

ПЕРВИЧНО-ОТСРОЧЕННЫЙ КОСМЕТИЧЕСКИЙ ШОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА (ПЕРВЫЙ ОПЫТ)

Котов И.И.*, Бублейник О.А.,
Калинина И.Ю., Вайсер О.Л.

ФГБОУ ВО «Омский государственный
медицинский университет», Омск

DOI: 10.25881/20728255_2021_16_4_141

Резюме. Обоснование: после хирургического лечения гнойного лактационного мастита на коже остаются рубцы, которые негативно влияют на настроение женщин молодого возраста, особенно если рубец грубый и расположен в зоне «декольте».

Цель: нивелирование последствий хирургического лечения гнойного лактационного мастита в эстетическом аспекте путем применения первично-отсроченного (на одни сутки) косметического шва.

Методы: 1) дизайн исследования: интервенционное, одноцентровое, сплошное, проспективное, рандомизированное, контролируемое; 2) объект исследования: пациентки с острым гнойным лактационным маститом; 3) характеристика медицинского вмешательства: оперативное вскрытие, аргоноплазменная санация полости абсцесса молочной железы, наложение первично-отсроченного двойного косметического шва, промывное вакуумное дренирование; 4) продолжительность исследования: более пяти лет; 5) первичная конечная точка исследования: снятие послеоперационных швов 6) методы оценки: визуальная оценка эстетического эффекта сразу и через 18 месяцев.

Результаты: в исследовании участвовали 55 рожениц от 19 до 40 лет, средний возраст 26,4 года. Всем пациенткам проведено оперативное лечение по описанной выше методике с отличием на конечном этапе. Из них 16 пациенткам наложен первично-отсроченный двухрядный косметический шов по Золтану (основная группа). В группу сравнения вошли остальные 39 — им наложен однорядный узловый шов. Нагноений послеоперационного (ПО) шва в группах не отмечено. В контрольной группе у трех пациенток произошло прорезывание кожи нитями во время ручного сцеживания молока, что потребовало дополнительного наложения нескольких узловых швов. Дренажи у всех удалены на 5–6 сутки, после чего пациентки выписаны. Швы сняты амбулаторно на 11–12 сутки. Заживление в обеих группах произошло первичным натяжением. При визуальной оценке ПО рубцы в основной группе выглядели малозаметными, нитевидными. В группе сравнения рубцы более выраженные, хорошо заметны места проведения нитей и поперечный следы по ходу рубца. Рубцы при заживлении ран вторичным натяжением выглядят незстетично — грубые и широкие. Эти пациентки в исследование не включались.

Заключение: первично-отсроченный двойной косметический шов по Золтану можно успешно использовать для закрытия ПО ран молочной железы на следующие сутки после аргоноплазменной санации полости абсцессов в сочетании с проточно-промывным вакуумным дренированием. В эстетическом аспекте эта методика дает наилучший косметических эффект и позволяет провести качественную санацию гнойной полости, что проблематично, на наш взгляд, при малоинвазивных способах лечения.

Ключевые слова: гнойный лактационный мастит, аргоно-плазменная санация, двойной косметический шов.

PRIMARY DELAYED COSMETIC SUTURE IN THE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PURULENT LACTATIONAL MASTITIS (FIRST EXPERIENCE)

Kotov I.I.*, Bubleinik O.A., Kalinina I.Yu.,
Weiser O.L.

Omsk State Medical University, Omsk

Abstract. Background: after surgical treatment of purulent lactational mastitis, scars remain on the skin, which negatively affects the mood of young women, especially if the scar is rough and located in the “décolleté” zone.

Aims: leveling the consequences of surgical treatment of abscessed lactational mastitis in the aesthetic aspect by using a primarily delayed (one day) cosmetic intradermal suture.

Materials and methods: 1) study design: interventional, single-center, continuous, prospective, randomized, controlled; 2) the object of research: patients with abscessing lactational mastitis; 3) the characteristics of the medical intervention: surgical opening, argon plasma sanitation of the breast abscess cavity, the imposition of a primary delayed double cosmetic suture, washing vacuum drainage; 4) duration of the study: more than five years; 5) primary study endpoint: removal of postoperative sutures 6) assessment methods: visual assessment of the aesthetic effect immediately and after six months.

