

УДК: 617.52 – 006:617 – 089

Григорьева Т.С.

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОМ ЛИЦА

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»

В статье представлены клинические и лабораторные результаты хирургического лечения атером лица в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. Комплексный анализ исследований позволил установить, что оперативное лечение атером щадящим методом (цистотомии) значительно снижает объем травмированных тканей, уменьшает интенсивность функциональных нарушений микрогемодинамики, существенно увеличивая эстетические характеристики послеоперационного рубца.

Ключевые слова: атерома лица, цистотомия, послеоперационный рубец.

Специфические требования к заживлению ран мягких тканей лица определяют выбор метода хирургического лечения, в том числе и опухолеподобных образований - атером. Необходимость достижения высокого эстетического результата способствует развитию хирургических технологий в направлении сокращения объема травмированных тканей и приближения условий для течения местных посттравматических (послеоперационных) восстановительных реакций к физиологическим [5,6].

Традиционно методика хирургического лечения атером сопряжена с возможностью развития в раннем послеоперационном периоде общеизвестных местных осложнений (чрезмерный отек, гематома, нагноение раны, расхождение швов), существенно влияющих на скорость течения восстановительных процессов и качественные характеристики послеоперационного рубца [6]. Местное нарушение системы микроциркуляции ведет к повышению проницаемости сосудистых стенок и появлению экссудата, что вызывает отек травмированных тканей, а расширение сосудов обуславливает их гиперемию [3, 5].

Из данных, представленных в литературе, следует, что в последние годы уделяется недостаточное внимание разработке новых способов удаления опухолевых и опухолевидных образований, развивающихся в челюстно-лицевой области [2]. Множественные модификации традиционного метода хирургического лечения атером имеют радикальный характер и возникающие в раннем послеоперационном периоде осложнения, в конечном итоге ведут к увеличению риска образования незстетичного рубца. При этом, эстетические требования к внешности продолжают расти и занимают важные позиции в социальной и личностной оценке человека [5].

Учитывая выше описанные обстоятельства, целью настоящего исследования явилось повышение эффективности и эстетичности хирургического лечения больных с атеромами лица, снижение частоты послеоперационных осложнений за счет снижения травматичности оперативного вмешательства.

Материалы и методы

Основой для анализа клинического материала послужили данные, полученные при обследо-

вании и лечении 123 пациентов, обратившихся в хирургический кабинет стоматологической поликлиники с целью лечения атеромы, развившейся в челюстно-лицевой области. В контрольной группе (62 человека) оперативное вмешательство проводили по традиционной методике удаления атером – цистэктомии [1, 4, 5]. В зависимости от размеров атеромы, глубины сформированного дефекта, накладывали 2-3 погружных шва на подкожную клетчатку (нитью «Викрил» 3/0) и непрерывный внутрикожный шов («Пролон 4/0»). Наружно использовали асептическую повязку.

В хирургической практике широко известен щадящий метод лечения одонтогенных (эпителиальных) кист челюстей – цистотомия, предполагающий частичное удаление стенки образования с последующим формированием сообщения (бухты) с преддверием или полостью рта. Данный способ, используемый в стоматологии исключительно при заболеваниях твердых тканей, явился прототипом предложенного нами метода хирургического лечения эпителиальных кист лица, в том числе и атером. Этот выбор основан на результатах проведенного нами гистоморфологического исследования 50 типичных атером, результаты которого показали, что оболочка сальной кисты состоит из соединительнотканной основы и выстилки, состоящей из многослойного плоского ороговевающего (эпидермальная киста) и неороговевающего эпителия (атерома) [1, 3].

Представителям основной группы (61 человек) хирургическое лечение атером было проведено предложенным нами методом – цистотомии. После проведения инфильтрационной анестезии скальпелем рассекали кожу над атеромой. Длина разреза зависела от диаметра образования, но не превышала 5 мм. Вскрывали капсулу кисты, эвакуировали содержимое curettage ложкой. Внутреннюю поверхность капсулы обрабатывали раствором антисептика. Края раны прижигали методом электро- или термокоагуляции, формируя при этом из линейного разреза круглое отверстие. Рану закрывали асептической повязкой. перевязки и осмотры раны выполняли ежедневно. (Декларационный патент Украины «Способ хирургического лечения ате-

ром» № 61900 от 25.07.2011 г.).

