-диагностический центр

Резюме: В данной публикации описано основные причины и некоторые аспекты образования дефектных рубцов молочных желез и обосновано комплексное влияние факторов риска их образования. Приведено примеры малоинвазивного устранения дефектных рубцов из использованием авторского способа их лечения, а также способа ведения пациенток после хирургического иссечения дефектных рубцов и после секторальных резекций молочных желез с целью профилактики их повторного образования. Изображено актуальность эстетического фактора у пациенток с фиброзно-кистозной болезнью молочных желез с воспалительным компонентом хронического течения в том числе нелеченной.

Ключевые слова: дефектные рубцы, гипертрофические рубцы, патогенез дефектных рубцов, операции на молочных железах, наследственные дефектные рубцы.

Н.О. Рыбчинский

Some Aspects of Management of Patients with Defective Scars of Breast with Chronic Inflammatory Fibrocystic Mastopathy and Sector Resections In Anamnesis

The Department of Surgery and Vascular Surgery
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Kyiv, Ukraine

Lviv State Regional Cancer Detection Diagnostic and Treatment Center Lviv, Ukraine

doc@mamolog.lviv.ua

Abstract. This publication describes the main reasons and some aspects of breast defective scar appearance and explains the comprehensive impact of risk factors leading to their appearance. Some examples of minimum invasive treatment of defective scars using the author's own method of treatment as well as the way of patients' management after surgical treatment of defective scars or after breast sector resection aimed at prevention of defective scars recurrence are provided. The importance and topicality of esthetic factor in patients with fibrocystic disease of breast with chronic inflammatory component including untreated one are highlighted.

Keywords: treatment defective scars, mammary gland, keloid scars, hypertrophic scars, defective scar pathogenesis, mammary gland surgery, inherited defective scars, chronic fibrocystic mastopathy, inflammatory lacteal cyst, mastitis.

Надійшла 19.07.2016 року.

УДК 612.466:616.613-003.7-036-07

Роговий Ю.С., Аріичук О.І.

Стан клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу за умов нефролітіазу з розміром конкрементів 0,6 – 1 см верхньої, середньої чашки та верхньої третини сечоводу

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці

rohovyuy2012@yandex.ua

Резюме. Вступ. Сечокам'яна хвороба як найбільш поширене урологічне захворювання характеризується частими ранніми рецидивами, набуває соціального характеру, оскільки дані хворі складають 30 - 45% усіх урологічних хворих, а у Європі дане захворювання виявляється в 2% населення.

Мета дослідження - з'ясувати стан процесів клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу за умов розвитку

нефролітіазу в хворих з розміром конкремента 0,6-1,0 см верхньої третини сечоводу, верхньої та середньої чашки.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 30 хворих на нефролітіаз, 10 пацієнтів склали контрольну групу.

Результати дослідження. Встановлено, що за умов розвитку нефролітіазу з розміром конкремента 0,6-1,0 см за умов гіпонатрієвого раціону харчування зберігаються механізми клубочково-