Results: the study involved 55 puerperas from 19 to 40 years old, with an average age of 26.4 years. All patients underwent surgical treatment according to the method described above, with a difference at the final stage. Thus, 16 patients received a primary delayed two-row cosmetic suture according to Zoltan (main group). The comparison group included the remaining 39 — they had a single-row interrupted suture. There were no suppurations of the seam in the groups. In the control group, three patients experienced skin eruption with threads during manual expression of milk, which required additional application of several interrupted sutures. All the drains were removed for 5–6 days, after which the patients were discharged. The stitches were removed on an outpatient basis for 11–12 days. Healing in both groups occurred by primary intention. Visual assessment of P / O scars in the main group looked subtle, threadlike. In the comparison group, the scars are more eroded, the places of the threads and the transverse traces along the course of the scar are clearly visible. Scars during wound healing by secondary intention do not look aesthetically pleasing — rough and wide. These patients were not included in the study.

Conclusions: primary delayed double cosmetic suture according to Zoltan can be successfully used to close after surgical wounds of the mammary gland on the next day after argon plasma sanitation of the abscess cavity in combination with flow-washing vacuum drainage. In the aesthetic aspect, this technique gives the best cosmetic effect. In addition, it allows for high-quality sanitation of the purulent cavity, which is problematic, in our opinion, with minimally invasive methods of treatment.

Keywords: purulent lactational mastitis, argon plasma sanitation, double cosmetic suture.

Гнойный лактационный мастит (ГЛМ) и его хирургическое лечение остается актуальной проблемой современности [1]. Хирургическая тактика окончательно не выработана и варьирует от вскрытия гнойников разными разрезами с последующим открытым ведением на тампонах или закрытым — на дренажах с разными режимами промывания и аспирации [2; 3].

В последние десятилетия появились публикации о миниинвазивных способах лечения с помощью пункций или дренирования полости абсцесса под УЗ контролем [4–6]. Но в основном ГЛМ лечится традиционно с помощью вскрытия гнойников с формированием послеоперационных рубцов (ПОР) [3; 7].

Наличие их на молочной железе негативно влияет на настроение женщин, особенно если рубец грубый и расположен в зоне «декольте». Хирурги ищут различные пути, чтобы минимизировать последствия такого лечения ГЛМ [8].

Тактика антибактериальной терапии представляется следующим образом. Пациенткам с ГЛМ оперативное лечение проводят в первые 2–6 часов, эмпирическую антибактериальную терапию назначают сразу. Выбор ее определяется участием преимущественно стафилококковой флоры в воспалительном процессе (в некоторых случаях — стрептококки и др.). Препараты 1 выбора, активные в отношении данной флоры и в то же время минимально проникающие в молоко — пенициллины и цефалоспорины [9]. В соответствии с программой «Стратегия контроля антимикробной терапии» пациенты стратифицированы на 4 типа или лечебные группы. В отношении ГЛМ актуальны тип 1 (внебольничные инфекции без риска наличия устойчивых возбудителей) и тип 2 — внебольничные инфекции с факторами риска полирезистентных возбудителей (продуцентов бета-лактамаз расширенного спектра действия (БЛРС). К факторам риска внебольничных инфекций, вызванных антибиотикорезистентными возбудителями, относятся госпитализация в течение предшествующих 3 месяцев, прием антибиотиков по любому поводу в течение предшествующих 3 месяцев [10].

Тактика ведения определяется типом пациентки: в 1 лечебной группе в до- и послеоперационном периоде ГЛМ целесообразно назначение: амоксицил-

лина 1,0–2,0 через 8 ч в/м, ампициллина 0,5 г через 6 ч в/м, оксациллина 1,0 г через 6 ч в/м, цефазолина 1,0–2,0 г через 8 ч в/м, цефуроксима 750 мг через 8 ч в/м.