Клиническую оценку хода течения воспалительных и восстановительных реакций, развивающихся в мягких тканях паравульварной зоны, проводили ежедневно анализируя частоту встречаемости и степень выраженности основных местных клинических признаков [6]. Для мониторинга процессов нарушения и восстановления микроциркуляции крови в группах сравнения в послеоперационном периоде использовали метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) [3, 7]. В основе данного исследования лежит регистрация изменения потока крови в микроциркуляторном русле при помощи метода неинвазивного зондирования тканей лазерным излучением с последующей обработкой отраженного от тканей излучения, основанном на эффекте Доплера [1, 7]. Исследования выполняли до, а также через 1 и 7 суток после операции.

Результаты и их обсуждение

Исследуя воспалительные процессы, протекающие в раннем послеоперационном периоде, можно отметить, что выраженность проявлений данного типа реакций у больных в основной группе имеют достоверные, менее интенсивные значения, в сравнении с контролем (рис.1). Анализируя все указанные симптомы, можно отметить стойкие различия в проявлениях изучаемых показателей в пользу представителей основной группы, за исключением одного – интенсивности экссудации. На 3-и сутки после хирургического лечения атером у представителей основной группы этот показатель составлял 32,2%, тогда как в контрольной группе – 18,03% ($P < 0,05$). Эти результаты не были неожиданными, так как прототипом предложенного нами способа лечения атером лица явилась методика цистотомии,

значимыми преимуществами которого являются значительно меньший объем травмируемых тканей, отсутствие необходимости в использовании шовного материала (как для погружных швов, так и для поверхностных) [5, 6]. При этом мы учитывали, что заживление послеоперационной раны будет проходить по типу вторичного натяжения, что, соответственно, будет сопровождаться большим количеством отделяемого экссудата, чем при заживлении раны по типу первичного натяжения. К 5-м суткам наблюдений, показатели экссудации составляли: у представителей основной группы – 11,86% (7 человек) и 8,19% (5 человек) – контрольной ($P < 0,05$). Характер экссудата у всех пациентов был определен как серозный. На 7-е сутки послеоперационного периода при пальпации тканей паравульварной области у 1-го представителя основной группы и 2-х – контрольной было отмечено наличие незначительного серозного отделяемого. Таким образом, к 7-м суткам показатели экссудации в обеих группах сравнения были близкие по своим значениям. Это позволяет заключить, что, несмотря на различные механизмы заживления послеоперационной раны и изначальные различия в количестве раневого экссудата в пользу контрольной группы, к 5-м суткам этот разрыв значительно сократился, а к 7-м суткам не прослеживался вовсе.

Все остальные показатели клинического течения раневого процесса (гиперемия, отек, самопроизвольная боль и боль при пальпации, инфильтрация тканей паравульварной области) за весь период наблюдений были заметно и достоверно различны в пользу основной группы (рис.1).

