

УДК 616.742/743-003.92-071

Буханченко О.П., Аветіков Д.С., Іваницька О.С.

ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДОДАТКОВИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ РУБЦЯМИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ

Вищий державний навчальний України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Актуальність проблеми. Діагностика і лікування рубцевих утворень шкіри обличчя, що є наслідком різноманітних травм та оперативних втручань, залишаються актуальними та соціально значущими питаннями сучасної щелепно-лицевої хірургії. Звертає на себе увагу той факт, що кількість пацієнтів, які звертаються із даною проблемою до спеціалістів, збільшується з кожним роком у всьому світі. Це пояснюється не тільки зростаючими естетичними вимогами суспільства до зовнішнього вигляду людини, але і, головним чином, тим, що у структурі рубцевих дефектів шкіри провідне місце займають рубці зі значно вираженими косметичними дефектами – гіпертрофічні і келоїдні, здатними істотно знижувати якість життя хворих [3,5].

Формування патологічних рубців у щелепно-лицевій ділянці нерідко супроводжується наявністю таких симптомів, як біль, печіння, парестезії, свербіж, контрактура. Крім того, розташовуючись на відкритих ділянках тіла, рубці можуть стати причиною серйозних психоемоційних розладів у вигляді зниження самооцінки, тривоги, депресії, що негативно позначається на соціальній адаптації пацієнта у суспільстві. У свою чергу, постійно присутній психологічний стрес чинить негативний вплив на соматичне здоров'я хворого в цілому, в тому числі, загрожує йому виникненням інтеркурентних захворювань психосоматичного характеру, зокрема стенокардії та гіпертонічної хвороби [1,6,7].

На даний час немає загальноприйнятих алгоритмів лікування пацієнтів із рубцями. Їх розробка утруднена через з невизначеність критеріїв диференціальної діагностики різних видів рубців. Незважаючи на істотні патогенетичні та морфологічні відмінності рубців, нерідко деякі їх різновиди клінічно мають подібні риси, що призводить до значної кількості діагностичних помилок. У свою чергу, проведення лікування без урахування клініко-морфологічної структури рубців призводить, як правило, до відсутності терапевтичного ефекту, рецидивів і посиленого росту рубцевої тканини [2].

Біопсійна діагностика дозволяє верифікувати діагноз, однак отримати біоптати до початку лікування важко, так як це може стати причиною посилення росту рубця. В сучасних умовах науковий інтерес викликає прижиттєве вивчення анатомічних структур за допомогою неінвазивних методів, одним з яких є ультразвукове дослідження (УЗД). Цей метод дозволяє об'єктивно, інформативно і безпечно оцінювати багато тканин, у тому числі шкіру [6]. Позитивні результати використання УЗД для вивчення змін шкіри при псоріазі, дерматиті, вітіліго, вікові зміни, новоутвореннях відкривають широкі можливості для його застосування і для визначення морфологічної структури рубцевої тканини.

Необхідно відзначити, що у більшості робіт, присвячених діагностиці та лікуванню рубців, основна увага звертається на вплив безпосередньо на область самого рубця. У той же час недостатньо вивчається загальний стан пацієнта. При цьому відомим фактом є залежність ефективності лікування багатьох захворювань від психоемоційного статусу та особистісно-характерологічних особливостей пацієнтів. Крім того, з'явилися перші повідомлення про випадки формування різних морфологічних типів рубця в одному і тому ж місці, при проведенні операцій в різні періоди життя пацієнта, що обумовлено, на думку дослідників, макростаном організму. Однак, питання вивчення психоемоційного стану, що відіграє важливу роль у процесах регенерації тканин, до цього часу залишається поза увагою дослідників.

З огляду на важливість і різноманітність функцій обличчя, багато з яких беруть участь у реалізації комунікативних потреб людини, не може не хвилювати досить низька результативність усунення рубцево-змінених тканин щелепно-лицевої ділянки. Необхідність визначення діагностичних можливостей ультразвукового дослідження та вивчення психоемоційного статусу пацієнтів з рубцями голови і шиї продиктована потребою знайти найефективніші методи їх лікування.

Мета дослідження – вдосконалення обстеження пацієнтів із рубцями голови і шиї завдяки встановленню структурно-функціональних особливостей рубцево-змінених тканин на основі ультразвукових досліджень, а також введенню у діагностичний алгоритм оцінки психоемоційного стану хворих.