Во 2 группе рекомендованы амоксициллин/клавуланат 1,2 г через 8 ч в/в, ампициллин/сульбактам 1,5 г через 8 ч в/в, при прекращении лактации — моксифлоксацин 400 мг 1 р/д в/в или левофлоксацин 500 мг через 12 ч + метронидазол 500 мг в/в через 8 ч [9]. Аллергия на бета-лактамы допускает использование клиндамицина 0,3 г через 12 ч. В случаях риска MRSA (высокий уровень MRSA в отделении, предшествующая в течение 3 месяцев госпитализация, антибиотики широкого спектра (фторхинолоны, в меньшей степени цефалоспорины III–IV поколения), наличие внутрисосудистого катетера, назальное носительство MRSA, в/в наркоманы) назначают препараты с анти-MRSA активностью: гликопептиды (ванкомицин), оксазолидиноны (линезолид), липопептиды (кубицин), глицилциклины (тигеклилин), цефтаролин. Антибактериальная терапия на фоне активного промывного дренирования проводится до нормализации температуры плюс 3 дня, в среднем 5–7 суток и, как правило, совпадает с временем удаления дренажа.

Для лечения ГЛМ ранее нами разработана и запатентована оригинальная методика, основанная на применении аргоно-плазменной санации с вакуумным промывным дренированием и наложением глухого узлового кожного шва (Патент РФ №2471434).

Имея опыт лечения по данной методике более 55 пациенток (из 321 леченых хирургическим путем) и оценив отдаленные результаты, выяснилось, что первично отсроченный (на одни сутки) узловой шов оставляет значительно меньший ПОР по сравнению с вторичным швом или заживлением раны вторичным натяжением. Однако, из-за близкого наложения узловых швов для достижения герметичности внутримаммарной полости, ПОР остается достаточно заметным.

При сложной конфигурации гнойной полости для санации всех затеков приходится выполнить дополнительный разрез. Количество ПОР на МЖ, соответственно, увеличивается.

С целью нивелирования последствий хирургического лечения ГЛМ в эстетическом аспекте решено было применить ранний косметический шов (КШ). В современных информаци-

ных источниках сведений по этому вопросу не обнаружено.

Для этого потребовалось решить следующие задачи:

- 1) подобрать из существующих способов наложения КШ наиболее подходящий с учетом гнойной специфики заболевания и применяемой методики лечения;
- 2) обосновать использование первично — отсроченного (на одни сутки) двухрядного внутрикожного шва (ДВШ) для закрытия гнойной полости молочной железы (МЖ) с учетом морфологических особенностей ее подкожножировой клетчатки (ПЖК).

Специфика лечения ГЛМ заключается в том, что оперировать приходится на лактирующей МЖ, причем эту функцию целесообразно сохранить, а в методике санации применяется бактерицидное действие аргон-плазменной коагуляции с активной аспирацией.

Наиболее подходящим для данного случая оказался двухрядный внутрикожный шов по Золтану. Он значительно герметичнее по сравнению с однорядным узловым или внутрикожным и более прочный при сцеживании молока.

Опыт ушивания кожной раны на следующий день после вскрытия гнойника узловыми швами по предлежащей ране методике показал отсутствие нагноений ПО ран, что послужило клинической предпосылкой к применению ДВШ.

Анатомическим обоснованием применения ДВШ является особенность строения соединительнотканной стромы в ПЖК МЖ, которая фасцией Scarra делится на поверхностный и глубокий слои. Поверхностный слой ПЖК имеет множество поперечных соединительнотканых волокон, которые прочно соединены с кожей МЖ. Эта часть называется куперовской системой, что позволяет наложить достаточно прочный первый шов в этом слое. Глубже фасциальные волокна встречаются реже [11].

Разрез кожи при вскрытии ГЛМ делают в виде дуги выпуклостью кнаружи от сосково-ареолярного комплекса по линиям Лангера, не ближе 1 см к краю ареолы. Кожу рассекают строго вертикально, чтобы оба края раны были одинаковой толщины. На следующий день под в/в наркозом в операционной сцеживают молоко, полость гнойника повторно saniруют по указанной выше