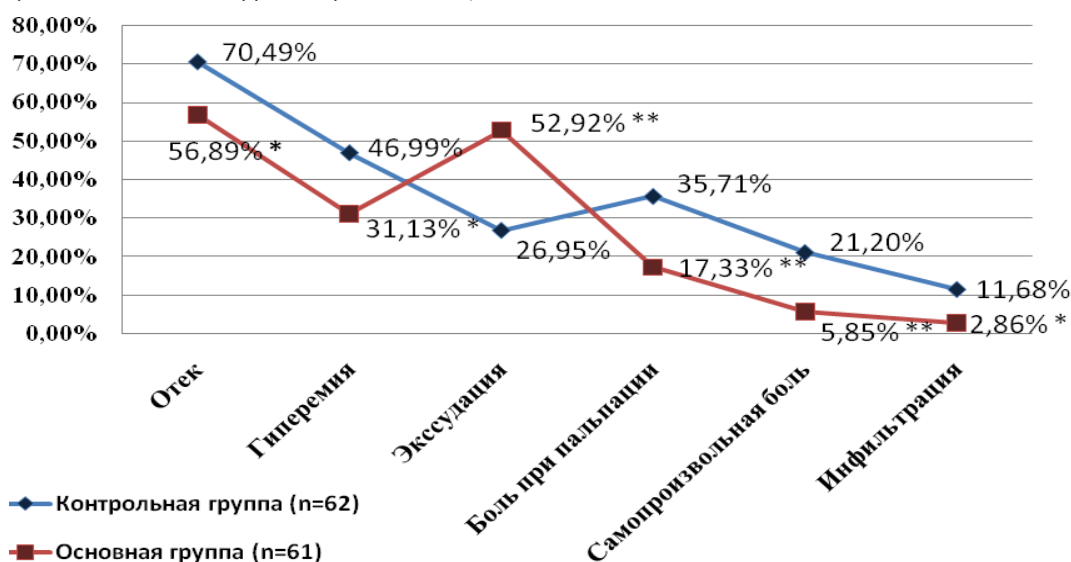


Рис.1. Диаграмма соотношений средних показателей (М ср. за 7 суток послеоперационного периода) местных признаков воспаления в паравульварной области у представителей групп наблюдений.

Примечание: ** – различия с показателями контрольной группы достоверны, при $P < 0,02$;

* – различия с показателями контрольной группы достоверны, при $P < 0,05$.

На 7-е сутки полная эпителизация раневой поверхности зарегистрирована у большинства больных. В контрольной группе, раны зажили первичным натяжением у 49 (80,32%) пациентов. У 8 (13,1%) - заживление проходило вторичным натяжением, а у 4-х (6,55%) представителей этой группы – под струпом. У всех представителей основной группы рана заживала вторичным натяжением, что было определено методикой хирургического вмешательства. При этом, средние сроки эпителизации раневых поверхностей в основной группе составили $8,7 \pm 0,18$ суток, в контрольной - $8,3 \pm 0,22$.

Таким образом, несмотря на существенные различия в хирургических подходах к лечению атером, значимых межгрупповых различий по срокам эпителизации послеоперационных ран выявлено не было. Относительно быстрым процесс эпителизации в основной группе обусловлен, вероятно, малым объемом травмированных тканей, адекватным дренажем и отсутствием условий для развития инфекционно-воспалительных осложнений (за счет хорошей аэрации раны и возможности для осуществления эффективной местной антисептической обработки). Снижение уровня травматичности хирургического вмешательства и интенсивности местных воспалительных реакций, сопровождалось уменьшением числа ранних послеоперационных осложнений (чрезмерный отек, боль, кровотечение в ране, формирование гематом, нагноение). Так, в первые 7 суток они были зафиксированы в основной группе у 18,6% пациентов, в контрольной – у 41,0% (при $p < 0,05$) (рис.2).

Важным для нас представляется тот факт, что в отдаленные сроки наблюдений (6 и 12 месяцев) нами не было выявлено ни одного случая рецидива заболевания (атеромы), как у представителей контрольной группы, так и основной.

Через 6 месяцев после операции нам удалось провести осмотр 73 пациентов (60,83%).

Оценивали состояние сформированного рубца: наличие признаков гипер- или атрофии, размеры, консистенцию, выявляли функциональные и эстетические дефекты.

Так, у представителей контрольной группы признаки гипертрофии рубца были выявлены в 14,07% случаев (рис.2). В основной группе этот показатель составил 5,12%, причем, у 1-го представителя была выявлена атрофическая форма рубца. Вероятно, это было обусловлено тем фактом, что больной не обращался за хирургической помощью в течение 3-х лет, новообразование неоднократно инфицировалось, а кожа над ним была истончена.

Через 1 год после операции, мы провели осмотр 56 больных, что составило 46,6% от общего числа. В 7,4% и 27,58% случаев обследованных представителей основной и контрольной групп, соответственно, были выявлены участки деформации послеоперационного рубца. При этом у пациентов в контрольной группе определялись участки его ступенчатости и гипертрофии, что было вызвано частичным расхождением краев раны и ее заживлением под струпом. Окружающие рубец ткани были стянуты, изменены в цвете, малоподвижны, при пальпации определялась умеренная и выраженная их плотность. Такой рубец больные оценивали как малоэстетичный, а пациенты женского пола вынуждены были применять косметические средства для коррекции внешнего вида.

