

and additionally took "Latsyodofil" and "Lisobakt." Changes in indices were determined on the 14th, 30th, 90th and 180th $\pm$ 5 days of the observation. Dynamics of indices showed lower recurrence rate for generalized chronic catarrhal gingivitis among the patients who took the drugs and proposed a similar pattern of fluctuations for the other indices. Therefore it is important to develop methodological and diagnostic microbiological approaches to study the efficiency of probiotic and prebiotic products in dentistry.

УДК: 617.51/.53-003.9-084

Скрипник В.М.

ДИНАМІКА ЗМІН КЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО СХИЛЬНІ ДО УТВОРЕННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ ОБЛИЧЧЯ ТА ШИЇ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Профілактика утворення патологічних рубців шкіри - одна з актуальних проблем пластичної хірургії голови та шиї. Рубцевозмінені тканини утворюються в результаті оперативних втручань і різних пошкоджуючих факторів (механічного, термічного або хімічного впливу, іонізуючого випромінювання, глибокого деструктивного запалення). Багато авторів наголошують на понятті «схильність до утворення», але не висвітлюють принципового визначення змісту цього терміну. Нами трактовано вищезазначене поняття, як стан організму, при якому виникають рубцеві зміни у відповідь на мінімальну травму або мимовільно поза увагою пацієнта. Після проведення ретельного аналізу фундаментальних видань та періодичних наукових публікацій, нами було визначено, що поняття «схильність до утворення патологічних рубців» на сьогодні не обґрунтовано.

Ключові слова: післяопераційний рубець, патологічний рубець, профілактика, дермофібразе.

Робота є фрагментом НДР кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї - «Оптимізація консервативного та хірургічного лікування хворих, що мають дефекти та деформації тканин щелепно-лицевої ділянки, № державної реєстрації № 0110U004629.

Профілактика утворення патологічних рубців шкіри - одна з актуальних проблем пластичної хірургії голови та шиї [1, 2, 3]. За даними різних авторів від 24% до 52% пацієнтів, що зверталися до лікувальних закладів, мають схильність до утворення патологічних рубців [4, 5, 6]. Рубцевозмінені тканини утворюються в результаті оперативних втручань і різних пошкоджуючих факторів. Травматизація шкіри нижче рівня базальної мембрани, призводить до утворення рубцевозміненої тканини [7, 8, 9].

Багато авторів наголошують на понятті «схильність до утворення», але не висвітлюють принципового визначення змісту цього терміну. Нами трактовано вищезазначене поняття як стан організму, при якому виникають рубцеві зміни у відповідь на мінімальну травму або мимовільно поза увагою пацієнта [10, 11].

Після проведення ретельного аналізу фундаментальних видань та періодичних наукових публікацій, нами було визначено, що поняття «схильність до утворення патологічних рубців» на сьогодні не обґрунтовано ні з клінічної, ні з морфологічної точки зору.

Таким чином, велика кількість запропонованих методик профілактики патологічних рубців не призводять до бажаних, як функціональних так і косметичних результатів. Особливо це стосується груп хворих, схильних до їх утворення. Після проведення аналізу вітчизняної та зарубіжної літератури нами зроблено висновок, що всі існуючі натеper профілактичні заходи не до кінця вирішують проблеми утворення патологічних рубців різного ґенезу.

Метою роботи

Розробка оптимального методу профілактики післяопераційних патологічних рубців у хворих, схильних до їх утворення.

Об'єкт дослідження

Об'єктом дослідження були 18 пацієнтів з вірогідним утворенням післяопераційних патологічних рубців, що знаходилися на лікуванні після планових втручань з приводу різних захворювань з виявленим поліморфізмом гену еластину, тобто схильних до утворення патологічних рубців.

Для профілактики утворення патологічних рубців проводилися наступні заходи: з 15-30 день проводилися внутрішньорубцеві ін'єкції препарату «Ліпін» 250 мг № 5 через кожні 4 дні з одночасним втиранням крему «Дермофібразе» 3 рази на день. Через 3 місяці дозрівання рубця проводився ультрафонофорез препарату «Ліпін» №10 через день з традиційним ультрафонофорезом гідрокортизону через день, втирання крему «Дермофібразе», не припинялося. Через 6 місяців після оперативного втручання проводилась повторна профілактика шляхом ультрафонофорезу розчину «Ліпін» за наведеною вище методикою з одночасним ультрафонофорезом крему «Дермофібразе» №15 через день. Після 6 місяців використання крему «Дермофібразе», його застосування припинялося на 3 місяць. Повторне призначення профілактичних заходів проводилося з 9 по 12 місяць дозрівання рубця.