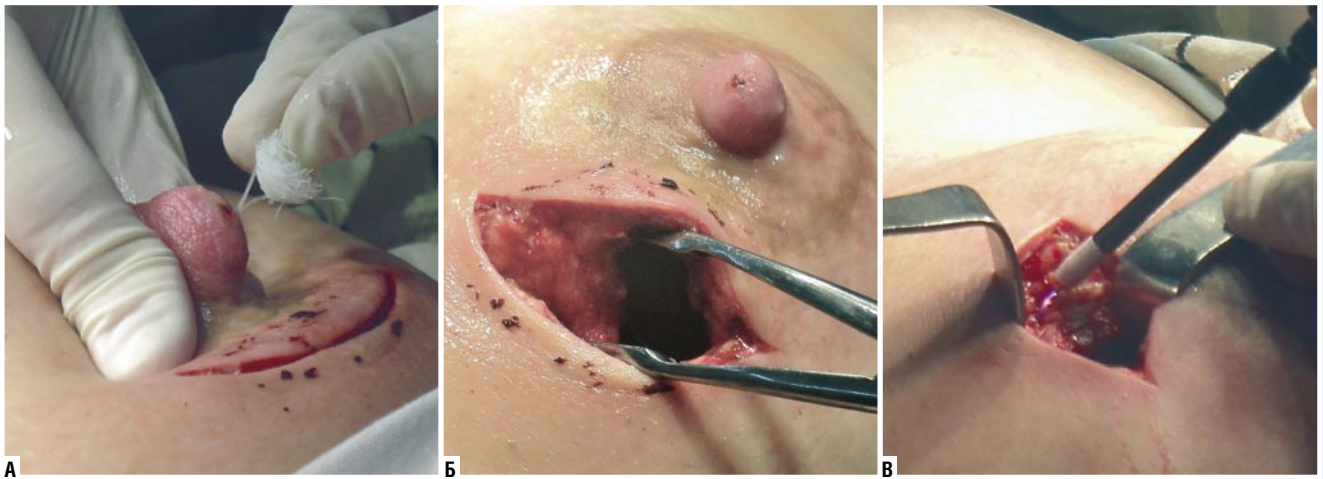


Рис. 1. А — пациентка С., сцеживание молока перед повторной санацией; Б — пациентка С., повторная санация раны антисептиками; В — пациентка С., повторная санация раны аргоно-плазменной коагуляцией.

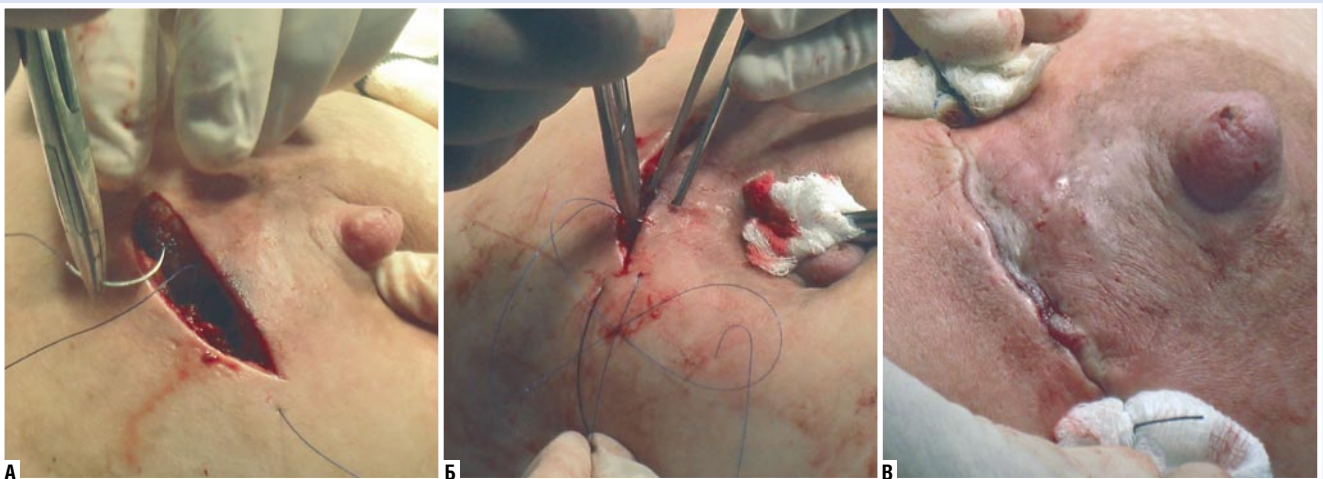


Рис. 2. А — пациентка С., наложение шва поверхностном слое ПЖК МЖ; Б — пациентка С., наложение собственно внутрикожного шва; В — пациентка С., затягивание обоих швов и фиксация.

методике с АПК стенок, устанавливают проточно-промывного дренажа для активной аспирации (Рис. 1 а–в), накладывают ДВШ.