У представителей основной группы сформированный рубец был округлой формы, диаметром в пределах 1-4 мм (в среднем $2,1 \pm 0,32$), что зависело от размера прооперированной атеромы и индивидуальных особенностей течения репаративных процессов. У 1-го представителя данной группы была отмечена атрофическая форма рубца, цвет которого был незначительно бледнее цвета окружающих тканей, что не доставляло ни функциональных, ни эстетических неудобств.

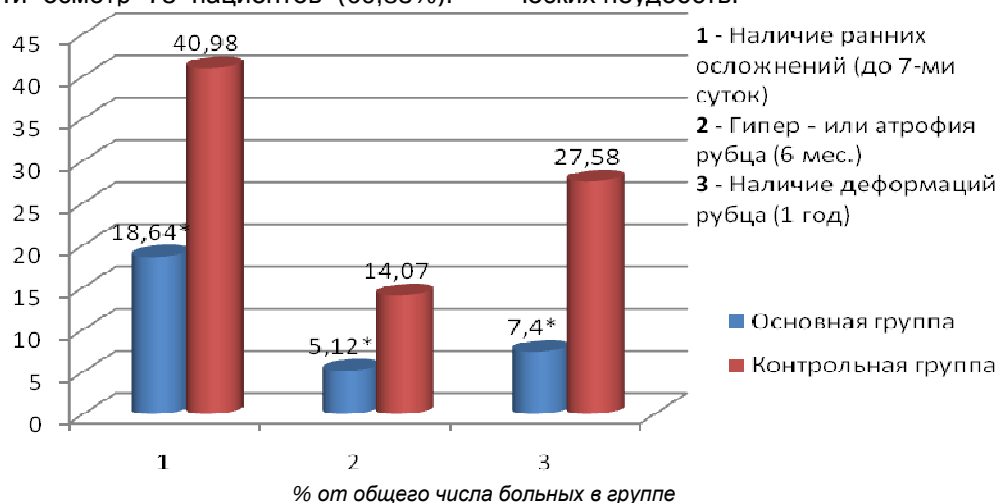


Рис. 2. Соотношения показателей течения местных восстановительных реакций в группах сравнения.
Примечание: * - различие с аналогичным показателем контрольной группы достоверно ($P < 0,05$).

Таким образом, представленный анализ результатов клинического исследования позволяет заключить, что применение предложенного нами способа хирургического лечения атером лица способствует снижению количества и интенсивности ранних послеоперационных осложнений, способствует формированию функционально-качественного и эстетически-полноценного послеоперационного рубца.

Результаты ЛДФ-метрии, проведенной в раннем послеоперационном периоде, позволили выявить значимые различия в показателях микрогемодинамики у представителей обеих групп сравнения. Так, отмечавшиеся более высокие значения показателей микроциркуляции у представителей контрольной группы, в числе которых амплитудные значения пульсовых (Ап) и дыхательных (Ад) волн, свидетельствуют об увеличении кровенаполнения артериол, венул, а также раскрытии прекапиллярных сфинктеров, следствием чего является увеличение кровенаполнения капиллярного отдела микроциркуляторного русла, что сопровождается гиперемией тканей и формированием периваскулярного отека [3, 7].

Исходный уровень (норма) амплитуды пульсовых ритмов (Ап) составил 4,01 перф.ед. Известно, что амплитуда пульсовой волны определяется тонусом резистивных микрососудов, а ее величина, соответственно, характеризует приток крови по артериолам в микрососудистое русло [3].

Через одни сутки после хирургического лечения атером у представителей контрольной группы показатель Ап был на 59,85% ($P_1 < 0,01$) выше значения нормы, тогда как в основной группе - на 18,7% ($P_1 < 0,05$). Межгрупповая разница составила 41,15% и достигла достоверного уровня значимости ($P_2 < 0,01$), отражая возросший объем притока артериальной крови в микроциркуляторное русло, что клинически сопровождается большей интенсивностью местных воспалительных реакций и, соответственно, проявляется более выраженной гиперемией тканей (рис.1), чем у представителей основной группы. К 7-м суткам, по мере развития процессов восстановления, показатель Ап проявил тенденцию к снижению. При этом, у представителей контрольной группы уровень Ап превышал исходные значения более значимо (на 40,9%, $P_1 < 0,01$), чем в основной (на 11,47%, $P_1 > 0,05$).

