

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ЗАБІЙНО-РВАНИХ РАН В РІЗНІ СТРОКИ З МОМЕНТУ ОТРИМАННЯ ТРАВМИ

НЕПОРОЖНЯ В.М.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Загоєння рани це складний та динамічний процес, який складається з трьох фаз: запалення, регенерації та реорганізації рубця. Загоєння ран може відбуватися трьома шляхами: загоєння первинним натягом, загоєння вторинним натягом, загоєння під струпом [1, 3, 5, 6, 7, 8].

Отже лікування ран повинно бути комплексним та складатися зі своєчасно проведеної хірургічної обробки та належного медикаментозного лікування з хірургічного втручання і раціонального застосування фармакологічних препаратів.

Вслід за пошкодженням, уражена тканина відновлюється за допомогою координованих біологічних механізмів, що забезпечують процес загоєння.

Хірургічне втручання з мінімальним ризиком виникнення ускладнень може бути досягнуто при проведенні в ранні терміни після травми, коли ступінь альтерації і ексудативних реакцій менш виражена. Отже, результат лікування залежить від фази ранового процесу в момент проведення операції, і може бути передбачений за допомогою клінічних даних, а також за результатами морфологічного дослідження країв рани. [2]

Одним із способів зменшення травматичності хірургічної обробки рани та зниження мікробної засіяності рани служить зниження обсягу операційної рани шляхом застосування більш безпечних методів закриття ран - накладання внутрішніх швів та застосування різноманітних пов'язок, що створюють оптимальні умови для загоєння ран та профілактики нагноєння ран і розходження швів. [9]

Процес загоєння післяопераційної рани залежить від обсягу пошкодження і особливостей організму пацієнта. Профілактичні заходи, спрямовані на попередження утворення рубців, включають застосування малоінвазивних методик, що зменшують травматизацію шкірних покривів, і використання різних терапевтичних та фізіотерапевтичних засобів, що перешкоджають формуванню рубцевозмінених тканин [4]

Список використаних джерел

1. Заживление ран/ К.М. Фенчин – К.: «Здоров'я», 1979. – С. 150-162
2. Морфологічна характеристика перебігу ранового процесу при експериментальному моделюванні різаних і забійно-рваних шкірних ран/ Брайловська Т.В., Федорина Т.А - Біомедицина, no. 1, 2009 pp. 68-74.
3. Патологическая анатомия/ А.И. Струков, В.В. Серов, под ред. В.С. Паукова – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –С.235-251.
4. Профилактика и лечение патологических рубцов в хирургической практике/ Черняков А.В. // РМЖ. 2017. №28. С. 2063-2068.
5. Basic principles of wound healing/ H. Orsted, D. Keast, L. Forest-Lalande, M. Francoise-Megie// Wound Care Canada – 2011. Vol.9, No.2
6. Cutaneous scarring: Pathophysiology, molecular mechanisms, and scar reduction therapeutics. Part 1. The molecular basis of scar formation/ C. Profyris, C. Tziotzios, Do Vale// J Am Acad Dermatology. – 2012. Vol. 66 pp. 1-10.

7. Cutaneous wound healing: recruiting developmental pathways for regeneration/ K.A. Bielefeld, S. Amini-Nik, B.A. Alman// Cell. Mol. Life Sci. – 2013. Vol.70 pp.2059-2081.
8. Epithelialization in Wound Healing: A Comprehensive Review/ Pastar Irena, Stojadinovic Olivera, Yin Natalie C., Ramirez Horacio, Nusbaum Aron G., Sawaya Andrew, Patel Shailee B., Khalid Laiqua, Isseroff Rivkah R., and Tomic-Canic Marjana// Advances in Wound Care. July 2014, 3(7): 445-464.
9. Wound dressings - a review/ Dhivya S, Padma VV, Santhini E.// Biomedicine (Taipei). 2015;5(4):22. doi:10.7603/s40681-015-0022-9

**ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ФІЛЕРІВ НА ОСНОВІ ГІАЛУРОНОВОЇ
КИСЛОТИ, ЯКІ МІСТЯТЬ АНЕСТЕТИК ПРИ
ПРОВЕДЕННІ ІН'ЄКЦІЙНОЇ КОНТУРНОЇ ПЛАСТИКИ ЛИЦЯ**

НИЧИПОРЧУК Г.П., ПЮРИК В.П., ПРОЦЬ Г.Б.,
ТАРНАВСЬКА Л.В., СЛЮСАРЕНКО Н.Я.

*Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна*

Вступ: Для корекції вікових змін обличчя застосовується методи ін'єкційної контурної пластики лица. Ці методи відносяться до малоінвазивних втручань для лікування та корекції вікових змін шкіри і передбачають введення препаратів у вигляді одно - та двофазних гелів на основі гіалуронової кислоти з використанням різних технік введення препарату (лінійна, векторна, перехресна, пікотаж, «сандвіч»-техніка і ін.). Виконання ін'єкцій для контурної пластики обличчя проводиться як з використанням, так і без використання місцевих анестетиків і філерів з вмістом анестетика. За даними сучасних закордонних джерел у 47,2% - використовується анестезія, у 52,8% - не використовується.

Метою даного дослідження було довести доцільність використання місцевого знечуження при проведенні ін'єкційної контурної пластики лица.

Методики проведення ін'єкційної контурної пластики лица характеризуються багаторазовими ін'єкційними проколами шкіри за допомогою шприців з препаратом та голком діаметром (G 27, G 30) з подальшим внутрішньо-шкірним або/і підшкірним введенням препарату, що супроводжується виникненням больових відчуттів у місці введення. Визначення інтенсивності болю визначали згідно Англійської шкали болю (від 0 балів - болю немає, до 10 балів - нестерпний біль).

Ступінь інтенсивності больових відчуттів залежить від багатьох факторів – статі, віку, психо-емоційного стану пацієнта, ділянки де проводяться ін'єкції, глибини введення ін'єкційної голки, стану шкіри пацієнта, техніки введення препарату. Важливим серед цих факторів є місце в щелепно-лицевій ділянці де проводиться введення препарату.

Нами обстежено 30 пацієнтів – 25 жінок і 5 чоловіків у віці від 28 до 50 років, яким було проведено ін'єкції з використанням препаратів фірми Meditox, Inc. (країна походження: Південна Корея) та з використанням препаратів TEOSIAL Ultra Deep фірми TEOXAN (Швейцарія). Пацієнтів було розділено на дві групи: 1-а основна – 20 чоловік, яким було проведено ін'єкції з використанням Neuramis Deep lidocaine, 2-а група – 10 чоловік, яким було проведено ін'єкції з використанням препаратів TEOSIAL Ultra Deep, які не містять анестетика.

Серед обстежених пацієнтів встановлено, що найбільше болісною ділянкою при проведенні ін'єкцій в усіх пацієнтів були губи. Іншими найбільш болісними ділянками, після губ, були ділянки чола – 45%, підочні ділянки – 38%, носо-губні складки – 17%. Ступінь