Первый (внутренний шов накладывают в поверхностном слое ПЖК на 2–4 мм от дермы биodeградируемой нитью 3.0 (Викрил, Полисорб и т.п.) с шагом 4–5 мм и такой же глубиной погружения (Рис. 2 а). Для второго ряда (собственно внутрикожного) используют не рассасывающуюся моно нить 4.0 (Суржипро, Пролон и т.п.) с шагом между вколлом и выколлом 4–5 мм и глубиной погружения в дерму на 3–4 мм (Рис. 2 в). Швы затягивают и фиксируют.

Если при повторной хирургической обработке образовался участок кожи истонченной синюшной окраски, то нежизнеспособные края нужно ду-

гообразно иссечь до кожи и ПЖК нормальной толщины, цвета и появления капиллярного кровотечения на срезах. После вторичной хирургической обработки полости гнойника с АПК по указанной методике можно наложить отдельные узловыми швами или отказаться от внутрикожного шва в пользу отдельного узлового.

Шов снимают на 12 сутки послеоперационного периода (Рис. 3 а). При этом удаляют обе нити. Подкожная нить ареактивна, гипоаллергенна и не вызывает дополнительных воспалительных явлений в глубине раны (впрочем ее можно всю не удалять, а только наружные концы, срезая их у основания в вытянутом из тканей положении, после чего они уходят в глубину тканей и в

последующем рассасываются (Рис. 3 б). Внутрикожная нить также ареактивна, гипоаллергенная, прочная и легко извлекается из кожи при снятии шва.

По данной методике оперировано 16 пациенток (из 55). У всех заживление произошло первичным натяжением с минимально выраженным кожным рубцом. В отдаленном периоде через 6–18 месяцев ПОР практически незаметен (Рис. 3 в).

Выводы

Применение адаптированного ДВШ по Золтану для первичного закрытия раны МЖ на следующие сутки после вскрытия ГЛМ и аргоноплазменной санации полости гнойника значительно улучшает эстетический вид ПОР по сравнению с другими методиками закрытия ПО раны.