Аналогичная динамика отмечалась и в характере изменений показателя амплитуды дыхательной волны (Ад). В интактных тканях уровень Ад составил 5,54 перф.ед.

У пациентов в контрольной группе через одни сутки после хирургического вмешательства зафиксированы более высокие значения данного показателя. Так, уровень Ад в контроле составил 9,08 перф.ед., что на 63,9% ($P_1 < 0,01$) выше нормы, тогда как в основной группе числовое значение Ад составило 6,69 перф.ед., что

превышало показатель здоровых тканей на 20,76% ($P_1 < 0,01$). Достоверными оказались и межгрупповые различия (43,14%, при $P_2 < 0,01$). Выраженное увеличение амплитуды дыхательной волны указывает на снижение микроциркуляторного давления, что сопровождается увеличением объема крови в веноулярном звене микрососудистого русла, то есть ухудшением веноулярного оттока [7]. По прошествии 7 суток после хирургического лечения отмечалась положительная динамика снижения клинического проявления интенсивности отека мягких тканей, что подтверждалось уменьшением амплитудных значений дыхательных ритмов (Ад). Так, в контрольной группе уровень Ад через неделю после операции был выше дооперационных значений на 50,18% ($P_1 < 0,01$), а у представителей основной группы - на 14,98% ($P_1 < 0,05$). Межгрупповая разница по показателю Ад составила 35,2% ($P_2 < 0,01$).

Таким образом, мы получили еще одно обоснованное подтверждение тому факту, что у больных в контрольной группе, где лечение проводили по традиционной методике, наблюдался более выраженный и длительный отек мягких тканей паравульварной области, что на ЛДФ-грамме находило свое отражение в увеличении значений Ад.

Выводы

1. Анализ клинического течения раннего послеоперационного периода (первые 7 суток) позволил установить, что быстрое стихание местных воспалительных реакций у представителей основной группы (рис.1) способствовало оптимизации восстановительных процессов, отражаясь на сроках эпителизации ран, эстетичности послеоперационных рубцов и, в целом, указывает на преимущества предложенного нами метода хирургического лечения атером перед общепринятым (радикальным).

2. Результаты ЛДФ-мониторинга, проведенного в раннем послеоперационном периоде, свидетельствуют об имеющихся значимых различиях в показателях микрогемодинамики у представителей групп сравнения. Поскольку нарушения микроциркуляции служат одним из типичных этиологических признаков повреждения органов и тканей, становится очевидным, что развивающиеся в подобных случаях выраженные изменения микрогемодинамики являются отражением реакции на более травматичное хирургическое вмешательство, каковым оно являлось у пациентов в контрольной группе (в сравнении с основной).

3. Анализ отдаленных результатов лечения больных с атеромами лица указывают на преимущества щадящей (предложенной) хирургической методики, позволяющей выполнять операцию через малый хирургический доступ, сохранять при этом высокий лечебный эффект и повышать эстетические показатели послеоперационного рубца.

Литература

1. Букатко В. Н. Лазерная доплеровская флоуметрия в изучении эффектов миллиметровой волновой терапии / В. Н. Букатко, С. А. Данилова // Миллиметровые волны в биологии и медицине. – 2004. – № 4(36). – С. 28-39.
2. Карапетян И.С. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи / Карапетян И.С. – М.: МИА, 2004. – 232 с.
3. Крупаткин А. И. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови / А. И. Крупаткин, В. В. Сидоров. – М.: Медицина, 2005. – 254 с.
4. Солнцев А. М. Кисты челюстно-лицевой области и шеи / А.М. Солнцев, В.С. Колесов. – К.: «Здоровье», 1982. – С.131.
5. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия. Монография / Тимофеев А.А. – К.: ВСИ Медицина, 2010. – 576 с.
6. Федоров В.Д. Учение о ране: от А.В. Вишневского до наших дней / В.Д. Федоров, А.М. Светухин, С.П.Глянцев // Хирургия. Журн. им Н.И. Пирогова. – 2004. – № 8. – С. 56-61.
7. Fagrell B. Problems using laser Doppler on the skin in clinical practice. Laser Doppler / B. Fagrell // Nicosia. – London: Med-Orion Publishing, 1994. – P. 127-134.