Об'єкти та методи обстеження. Під нашим спостереженням знаходилося 37 пацієнтів (віком від 23 до 48) з рубцями голови та шиї, у яких терміни розвитку рубцевої тканини становили від 5 місяців до 1,5 років. Клінічне обстеження, крім вивчення загальних характеристик рубця, включало детальну оцінку шкірної чутливості в області рубцево-змінених тканин і симетричних неуражених ділянок. Додатковий аналіз структури рубців здійснювався за допомогою ультразвукового дослідження на апараті Nemio MX SSA 590A (Toshiba). Невід'ємною складовою клінічного обстеження пацієнтів з рубцями голови і шиї була також оцінка психоемоційного стану (опитувальник «МІНІ-МУЛЬТ») [4].

Результати обстеження. Пацієнти, які перебували під нашим наглядом, в якості основної скарги вказували на косметичний дефект внаслідок наявності рубця в області обличчя і шиї. Крім того, 15 пацієнтів (40,5%) скаржилися також на біль різної інтенсивності, печіння, свербіж, оніміння і відчуття «бігання мурашок» в області рубцево-змінених тканин.

На момент обстеження 7 пацієнтів (18,9%) мали рубці тілесного кольору, що не підносились над поверхнею шкіри, із збереженою чутливістю і еластичністю, близькою до нормальних тканин. У цих пацієнтів клінічно було встановлено попередній діагноз нормотрофічний рубець.

У 22 пацієнтів (59,5%) були рубці з яскраво червоним кольором епідермісу, із нерівною поверхнею, іноді з дрібними або великими вузликами в товщі рубця. Рубці виступали над рівнем здорової шкіри до 4 мм і були вкриті епітелієм, що

лущиться, при пальпації вони були щільними. У ділянці рубцево-змінених тканин спостерігалось підвищення тактильної, температурної і больової чутливості. У таких пацієнтів клінічна картина рубців дозволяла встановити попередній діагноз – гіпертрофічний рубець.

У 8 пацієнтів (21,6%) були рубці багряно-синюшого кольору з окремими вкрапленнями гіперпигментації, і гладкою або горбистою лискучою поверхнею. Рубці були ширше своєї основи і нависали з країв над здоровою шкірою. У таких пацієнтів було встановлено зниження тактильної, температурної чутливості при значному підвищенні больової чутливості в області рубця у порівнянні із симетричними неураженими ділянками шкіри. Виявлені клінічні ознаки вказували на наявність у даних пацієнтів келоїдних рубців.

У ході ультразвукового дослідження у всіх пацієнтів було встановлено потовщення рубцевої тканини у порівнянні з нормальною шкірою. При цьому у 7 хворих із клінічно встановленим нормотрофічним рубцем власне рубцева зона ехографічно практично не відрізнялася від ультразвукової картини здорової дерми.

Рубцева тканина у 22 пацієнтів із клінічно встановленим діагнозом гіпертрофічного рубця була значно потовщеною, порівняно із нормотрофічним. Структура рубцевої зони була гетерогенна, сполучнотканинні волокна були розподілені нерівномірно. Крім того, визначалися зони зниженої ехогенності з відносно чіткими рівними контурами. При цьому межі між рубцево-зміненою і нормальною шкірою були чіткими.

У 8 осіб із клінічно встановленими келоїдними рубцями власне зона рубця характеризувалась значно більш вираженим потовщенням дерми, ніж в гіпертрофічних рубцях, а також нерівномірністю її товщини і ехогенності із переважанням ділянок зниженої ехоцильності без чіткого структурного диференціювання. Звертав на себе увагу також факт відсутності чітких меж між рубцевою і нормальною тканинами. Співставлення клінічної картини і ехографічних показників рубцево-змінених тканин дозволили встановити остаточний діагноз: нормотрофічний рубець у 7, гіпертрофічний – у 22, келоїдний – у 8 пацієнтів.

Суттєве значення у ході клінічних спостережень за пацієнтами з рубцями голови і шиї нами приділялось вивченню їх психоемоційного стану. При цьому ми виходили з того, що, з одного боку, постійно присутній стрес, пов'язаний з виникненням дефекту обличчя, безумовно, не може не відбитися на стані психіки хворого, а з іншого – індивідуальні особливості психіки певним чином можуть впливати на характеристики рубця і результативність лікування.