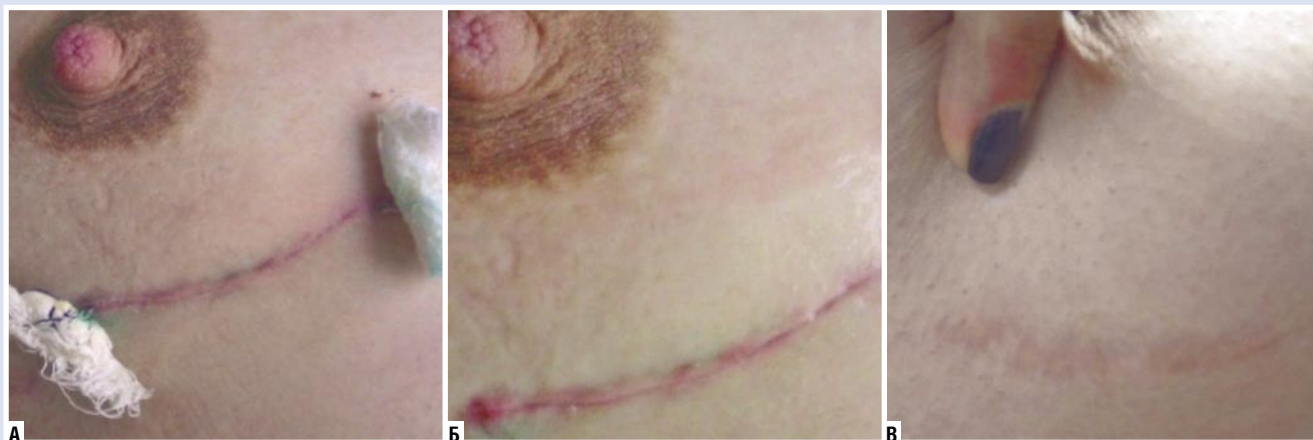


Рис. 3. А — пациентка, вид косметического ПОР рубца на 12 суток перед удалением нитей; Б — пациентка К., вид ПОР рубца через две недели после удаления нитей; В — пациентка К., вид ПОР рубца через 1,5 года после удаления нитей.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Boakes E, Woods A, Johnson N, Kadoglou N. Breast infection: a review of diagnosis and management practices. *European journal of breast health*. 2018; 14(3): 136-143. doi: 10.5152/ej-bh.2018.3871.
- Феоктистова Е.Г., Митрофанова Н.Н., Орлова Е.С. Особенности хирургического лечения послеродового мастита (обзор литературы) // *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки*. — 2021. — №1. — С.57-70. [Feoktistova EG, Mitrofanova NN, Orlova ES. Osobennosti hirurgicheskogo lecheniya poslerodovogo mastita (obzor literature). *Izvestiya visshih uchebnykh zavedenii. Povoljskii region. Medicinskie nauki*. 2021; 1: 57-70. (In Russ).] doi:10.21685/2072-3032-2021-1-7.
- Клиническая хирургия: национальное руководство. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — Т.1. — С.864. [Savelev VS, Kirienko AI, editors. *Klinicheskaya hirurgiya: nacionalnoe rukovodstvo*. М.: GEOTAR-Media. 2008. T.1. P.864. (In Russ).]
- Ozseker B, Ozcan UA, Rasa K, Cizmeli OM. Treatment of breast abscesses with ultrasound-guided aspiration and irrigation in the emergency setting // *Emerg Radiol*. 2008; 15: 105-108. doi: 10.1007 / s10140-007-0683-0.
- Kataria K, Srivastava A, Dhar A. Management of lactational mastitis and breast abscesses: review of current knowledge and practice. *Indian Journal of Surgery*. 2013; 75(6): 430-435. doi: 10.1007/s12262-012-0776-1.
- Бейшебаев Т.К. Малоинвазивные методы лечения солитарного острого гнойного лактационного мастита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Бишкек, 2009. 20 с. [Beishebaev TK. *Maloinvazivnie metodi lecheniya solitarnogo ostrogo gnoynogo laktacionnogo mastita* [avtoreferat] Bishkek; 2009. 20 s. (In Russ).]
- Fahrni M, Schwarz EI, Stadlmann S, Singer G, Hauser N, Kubik-Huch RA. Breast Abscesses: Diagnosis, Treatment and Outcome. *Breast Care (Basel)*. 2012; 7: 32-38. doi: 10.1159 / 000336547.
- Липатов К.В., Комарова Е.А., Насибов Б.Ш. Особенности течения, диагностики и хирургического лечения нелактационного мастита // *Журнал им. Н.И. Пирогова*. — 2016. — №12. — С.25-30. [Lipatov KV, Komarova EA, Nasibov BSh. Osobennosti techeniya diagnostiki i hirurgicheskogo lecheniya nelaktacionnogo mastita. *Journal im. NI Pirogova*. 2016; 12: 25-30. (In Russ).] doi: 10.17116/hirurgia20161225-30.
- Кучеренко М.А. К95 Антибактериальная терапия в акушерстве: методические рекомендации / Под ред. Э.К. Айламазян. — СПб.: Изд-во Н-Л, 2010. — 52 с. (Серия Ex libris «Журнал акушерства и женских болезней»). [Kucherenko M.A. *K95 Antibakterial'naya terapiya v akusherstve: metodicheskie rekomendacii*. E.K. Ajlamazyan, editor. SPb.: Izd-vo N-L, 2010. 52 p. (Seriya Ex libris «Zhurnal akusherstva i zhenskih boleznej»). (In Russ).]
- Программа СКАТ (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) при оказании стационарной медицинской помощи: Российские клинические рекомендации / Под ред. С.В. Яковлева, Н.И. Брико, С.В. Сидоренко, Д.Н. Проценко. — М.: Перо, 2018. — 156 с. [Programma SKAT (Strategiya Kontrolya Antimikrobnoy Terapii) pri okazanii stacionarnoy medicinskoj pomoshchi: Rossijskie klinicheskie rekomendacii. SV. YAKovlev, NI. Briko, SV. Sidorenko, DN. Procenko, editors. М.: Pero, 2018. 156 p. (In Russ).]
- Егоров Ю.С., Кузнецова Л.В., Дзотцов А.К. Фасциальная система молочной железы // *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии*. — 2018. — №2. — С.34-38. [Egorov YuS, Kuznecova LV, Dzotcoev AK. *Fascial'naya sistema molochnoi jelezi. Voprosi rekonstruktivnoi i plasticheskoi hirurgii*. 2018; 2: 34-38 (In Russ).]