Реферат

КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ РАНИХ І ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АТЕРОМИ ОБЛИЧЧЯ

Григор'єва Т.С.

Ключові слова: атерома, цитотомія, післяопераційний рубець.

У статті представлені клінічні та лабораторні результати хірургічного лікування атером особи в ранньому і віддаленому післяопераційному періоді. Комплексний аналіз досліджень дозволив встановити, що оперативне лікування атером щадним методом (цистотомією) значно знижує обсяг травмованих тканин, зменшує інтенсивність функціональних порушень мікрогемодинаміки, істотно збільшуючи естетичні характеристики післяопераційного рубця.

Summary

COMPLEX ANALYSIS OF EARLY AND REMOTE RESULTS OF SURGERIES FOR FACIAL ATHEROMAS

Grigorieva T. S.

Key words: atheroma, cytotomy, postoperation scar.

Introduction. Specific requirements for healing wound in facial soft tissues define a choice of surgical technique. The paramount necessity to achieve perfect esthetic result promotes the development of surgical techniques towards the minimization of tissues injured and the achieving better local post-traumatic (postoperative) recovery reactions..

Materials and methods. The patients were divided into two groups of comparison. The first (control) - included 62 patients whom sebaceous cyst was surgical removed by conventional (standard) technique of cystectomy. The second (main) group included 61 patients with surgical treatment of cyst sized in diameter less than 2.5 mm, which was developed and introduced by us (cystotomy). The method was the following: after the infiltration anesthesia the skin over the formation is cut by scalpel. The length of the cut depended on the cyst diameter, but not more than 5 mm. We reveal the cyst capsule and emptied it. The volume of the cyst was reduced. The inner surface was treated with an antiseptic solution. Margins of the wound were seared with electric- or thermocoagulation, forming at the same time from the line of the cut - a round hole. The wound was treated with aseptical bandage.

Results and discussions. Analyzing symptoms of postoperative inflammatory processes (pic. 1), it is possible to note resistant distinctions in manifestations of studied indicators in favor of representatives of the main group, except for one – intensity of exudation. However, this result was predetermined by technical aspects of surgical treatment sebaceous cysts by offered sparing method of a cystotomy. Besides, for the entire period (7 days) supervision exudation indicators in both groups of comparison were relatives on the values. It allows to conclude that, despite various mechanisms of healing of a postoperative wound and initial distinctions in amount of wound exudates in favor of control group, by 5th day this gap was considerably reduced, and by 7th day wasn't traced at all.

All other indicators of a clinical course of wound process (giperemiya, hypostasis, spontaneous pain and pain at a palpation, an infiltration of fabrics of postoperative area) for the entire period of supervision were considerably and are authentically various in favor of the main group (pic. 1).

LDF-metriya's has been carried out in the early postoperative period results, allowed to reveal significant distinctions in microhaemodynamics indicators at representatives of both groups of comparison. So, noted higher values of indicators of microcirculation at representatives of control group among amplitude values pulse (Ap) and respiratory (Ar) of waves, testify to increase the quantity of vessels filled with blood, and also disclosure of vessels sphincters, a consequence of that is the increase amount of blood in vessels (capillary department of the microcirculation) course that is accompanied by a giperemiya of fabrics and formation of hypostasis [3, 7].

Average terms of an epitelization of wound surfaces in the main group made $8,7 \pm 0,18$ days, in the control - $8,3 \pm 0,22$ that is caused in favor of the technique offered by us probably by the small volume of the injured fabrics, adequate outflow and lack of conditions for development of infectious and inflammatory complications at the expense of good aeration of a wound and opportunity for implementation of effective local antiseptic processing (pic. 2).

Important to say, that within the remote terms of supervision (6 and 12 months) by us wasn't revealed any case of recurrence of a disease, as at representatives of control and main groups. In 6 months after operation we managed to inspect 73 patients (60, 83%). So, at representatives of control group signs of a hypertrophy of a hem were revealed in 14,07% of cases (pic. 2), and the main - only in 5,12% ($P < 0,05$).