Дані, отримані за допомогою опитувальника «МІНІ-МУЛЬТ», дозволили встановити, що у більшості пацієнтів (29 осіб (78,4%) на тлі тривало існуючого косметичного недоліку, виникали явні симптоми психоневротичних порушень. Зокрема, у 12 пацієнтів (32,4%) було виявлено знижений фон настрою у поєднанні з вираженою емоційною лабільністю, тривогою, дратівливістю, апатією, у 11 хворих (29,8%) спостерігалась підвищена стомлюваність, нетерплячість, у 4 осіб (10,8%) зафіксовано часті зміни настрою, бажання

привернути до себе підвищену увагу, театральність поведінки, у 2 пацієнтів (5,4%) були присутні нав'язливі страхи. Для всіх хворих була характерна концентрація уваги на власних тілесних дефектах і стані свого здоров'я. Більшість пацієнтів (32 особи) скептично відносились до можливостей медицини, а також виявляли сумніви щодо правильності лікування.

Отримані результати підтвердили припущення про існування у більшості пацієнтів з рубцями голови і шиї симптомів психоневротичних порушень, які виникли у зв'язку із наявними у них косметичними дефектами. Вони, на нашу думку, виступають як додатковий фактор ускладнення перебігу захворювання, також постійний стрес і депресія здатні викликати дисбаланс між складовими імунної відповіді. Достовірно встановлено, що виникнення найбільш важкої форми рубців – келоїдних – відбувається на тлі зниження показників загального імунітету [9]. Тому очевидна необхідність у психологічній реабілітації хворих з рубцями голови і шиї, а у випадках важких депресивних станів і в призначенні медикаментозних засобів спільно із фахівцями-психоневрологами.

Висновок. Таким чином, комплексне обстеження пацієнтів із рубцями щелепно-лицевої ділянки, що включає використання додаткових діагностичних методів, на нашу думку, дозволить підвищити ефективність їх лікування. Обов'язкове ультразвукове дослідження є ефективним методом неінвазивної диференціальної діагностики нормотрофічних, гіпертрофічних і келоїдних рубців, що дозволяє оцінювати у динаміці зміни рубцево-змінених тканин. Доцільним також є включення в алгоритм обстеження пацієнтів з рубцями голови і шиї психодіагностичних методів, які допоможуть визначити психокорекційні заходи, спрямовані на формування позитивної мотивації до лікування. Подібний комплексний підхід до обстеження пацієнтів із рубцями щелепно-лицьової області забезпечує оптимальний вибір методу терапії і досягнення максимального лікувального ефекту.

Литература

1. Аветіков Д.С. Профілактика патологічних рубців обличчя та шиї / Д.С. Аветіков, В.М. Скрипник // Вісник проблем біології та медицини. – 2012. – Т. 1(96). – Вип.4. – с. 32-35.
2. Галлямова Ю.А. Рубцовые изменения кожи / Ю.А. Галлямова, З.З. Кардашова // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2008. – №6. – С.56-63.
3. Гуллер А.Е. Клинический тип и гистологическая структура кожных рубцов как прогностические факторы исхода лечения / А.Е. Гуллер, А.Б. Шехтер // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2007. – №4. – С. 19-24.
4. Дружинина Е.А. Лучшие психологические тесты / Е.А. Дружинина. – Харьков, 1994. – 320 с.
5. Полукаров Н. Современные методы лечения патологических рубцов кожи и рубцовых осложнений / Н. Полукаров, В.Г. Голубев // Врач. – 2007. – №2. – С.59-62.

6. Резайкин А.В. Неинвазивные методы исследования кожи / А.В. Резайкин, А.А. Кубанова, А.В. Резайкина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. – №6. – С. 28-31.
7. Тимофеев А.А. Рубцы: особенности клинического течения и лечения / А.А. Тимофеев // Современная стоматология. – 2008. – №3. – С. 99-106.

DIAGNOSTIC POSSIBILITIES OF ADDITIONAL METHODS OF EXAMINATION OF PATIENTS WITH SCARS OF HEAD AND NECK

Bukhanchenko O.P., Avetikov D.S., Ivanyts'ka O.S.