Для клінічної оцінки динаміки утворення па-

тологічних рубців нами була використана схема якісної та кількісної оцінки патологічних та нормотрофічних рубців на різних етапах їх профілактики, а саме через 3, 6, 9, 12 місяців профілактики. Нами була використана зведена стандартційна таблиця, яка характеризувала утворення рубців за п'ятьма ознаками: ознака П1 – тип рубця; ознака П2 – консистенція рубця; ознака П3 – колір рубця; ознака П4 – чутливість рубця; ознака П5 – площа рубця.

За кожною ознакою використовувалася система балів для характеристики динаміки змін за ознаками, що пропонувалися. Кількість балів сумувалася і саме характер суми слугував оцінкою ефективності методик профілактики. Чим менша сума балів за п'ятьма клінічними ознаками, тим більшим був виражений сумарний ефект методу профілактики.

Результати та їх обговорення

При огляді рубцевозмінених тканин хворих, що схильні до утворення патологічних рубців, на 3 місяць профілактики у 6 (35%) пацієнтів спостерігали гіпертрофічний гомогенний рубець, але звертає увагу на себе те, що у 8 (45%) хворих визначався гіпертрофічний рубець з вузликами, що свідчить про високий ступінь схильності до утворення патологічних рубців. Ознаки келоїдизації були визначені у 4 (20%) пацієнтів. На 6 місяць профілактики у 10 (60%) хворих відмічено гіпертрофічний гомогенний рубець, але у 4 (20%) - спостерігали гіпертрофічний рубець з вузликами, ознаки келоїдизації були визначені у 2 (10%) хворих. Нормотрофічний рубець утворився у 2 (10%) пацієнтів.

Протягом 9 місяців профілактики у 9 (50%) хворих утворився гіпертрофічний гомогенний рубець, у 3 (15%) - визначався гіпертрофічний рубець з вузликами. Ознаки келоїдизації спостерігалися у 1 (5%) пацієнта, ознаки утворення нормотрофічного рубця - у 5 (30%). Через 12 місяців профілактики у 6 (35%) хворих спостерігали гіпертрофічний гомогенний рубець, а у 2 (10%) - гіпертрофічний рубець з вузликами. Ознаки келоїдизації визначалися у 1 (2%) пацієнта, ознаки утворення нормотрофічного рубця відмічені у 9 (53%).

При дослідженні консистенції рубця на 3 місяць профілактики у 14 (80%) хворих визначалося помірне ущільнення. У 4 (20%) пацієнтів спостерігали виражену індурацію. При огляді на 6 місяць після оперативного лікування ознаки нормальної консистенції рубця визначалися у 2 (10%) хворих. У 14 (80%) пацієнтів спостерігали помірне ущільнення, а у 2 (10%) - виражену індурацію, що свідчить про ефективність профілактичних заходів, що проводилися.

На момент огляду після 9 місяців профілакти-

ки нормальна консистенція рубця відмічена у 5 (30%) хворих. У 12 (65%) пацієнтів визначалося помірне ущільнення, а у 1 (5%) - виражена індурація. Наприкінці першого року проведення профілактичних заходів ознаки нормальної консистенції рубця нами спостерігалися у 9 (53%) пацієнтів, а у 8 (45%) - помірне ущільнення.

При дослідженні кольору рубця на 3 місяць після початку профілактичного лікування ознаки здорової шкіри відмічалася у 6 (35%) хворих. У 8 (45%) пацієнтів визначалася помірна, а у 4 (20%) - виражена еритема. На момент огляду через 6 місяців ознаки здорової шкіри спостерігалися у 12 (70%) хворих. У 4 (20%) пацієнтів визначалася помірна еритема, а у 2 (10%) - зафіксовано виражену еритему.

