УДК 618.19-003.924-08-039.71 DOI 10.11603/2415-8798.2019.1.9937

©С. І. Саволюк[1], Г. О. Рибчинський[2]

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ[1]
Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр[2]

ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РУБЦЕВИХ ДЕФЕКТІВ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Резюме. На сьогодні не існує єдиного алгоритмічного підходу до вибору тактики лікування та профілактики рубцевих дефектів на молочній залозі, а літературні дані щодо впливу способів їх ліквідації на якість життя є суперечливими.
Мета дослідження – порівняти ефективність поєднаного застосування лікувальних та протирецидивних заходів при ліквідації рубцевих дефектів на молочних залозах із результатами простого їх хірургічного висічення.
Матеріали і методи. Проведено порівняння ефективності лікувальних та профілактичних заходів між трьома групами пацієнток (усього 104 особи) з рубцевими дефектами на молочних залозах, не пов'язано з онкологічною патологією. Дослідних груп було дві: перша (33 пацієнтки), в якій малоінвазивно лікували дефект розчином кортикостероїду з анестетиком та застосовували пластир і компресійну пов'язку (при ширині рубців не більше 2 мм над шкірою); друга (36 жінок), де виконували комбіноване хірургічне висічення рубця з введенням кортикостероїду з анестетиком в його ложе – підрубцеву зону та використовували пластир і компресійну пов'язку. Групу порівняння складали 35 пацієнток, яким проводили лише хірургічне висічення рубця. Контрольний огляд виконували на 3 тиждень після хірургічного втручання, через 4 і 5 тижнів, через 3; 6; 9 та 12 місяців відповідно.
Результати досліджень та їх обговорення. При хірургічному висіченні рубцевих дефектів кількість гіпертрофічних рубців зменшилось на 70 %, а келоїдних – на третину. Після застосування комплексного методу лікування констатовано повний регрес гіпертрофічних та келоїдних рубцевих дефектів серед когорти пацієнток. При результатах гістологічного дослідження виявлено, що виникнення келоїдних та гіпертрофічних рубців суттєво відрізнялось у жінок, які мали до них схильність, що проявлялась надмірним депонуванням колагену II і VII типів. Комбінований підхід забезпечив поліпшення результатів лікування та профілактики повторного рецидивування рубцевих дефектів.
Висновки. Утворенню патологічних рубців на молочних залозах сприяє ряд факторів, серед яких супутні порушення обміну речовин, системні захворювання сполучної тканини, інфекційні хвороби тощо, компенсація яких дозволяє попередити дефектне рубцеутворення. Поєднане застосування кортикостероїдів, силіконового пластиру та компресії при хірургічному або малоінвазивному лікуванні рубцевих дефектів на молочній залозі суттєво поліпшує його результати, забезпечує відсутність рецидиву таких дефектів та скорочує терміни дозрівання рубців.

Ключові слова: рубцеві дефекти молочної залози; келоїдний рубець; гіпертрофічний рубець; рецидив.

ВСТУП Проблема пластики молочних залоз при їх рубцевій деформації є однією з найактуальніших у галузі реконструктивно-відновної хірургії сьогодення. Набуті дефекти молочних залоз, особливо у жінок молодого та середнього віку, призводять до помітних змін у психосоматичному статусі та обмеження соціальної інтеграції [1–3]. Тому проблеми медичної реабілітації, у тому числі й хірургічна корекція, є надзвичайно важливими для цієї кагорти хворих [4].

Рубці на молочних залозах спотворюють контур грудей, порушують розподіл паренхіми та/або зумовлюють зміщення сосково-ареолярного комплексу, що призводить до значної асиметрії відносно контралатеральної неушкодженої залози (наприклад при опіку) [5, 6]. Метою операції є естетична реконструкція ураженої залози та відновлення максимальної симетрії між двома молочними залозами. Це надає пацієнтці кращого зовнішнього вигляду та підвищує самооцінку [7, 8]. Процедуру відновлення повинні розробляти індивідуально для кожної жінки, вирішуючи специфічну проблему стосовно усунення зморщення шкіри, дистопії сосків та/або об'ємної асиметрії. Стандартне лікування деформацій контурів молочних залоз полягає у видаленні рубця та ушиванні або заміщенні дефекту шкірно-фасціально-м'язовими клаптями [9].

Метою дослідження було порівняти ефективність поєднаного застосування лікувальних та протирецидивних заходів при ліквідації рубцевих дефектів на молочних залозах із результатами простого їх хірургічного висічення.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ В обсерваційне дослідження було включено 104 пацієнтки з уже наявними рубцевими деформаціями (РД) на молочних залозах унаслідок хірургічних втручань із приводу неонкологічних патологій. Групу порівняння (К) складали 35 пацієнток, яким проводили лише хірургічне висічення РД. Дослідних груп було дві: перша (33 пацієнтки), в якій проводили малоінвазивне лікування РД розчином кортикостероїду з анестетиком та застосуванням пластиру і компресії (ширина рубців не перевищувала 2 мм над шкіри); друга (36 пацієнток), де виконували комбіноване хірургічне висічення рубця з введенням кортикостероїду з анестетиком в його ложе – підрубцеву зону та використовували пластир і компресійну пов'язку. Дану групу склали пацієнтки, ширина рубця яких була понад 2 мм. Контрольний огляд проводили на 3 тиждень після хірургічного втручання, через 4 і 5 тижнів, через 3; 6; 9 та 12 місяців відповідно.

Залежно від анамнестичних даних, спочатку проводили консультації та лікували відповідні патології вузькі спеціалісти, особливо при хронічних інфекційних захворюваннях, наприклад хронічних тонзилітах, рецидивних нагноєннях кіст молочних залоз, хронічних маститах тощо. За наявності метаболічних розладів – організовували повторні консультації ендокринолога.

У процесі планування лікувальної тактики до уваги брали площу, розмір рубця, його зрілість та еластичність. Враховували суб'єктивні відчуття пацієнток, а також колір, рельєф та консистенцію рубців, які порівнювали з навколишніми тканинами.

За допомогою УЗД ми провели моніторинг рубців, який полягав у скануванні їх дефектів до лікування та після нього, що давало можливість оцінити об'єм рубцевих змін і глибину поширення процесу в межах здорових тканин.

Контрольні УЗ-дослідження виконали через 1 та 3 місяці після зняття швів. У групі пацієнток, яким застосовували малоінвазивний лікувально-профілактичний ме-