

Винахід відноситься до розділу медицини, а саме до хірургії та терапії може бути використаний при лікуванні келоїдних рубців.

Відомі способи лікування келоїдних рубців, які включають введення гормональних препаратів, рентгенотерапія, хірургічне висічення рубців [1, 2, 3].

Недоліками цих способів є велика кількість рецидивів.

Найближчим аналогом є спосіб лікування колоїдного рубця, який включає кріодеструкцію рубцевозміненої тканини [4].

Недоліком аналога також є велика кількість рецидивів келоїдного рубця.

Задачею винаходу є розробка такого способу лікування келоїдного рубця, який за рахунок комбінованого лікування забезпечував би зменшення кількості рецидивів захворювання.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування келоїдного рубця, який включає кріодеструкцію рубцевозміненої тканини згідно з винаходом, перед кріодеструкцією пацієнту вводять внутрішньом'язево гормональні препарати пролонгованої дії, а після кріодеструкції при появі струпа, його видаляють в межах змертвілих тканин, та повторюють кріодеструкцію.

Введення гормональних препаратів пролонгованої дії до кріодеструкції приводить до зниження рецидивування, так як під час кріодеструкції та в період заживлення відмічається пригнічення розростання незрілої сполучної тканини. Цьому ж сприяє видалення некротизованих тканин та повторна кріодеструкція, так як при цьому настає повна девіталізація рубцевозміненої тканини.

Спосіб виконують наступним чином.

На догоспітальному етапі ретельно вивчають анамнез життя та анамнез захворювання, щоб уникнути ускладнень при гормонотерапії, проводять повне загальноклінічне обстеження. За два тижні до кріодеструкції внутрішньом'язево вводять глюкокортикоїди пролонгованої дії. Кріодеструкцію виконують за допомогою універсальної кріохірургічної установки (УКУ) „Кріопульс” трьома кріоаплікаціями з експозицією 3-5хв. (в залежності від товщини рубця) при температурі (-180°C) та кріоаплікатором відповідного діаметру. Через 10-14 днів, коли тканина девіталізованого рубця почне перетворюватися в струп проводять некректомію в межах змертвілих тканин та повторюють кріодеструкцію місця локалізації келоїдного рубця в більш щадящих режимах: дві кріоаплікації з експозицією 60сек. та 40сек. при температурі (-180°C) та кріоаплікатором відповідного діаметру. Асептична пов'язка з не спиртовими антисептиками на післяопераційну рану. Внутрішньом'язеве введення глюкокортикоїдів пролонгованої дії повторюють ще двічі з інтервалом в два тижні.

Приклад 1. Хвора К., історія хвороби №243/28 поступила в хірургічний відділ 14.04.2003р. з діагнозом: Післяопераційний келоїдний рубець передньої поверхні грудної клітки. З анамнезу захворювання відомо: три роки тому - видалення ліпони передньої поверхні грудної клітки. Через 2-3 місяці відмітила різкий ріст рубця. Протягом двох років для лікування використовувала „контрактубекс-гель”. При огляді: рубець до 5-и см в діаметрі та 1,0см висотою, тілесного кольору. Провели повне загальноклінічне обстеження. За два тижні до кріодеструкції внутрішньо-м'язево ввели „розчин дипроспану-1,0”. Кріодеструкцію виконали за допомогою УКУ „Кріопульс” трьома кріоаплікаціями з експозицією 3 хв. при температурі (-180°C) та кріоаплікатором 1,5см в діаметрі. Через 10-14 днів, коли тканина девіталізованого рубця почла перетворюватися в струп провели некректомію в межах змертвілих тканин та повторили Кріодеструкцію місця локалізації келоїдного рубця в більш щадящих режимах: дві кріоаплікації з експозицією 60сек. та 40сек. при температурі (-180°C) та кріоаплікатором 1,5см в діаметрі. Асептична пов'язка з не спиртовими антисептиками на післяопераційну рану. Внутрішньом'язеве введення „розчину дипроспану-1,0” повторили ще двічі з інтервалом в два тижні.

По запропонованому способу проліковано вісім хворих, з яких у одного хворого було ускладнення у вигляді рецидиву колоїдного рубця. В той же час, як у всіх восьми хворих пролікованих по способу найближчому аналогу спостерігались рецидиви та продовження захворювання.

Таким чином використання запропонованого способу дозволяє знизити ускладнення у вигляді рецидивування та продовження захворювання.

Джерела інформації:

1. Терновой К.С., //Низкие температуры в медицине. Наукова думка, Київ-1988, ст.263.
2. Терновой К.С., //Низкие температуры в медицине. Наукова думка, Київ-1988, ст.264.
3. Терновой К.С., //Низкие температуры в медицине, Наукова думка, Київ-1988, ст.264-265.
4. Терновой К.С., //Низкие температуры в медицине, Наукова думка, Київ-1988, ст.272-275. - найближчий аналог.