

## ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВОИЗМЕНЕННЫХ ТКАНЕЙ КОЖИ

Лоза К. О.

*ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия»,  
кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  
с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи,  
г. Полтава, Украина*

**Введение.** Согласно последним статистическим данным, публикуемые в современных изданиях патологические рубцы встречаются в 10% от общей популяции населения всей планеты [4]. Поэтому, создание оптимального эстетического рубца было и остается основной проблемой в пластической и челюстно-лицевой хирургии [1, 2]. К середине XX в. проблема хирургических нитей не вызывала особого интереса хирургов. Только с 50-х гг. XX в. выяснилось, что от качества, химического состава и структуры материала нитей зависит реакция тканей на их имплантацию, а, в конечном счете, нередко и итог операции [5].

**Цель работы** – сравнение клинических признаков послеоперационных рубцов в зависимости от использованного шовного материала.

**Объекты и методы.** В исследование включено 60 пациентов, которым проведено оперативное вмешательство по поводу удаления новообразований или другие местно-пластических операциях. Распределение клинических групп проведено в зависимости от способа закрытия операционной раны. К I группе вошло 30 пациентов, которым наложен узловые швы, к II группы – 30 пациентов, которым раневую поверхность нанесено кожный клей «Дермабонд».

После проведенного анализа существующих таблиц оценки рубцов, нами установлено, что ни одна из них не включает всех параметров, по которым можно определить качество послеоперационных ран и предусмотреть начало процесса патологического рубцевания [3]. С этой целью, нами разработана шкала, которая включает необходимые параметры. Клиническая оценка качества формирования послеоперационных рубцов проводилась на 1-е, 7-е, 14-е, 28-е, 180-е и 360-е сутки после оперативного вмешательства по сводной стандартизированной таблице в нашей модификации, которая характеризовала образования рубцов 7 признакам.

Термометрическое исследование проводилось всем пациентам в аналогичные сроки наблюдения с помощью инфракрасного медицинского термометра ТМ-65Е (Ecomed) в участках рубцевозминенных тканей. Показатели сравнивались с такими же на противоположной здоровой участке одного человека.

**Результаты и их обсуждение.** Сравнивая суммарное количество баллов по шкале оценки рубцов, на протяжении всех сроков наблюдения оказывается меньше сумма в II группе пациентов по сравнению с I группой. Следовательно, при применении кожного клея «Дермабонд» прогноз образования нормотрофического рубца более благоприятный, чем при наложении на рану узловых швов. Несмотря на изменения качественных показателей по шкале оценивания послеоперационных рубцов наблюдали достоверное снижение среднего значения количества баллов в течение всего срока клинического исследования.

В 1-сутки после проведения оперативного вмешательства у пациентов I группы температура раневой поверхности превышала температуру кожи противоположной здоровой участки в среднем на  $2,1 \pm 0,04^\circ\text{C}$ , тогда как во II группе – на  $1,44 \pm 0,04^\circ\text{C}$ . На 7-сутки среднее значение разности температур между раневыми и интактными участками у пациентов, которым наложен узловые швы, составило  $1,86 \pm 0,04^\circ\text{C}$ , в пациентов, которым нанесен клей –  $1,06 \pm 0,04^\circ\text{C}$ .

После снятия швов, на 14-е сутки после проведенного оперативного вмешательства среднее значение разности температурных показателей достигало  $1,32 \pm 0,04^\circ\text{C}$ , что в 1,9 раз больше, чем у пациентов II группы –  $0,71 \pm 0,04^\circ\text{C}$ .

На 28-сутки у пациентов I группы температура раневой поверхности превышала температуру кожи противоположной здоровой участки в среднем на  $0,5 \pm 0,04^\circ\text{C}$ , у пациентов II группы такая разница в 1,4 раз меньше –  $0,37 \pm 0,03^\circ\text{C}$ .

На 180-е и 360-сутки среднее значение разности температурных показателей у пациентов обеих групп были незначительными – в пределах  $0,2^\circ\text{C}$ , что на наш взгляд не является отклонением от нормы.

**Заключение.** Проводя сравнительную характеристику динамики клинических изменений в послеоперационных рубцово-измененных тканях кожи, следует отметить, что применение кожного клея «Дермабонд» сокращает срок эпителизации, способствует оптимальному заживлению ран и приводит к формированию более эстетических рубцов, создает оптимальный как функциональный, так и косметический результат.

#### **Литература.**

1. Аветіков, Д. С. Порівняльний аналіз методик профілактики утворення патологічних рубців / Д. С. Аветіков, Х. О. Трапова // Український мед. альманах. Матеріали III Всеукраїнської наук.-практ. конф. «Сучасні можливості стоматології». – Луганськ, 2013. – Т. 16, № 1. – С. 9–11.
2. Аветіков, Д. С. Сучасні аспекти патогенезу та профілактики утворення патологічних рубців / Д. С. Аветіков, Х. О. Трапова // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1, №2. – С. 44–47.
3. Durani, P. Current scales for assessing human scarring: A review / P. Durani, D. A. Mc Grouther, M.W. Ferguson // Plastic. Reconstr. AesthSurg. – 2009.– Vol. 62. – P. 713–720.