Через 3 місяці досліджень групи ознаки здорової шкіри відмічені у 14 (80%) хворих, у 3 (15%) пацієнтів нами зафіксовано помірну, а у 1 (5%) - виражену еритему. На 12 місяць профілактики ознаки здорової шкіри визначалася у 15 (88%) хворих, у 2 (10%) - помірну еритему, виражену еритему зафіксовано у 1 (2%) пацієнта.

При дослідженні чутливості рубця нами отримано наступні дані. На 3 місяць профілактики ознаки напруженості рубця спостерігалися у 14 (80%) хворих, у 4 (20%) - відзначався свербіж. Скарги хворих на печіння та біль нами зафіксовані не були. Через 6 місяців профілактики ознаки напруженості рубця спостерігалися без змін, у 14 (80%) пацієнтів, у 2 (10%) - відзначався свербіж. Печіння та біль серед скарг не встановлені.

При огляді в 9 місяців ознаки напруженості рубця відмічені у 12 (65%) хворих, а 1 (5%) - відзначав свербіж. Скарги хворих на печіння та біль нами зафіксовані не були. На 12 місяць профілактики ознаки напруженості рубця визначалися у 8 (45%) пацієнтів, а 1 (2%) - скаржився на свербіж. Печіння та біль не зафіксовані.

Протягом 3 місяців профілактики площу до 5,9 мм² спостерігали у 14 (78%) пацієнтів. У 2 (11%) - не перевищувала 11,9 мм², а у 2 (11%) хворих нами відмічено площу більшу за 12 мм². Через 6 місяців профілактики площу до 5,9 мм² спостерігали у 16 (89%) пацієнтів. У 2 (11%) хворих нами була зафіксована середня площа (6,2-11,8 мм²).

При огляді через 9 місяців після оперативного втручання площу до 5,9 мм² нами була зафіксована у 16 (89%) пацієнтів, у 2 (11%) - відмічена середня площа (6,3-9,5 мм²). На 12 місяць профілактики площу до 5,9 мм² спостерігалася у 16 (89%) пацієнтів. У 2 (11%) хворих визначено середню площу (6,1-9,2 мм²). На рис. 1.1. наведений графік динаміки зміни клінічних показників утворення рубцевозмінених тканин.

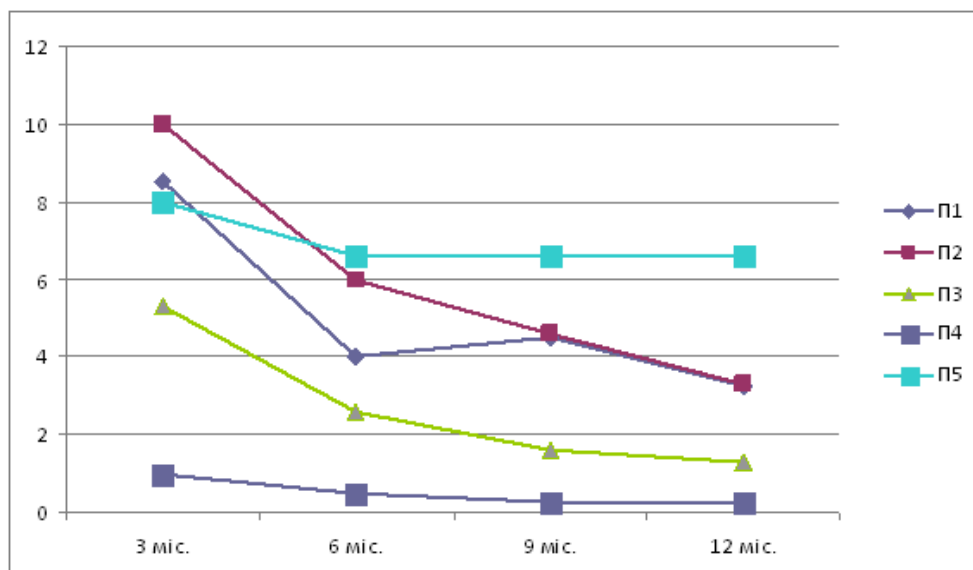


Рис. 1.1. Графік динаміки змін клінічних характеристик рубцевозмінених тканин на різних етапах профілактики.

Як видно, з графіку, показник П2 - консистенція рубця динамічно зменшувалася протягом всього профілактичного курсу. Найбільш помірне зниження відзначалося у показника П4 - чутливість рубця. При дослідженні динаміки зниження інших показників отримано середні дані.