Higher State Educational Establishment of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Ukraine

The relevance of the problem. Diagnostics and treatment of scar formations of facial skin, resulting from injuries and surgical interventions, remain relevant and socially significant issues of modern maxillofacial surgery. Noteworthy is the fact that the number of patients appealing with this problem to the surgeons, dermatologists, and cosmetologists increases every year. This is not only due to increasing aesthetic demands of the society to the person's external appearance, but also, and mainly, due to the fact that in the structure of scar skin defects, the leading place occupy scars with severe cosmetic defects – hypertrophic and keloid, which can significantly reduce the patient's life quality.

Currently, conventional algorithms for selecting methods of treating patients with scars are available. The development of such algorithm is difficult due to the uncertainty of criteria for the differential diagnosis of various types of scars. At present, the scientific interest is focused on the study of anatomical structures in vivo using non-invasive methods, one of which is ultrasonography (US). This method allows to objectively, informatively and safely assess many tissues, including the skin. Positive results of the use of ultrasound for the study of skin changes in psoriasis, dermatitis, vitiligo, age-related changes, and malignancies offer great opportunities for the application of this method in order to determine the morphological structure of the scar tissue.

It should be noted that the majority of works devoted to the diagnosis and treatment of scars pay attention to the direct impact on the area of the scar. At the same time, patient's general condition is insufficiently studied. Thus, the fact of formation of different morphological types of scar in one and the same place during operation in different periods of patient's life is known, which is caused, according to the researchers, by macrostate of the body. In this regard, the issues of mental and emotional state which plays an important role in tissue regeneration processes during the reconstructive operations remain out of focus of the researchers' attention.

The aim of the research was to improve the assessment of patients with scars of head and neck due to determining structural and functional features of the scar-modified tissues based upon clinical and ultrasound examination, as well as on introduction of mental and emotional state assessment into the diagnostic algorithm.

Objects and methods of the research. Thirty-seven persons aged from 23 to 48 with scar changes of head and neck were examined, with average terms of scar tissue

development from 5 months to 1.5 years. Analysis of the structure of scar-modified tissue was performed using ultrasound on the unit Nemio MXSSA 590A (Toshiba). Mental and emotional state assessment (“MINI-MULT” questionnaire) was also an integral component of the clinical examination of patients with head and neck scars.

Results of the research. During ultrasound examination, in all patients thickening of scar tissue as compared with normal skin was found. At the same time, in 7 patients with clinically diagnosed normotrophic scar, the scar area itself did not differ echographically from ultrasound picture of the healthy dermis.

Scar tissue in 22 patients with clinically diagnosed hypertrophic scar was thickened considerably more than in normotrophic cases. The structure of the scar area was heterogeneous; connective tissue fibers were evenly distributed. In addition, the area of reduced echogenicity was defined with relatively clear and smooth contours. At the same time, the boundaries between scar-modified and normal skin were clear.

In 8 persons with clinically diagnosed keloid scars, the scar area itself was characterized by significantly greater thickening of the dermis than in hypertrophic scars, as well as by unevenness of thickness and echogenicity with the predominance of low echo-density sites without clear structural differentiation. Noteworthy is also the lack of clear boundaries between the scar and normal tissues. Correlation of clinical and ultrasonographic parameters of scar-modified tissue allowed to establish the presence of normotrophic scar in 7, hypertrophic – in 22, keloid – in 8 patients.

Data collected using the “MINI-MULT” questionnaire revealed that the majority of patients (29 men (78.4%) against the background of long-existing cosmetic defects, had obvious symptoms of psychoneurotic disorders. In particular, 12 patients (32.4%) had impaired mood, along with severe emotional lability, anxiety, irritability, apathy and reduced component of the struggle with the disease; in 11 patients (29.8%) fatigue, impatience, lack of confidence in the favourable outcome of the disease were observed; in 4 patients (10.8%) frequent changes of mood, desire to attract attention, theatrical behaviour were detected; in 2 patients (5.4%) obsessive fears, doubts about the correctness of treatment, reduced component for controlling the disease were present.

Conclusion. Thus, the comprehensive examination of patients with scars of the maxillofacial region, providing the mandatory ultrasound, is an effective method of non-invasive differential diagnosis of normotrophic, hypertrophic and keloid scars allowing to evaluate the changes in scar-modified tissues in dynamics. It also seems appropriate to include the psychodiagnostic methods into comprehensive examination of patients with head and neck scars in order to determine the psychocorrection activities aimed at forming positive motivation in relation to treatment. Such a comprehensive approach to the examination of patients with scars of the maxillofacial region ensures optimal choice of treatment method and achieving the maximal therapeutic effect.