4. Experimental-morphological substantiation of expedien cytouse the skinglue «dermabond» for postoperative wound closure / D. Avetikov [et al.] // *Georgianmedicalnews*. – 2015. – Vol. 7–8. – P. 90–93.
5. How to assess postsurgical scars: a review of outcome measures / S. Vercelli [et al.] // *Disabil. Rehabil.* – 2009. – Vol. 31, № 25. – P. 2055–2063.

## DYNAMICS OF CLINICAL CHANGES OF POSTOPERATIVE SCARS

**Loza K. O.**

*Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine*

**Introduction.** According to recent statistics published in modern editions of pathological scars occur in 10% of the general population of the planet. Therefore, the creation of an optimal aesthetic scar was and remains a major challenge in plastic and maxillofacial surgery.

**Aim.** To compare the clinical signs of scars depending on the used suture.

**Objects and methods.** The study included 60 patients who underwent surgery for the removal of tumors or other locally-plastic surgery. The distribution of clinical groups carried out depending on the closure of the surgical wound. The I group included 30 patients who applied nodal sutures, the group II – 30 patients, where a skin adhesive «Dermabond» has been used for wound closure. After the analysis of the existing scar assessment tables, we found that none of them does not include all the parameters that can determine the quality of postoperative wounds and prescribe the beginning of a process of pathological scarring. According to this, we have developed a range that includes the necessary parameters. Clinical evaluation of the quality of formation of scars was conducted on 1-st, 7-th, 14-th, 28-th, 180-th and 360-th day after surgery by the using consolidated standardized table in our modification that characterized scarring in 7 features. Thermometric survey was conducted to all patients in similar periods of observation using an infrared clinical thermometer TM-65E (Ecomed) in areas of scar tissues. The temperature was compared with the same on the opposite healthy site of the person.

**Results.** During all the period of observation in group II the total number of points on the scale of assessment of scarring is less than the amount in the group I. Therefore, the application of «Dermabond» skin adhesive forecast normotrophic scar formation more favorable than when applied nodal sutures to the wound. Despite the change of quality indicators on a scale of evaluation of postoperative scarring we observed a significant decrease in the mean number of points for the duration of the clinical trial. The 1st day after surgery in patients in group I wound surface temperature exceeded the temperature of the skin opposite the health sector by an average of  $2.1 \pm 0.04^\circ\text{C}$ , while in Group II – on  $1.44 \pm 0.04^\circ\text{C}$ . On day 7 the mean temperature difference between the wound and intact areas of the patients who applied nodal sutures, made up  $1.86 \pm 0.04^\circ\text{C}$ , the patients, who had an adhesive glue –  $1.06 \pm 0.04^\circ\text{C}$ . After removal of sutures, on the 14th day after the surgery the average value of the difference between the temperature readings reached  $1.32 \pm 0.04^\circ\text{C}$ , which is 1.9 times higher than in patients of II group –  $0.71 \pm 0.04^\circ\text{C}$ . On the 28-th day of the patients in group I, the wound surface temperature exceeded the temperature of the skin opposite the health sector by an average of  $0.5 \pm 0.04^\circ\text{C}$ , in patients of Group II such a difference of 1.4 times less –  $0.37 \pm 0.03^\circ\text{C}$ . On the 180-th and 360-th day of the average value of the difference between the temperature characteristics of patients in both groups were insignificant – within  $0.2^\circ\text{C}$ , which, in our opinion, is not a deviation from the norm.

**Conclusion.** Conducting a comparative description of dynamics of clinical changes in postoperative scar tissue of the skin, it should be noted that the use of skin glue «Dermabond» shortens epithelialization, promotes optimal wound healing and leads to a more aesthetic scars, creates an optimal both functional and cosmetic result.

**Keywords:** scar management, skin glue, nodal sutures.

## ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Медведев Ю. А., Басин Е. М.

*ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии,  
г. Москва, Российская Федерация*

**Введение.** Остеонекрозы лицевого черепа у лиц с наркотической зависимостью приводят к формированию стойких дефектов и деформаций лица, обусловленных множественной секвестрацией или проведением расширенных некрэтомий [1, 2, 3]. Восстановление непрерывности нижней челюсти при данных дефектах является сложной задачей в связи с риском рецидива основного заболевания, несоблюдением рекомендаций пациентами с наркотической зависимостью, отсутствием данных о способах фиксации конструкций для устранения дефекта нижней челюсти и возможности их применения.

**Цель работы** – описать методы восстановления непрерывности нижней челюсти у лиц с наркотической зависимостью и дефектами нижней челюсти.

**Объекты и методы.** В период с 2007 по 2015 г. обследовано 185 наркозависимых больных с остеонекрозами лицевого черепа, отмечавших в анамнезе употребление синтетического наркотического препарата дезоморфина или первитина. В группу исследования вошли 22 пациента, которым проводилось первичное или отсроченное эндопротезирование нижней челюсти на фоне остеонекротического процесса нижней челюсти.

**Результаты.** В 25 ситуациях проведено эндопротезирование нижней челюсти 22 больным, из которых в 5 ситуациях проведена одномоментная с резекцией челюсти установка индивидуальной реконструктивной пластины из никелид титана и сетчатого имплантата из никелид титана (1 наблюдение), сегментарная резекция с одномоментной фиксацией фрагментов титановой реконструктивной пластиной (2 наблюдения) и в сочетании с сетчатым имплантатом из никелид титана (1 наблюдение), а так же, в одном клиническом наблюдении проведена замена титановой реконструктивной пластины на никелид титановую с сетчатым имплантатов из