Висновок

Таким чином, аналіз динаміки клінічних змін параметрів, що характеризують утворення рубцевозмінених тканин показав, що всі вони досягають зниження після запропонованого нами методу профілактики. У пацієнтів, схильних до утворення патологічних рубців, зафіксовано статистично значимий показник розвитку нормотрофічних рубців у 11(53%) хворих.

Література

1. Bayat A. Clinical management of skin scarring / A. Bayat, D. A. McGrouther // Skinmed. – 2005. – V. 4, № 3. – P. 165-173.
2. Mofikoya B. O. Keloid and hypertrophic scars: a review of recent developments in pathogenesis and management / B. O. Mofikoya W. L. Adeyemo, A. A. Abdus-salam // Nig. Q. J. Hosp. Med. – 2007. – V. 17, № 4. – P. 134-139.

3. Atiyeh B. S. Nonsurgical management of hypertrophic scars: evidence-based therapies, standard practices, and emerging methods / B. S. Atiyeh // Aesthetic Plast. Surg. – 2007. – V.31, № 5. – P. 468-492.
4. Озерская О.С. Рубцы кожи и их дерматологическая коррекция / О. С. Озерская // СПб. : Искусство России, 2007. – 224 с.
5. Alster T.S. Hypertrophic scars and keloids; etiology and management / T.S. Alster, E.L. Tanzi // Am. J. Clin. Dermatol. – 2003 - №4. – P. 235–243.
6. Chen M. A. Scar management: prevention and treatment strategies / M. A. Chen, T. M. Davidson // Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg 2005. – V. 13, №4.-P. 242-247.
7. Atiyeh B. S. Nonsurgical management of hypertrophic scars: evidence-based therapies, standard practices, and emerging methods / B. S. Atiyeh // Aesthetic Plast. Surg. – 2007. – V.31, № 5.-P. 468-492.
8. Slemp A. E. Keloids and scars: a review of keloids and scars, their pathogenesis, risk factors, and management / A. E. Slemp, R. E. Kirschner // Curr. Opin. Pediatr. – 2006. – V.18, № 4.-P. 396-402.
9. Mustoe T. A. International clinical recommendations on scar management / T. A. Mustoe, R. D. Cooter, M. H. Gold [et al.] // Plast. Reconstr. Surg. – 2002. – V.110, № 2. – P. 560-571.
10. Boutli-Kasapidou R. Hypertrophic and keloidal scars: an approach to poly-therapy // R. Boutli-Kasapidou, A. Tsakiri, E. Anagnostou [et al.] // Int. J. Dermatol. – 2005. – V.44, № 4. – P. 324-327.
11. Brudnik U. Therapeutic problems connected with keloid treatment-new treatment possibilities [Article in Polish] / U. Brudnik, M. Podolec-Rubis, A. Wojas-Pelc // Przegl Lek. – 2006. – V.63, № 9.-P. 803-806.

Реферат

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, СКЛОННЫХ К ОБРАЗОВАНИЮ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦОВ ЛИЦА И ШЕИ

Скрыпник В.М.

Ключевые слова: послеоперационный рубец, патологический рубец, профилактика, дермофибразе.

Профилактика образования патологических рубцов кожи - одна из актуальных проблем пластической хирургии головы и шеи. Рубцовоизмененные ткани возникают в результате оперативных вмешательств и различных повреждающих факторов (механического, термического или химического воздействия, ионизирующего излучения, глубокого деструктивного воспаления). Многие авторы отмечают понятие «склонность к образованию», но не освещают принципиального определения содержания этого определения. Нами истолковано вышеупомянутое понятие как состояние организма, при котором возникают рубцовые изменения в ответ на минимальную травму или невольно без внимания пациента. После проведения тщательного анализа фундаментальных изданий и периодических научных публикаций нами было определено, что понятие «склонность к образованию патологических рубцов» на сегодня не обосновано.

Summary

DYNAMICS IN CHANGING CLINICAL INDICATORS OF PATIENTS SUSCEPTIBLE TO PATHOLOGICAL SCARRING ON FACE AND NECK
Skrypnyk V.M.