In 1 year after operation, we inspected 56 patients (46,6% from total number). In 7,4% and 27,58% of cases of the surveyed representatives of the main and control groups sites of deformation of a postoperative hem were respectively revealed. Thus at patients in control group sites of its gradualness and a hypertrophy that was caused by a partial divergence of edges of a wound and its healing under a scab were defined. Representatives of the main group the created scar had a roundish form, with a diameter within 1-4 mm (on the average $2,1 \pm 0,32$).

Conclusion: 1. The analysis of clinical course of early postoperative period (the first 7 days) allowed us to establish that the fast decrease of local inflammatory reactions in the patients of the main group promoted the optimization for recovery processes, accelerating terms of wound epitelization, esthetics of postoperative scar and pointed to advantages of the surgical technique offered by us (cystotomy) over conventional (radical) approach. 2. Results of the LDF-monitoring which has been carried out in the early postoperative period, testify to available significant distinctions in microhaemodynamics indicators in the patients of the groups of comparison. As microcirculation disturbances serve as one of typical signs indicating the damage of organs and tissues, it becomes obvious that the expressed changes of microhaemodynamics developing in similar cases are the reflection of reaction to more traumatic surgical intervention as it was in the patients in control group (in comparison with the main group). 3. The analysis of the remote results of the surgeries for patients with facial sebaceous cysts point to the advantages of the surgical technique offered, allowing to carry out operations through small surgical access, to keep thus high medical effect and to raise esthetic indicators of postoperative scars.

УДК: 616.31-001.3..616-084

Горай М. А.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИРЕЦИДИВНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ МЕХАНІЧНИХ ТРАВМ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Проведено диспансерне спостереження та оцінку ефективності протирецидивного лікування і профілактичних заходів у хворих із хронічними травматичними ураженнями слизової оболонки порожнини рота в найближчі та віддалені терміни спостереження після проведеного лікування, за даними клінічного обстеження та показниками рівня гігієни порожнини рота. Встановлено високу ефективність проведеного курсу протирецидивного лікування.

Ключові слова: хронічна механічна травма слизової оболонки, профілактика, індекс гігієни.

Вступ

Основне значення в етіології та розвитку хронічних пошкоджень слизової оболонки надається місцевим чинникам, а саме зруйнованим коронкам зубів, нависаючим краям пломб, неякісно виготовленим незнімним та знімним протезам, порушенням прикусу, мінералізованим зубним відкладенням, шкідливим звичкам тощо [2]. При довготривалій дії механічних подразників спостерігається розвиток хронічного катарального запалення (що супроводжується набряком та гіперемією), гіперплазією, деструктивними змінами та розвитком кератозу та гіперкератозу з залученням в запальний процес власної слизової оболонки [1]. Частіше хронічні механічні травматичні ураження зустрічаються у людей похилого віку. Це пов'язано з віковими змінами, що відбуваються в слизовій оболонці в похилому та старечому віці [6]. До таких змін відносяться вистончення епітеліального покриву, явища дистрофії в епітеліальних клітинах як наслідок склеротичних, атрофічних і дистрофічних змін, пов'язаних з порушенням трофіки. Передумовою виникнення хронічного запального процесу в слизовій оболонці є зниження турбору слизової оболонки, висоти прикусу внаслідок патологічно-

го стирання зубів, повна, або часткова відсутність зубів [4]. У похилому віці сповільнюються процеси регенерації слизової оболонки, що є причиною тривалого загоювання ушкодженої слизової оболонки. Підтримка цілісності бар'єрних властивостей епітеліального шару слизової оболонки порожнини рота забезпечується поєднанням трьох взаємно врівноважених і одночасно протікаючих процесів регенерації, диференціювання і десквамації [5], що регулюється переважно імунною та ендокринною системами.

Враховуючи наявність гормональних і імуністичних дисфункцій у хворих з запально-деструктивними і кератотичними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота перспективним є використання для профілактики розвитку травматичних уражень препаратів, що мають компенсувати наслідки цих дисфункцій і підвищити стійкість слизової оболонки до дії травматичних факторів. Увагу потрібно приділити препаратам та біологічним добавкам на основі рослинних компонентів, що використовують для корекції естрогенного та імунного фону у людей похилого віку в період менопаузи.