Key words: postoperative scar, abnormal scar, prevention, dermofibrase.

Prevention of pathological scarring is one of the urgent concerns of plastic surgery on the face and neck. Cicatricial changes result from the surgeries and various damaging factors (mechanical, thermal or chemical influence, ionizing radiation, a deep destructive inflammation). Many authors note the concept "tendency to formation", but don't show basic definition of the content of this term. We interpreted above-mentioned concept, as a condition of an organism at which there are cicatricial changes in reply to the minimal trauma or involuntarily without attention of the patient. After carrying out the careful analysis of fundamental editions and periodic scientific publications, we define that the concept "tendency to formation of pathological scars" is not proved for today.

УДК 616.742/.743-003.92-08

Ставицький С.О., Аветіков Д.С.

ІНТЕГРАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ ГОЛОВИ ТА ШИЇ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

У даній статті обґрунтовано застосування спіральної комп'ютерної томографії на етапах діагностики та планування хірургічного лікування патологічних рубців шкіри голови та шиї. Дане дослідження базується на спостереженні 174 клінічних випадків. Отримані результати достовірно дозволяють диференційовано підходити до різних етапів лікування рубцевозмінених тканин.

Ключові слова: гіпертрофічні рубці, келоїдні рубці, спіральна комп'ютерна томографія, коефіцієнт абсорбції.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї Вищого державного навчального закладу України "Українська медична стоматологічна академія" (м. Полтава) „Оптимізація консервативного та хірургічного лікування хворих, що мають дефекти та деформації тканин щелепно-лицевої ділянки" (номер державної реєстрації 0110U004629).

Вступ

На теперішній час загальноновизнані критерії оцінки типу рубцевих змін шкіри різноманітного походження доволі суперечливі та в більшості випадків не відповідають високим вимогам сучасної медичної науки [1-3].

Вивчаючи багаточисельні праці вітчизняних та іноземних учених, котрі присвячені порівняльним шкалам і таблицям, ми прийшли до висновку, що використання всіх оціночних таблиць базується на суб'єктивних та об'єктивних ознаках патологічних рубців (свербіж, парестезії, прогресування, васкуляризації, пігментації, рівномірності товщини, консистенції та інш.) [2, 3-5]. Але, на жаль, більшість критеріїв, таких як рівномірність товщини внутрішнього і зовнішнього рубця та визначення щільності рубця, на нашу думку, суперечливі та не дають чітких даних при статистичній обробці отриманих результатів. Фотоаналіз та морфометрія також є доволі не об'єктивним критерієм оцінки ефективності лікування патологічних рубців [5,6].

Оскільки проблема профілактики і лікування келоїдних рубців голови та шиї є однією з пріоритетних наукових напрямків нашої кафедри, нами було запропоновано для оцінки ефективності лікування, та визначення глибини залягання патологічних рубців проводити спіральну комп'ютерну томографію.

Мета дослідження

Обґрунтування застосування спіральної

комп'ютерної томографії на етапах діагностики та при плануванні хірургічного лікування патологічних рубців голови та шиї.

Матеріали та методи дослідження

У період із 2007 по 2013 рік на базі щелепно-лицевого відділення ПОКЛ ім. Скліфосовського (зав.відділенням Є.Є. Ванякін) та академічної клініки пластичної та реконструктивної хірургії голови та шиї ВДНЗ України „Українська медична стоматологічна академія" нами було обстежено та проліковано 174 пацієнти з патологічними рубцями голови та шиї.

Для поділу хворих за типом рубцевої тканини використовувалась класифікація запропонована Резниковою А.Е. [2], згідно якої патологічні рубці розподілені на гіпертрофічні та келоїдні.

Всі хворі, згідно класифікації Резникової А.Е., для достовірності та реалізації дослідження складали дві основні групи та групу контролю.

I-група – 88 пацієнтів із келоїдними рубцями;

II-група – 86 пацієнтів з гіпертрофічними рубцями;

Згода пацієнтів на проведення дослідження була отримана до проведення оперативних втручань.

З метою визначення глибини залягання, зовнішнього та внутрішнього об'єму, щільності рубцевої тканини нами використовувалась спіральна комп'ютерна томографія.

Вищенаведений метод візуалізації використовувався в 36 хворих у складних та сумнівних із