

sions, morphological examination of wound tissues, determination of indicators of tissue homeostasis in the lesion. The use of the methods described above, as well as the scope and direction of therapy in each specific case should be based on the teach approach to this comorbidity.

Noteworthy, the course of purulent and inflammatory diseases of the maxillofacial area under diabetes mellitus is peculiar and atypical, often leading to the development of formidable complications and even death. Effective treatment of foci of inflammation under decompensated diabetes is a hard task. Special attention should be paid to the study of the etiopathogenetic mechanisms of the development of purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial area in patients with diabetes mellitus and to the development of new treatment algorithms. Close cooperation of maxillofacial surgeons and endocrinologists will help preserve life quality and life expectance of the patients with diabetes mellitus.

DOI 10.31718/2077–1096.22.3.4.142

УДК:616.716.1/4-089:618.46

Торопов ОА.

ВПЛИВ КРІОЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ НА РЕПАРАТИВНІ ПРОЦЕСИ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ХРОНОТИПУ ПАЦІЄНТА

Полтавський державний медичний університет

Наразі існує інтенсивний міждисциплінарний інтерес і значна кількість літератури щодо профілактики та лікування післяопераційних рубців, але міжнародні рекомендації щодо лікування та схеми ще не наздогнали сучасні знання та практику багатьох лікувальних закладів. Метою нашого дослідження було встановити, як біологічний ритм може впливати на репаративні функції організму людини, а саме на загоєння рани та утворення рубця при поєднанні ін'єкційного введення препарату кріоекстракту плаценти на інтраопераційному етапі та електрофорезу на постопераційному етапі на 90–у 180–у добу. Дослідження проводились у відділенні щелепно-лицьової хірургії на базі КУ «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосівського Полтавської обласної ради». Загалом у дослідженні взяло участь 40 осіб. На 90-у добу клінічного дослідження середній показник оцінки післяопераційних рубців був таким: для підгрупи 1а був менший на 49,3 % порівняно з підгрупою 2а. Різницю в 25,5 % могли спостерігати між підгрупами 1а та 1б, та 18,5% між підгрупами 2а та 2б. З даних клінічних досліджень найкращі результати отримано в підгрупі 1а, що свідчить про максимальний вплив авторської методики профілактики на стан післяопераційного рубця у пацієнтів з ранковим хронотипом. В цій групі встановлено достовірне зниження показників П1, П2 та П7 на 90-у добу на та нулеві значення на 180-у добу відповідно; У показників П3, П4, П5 зафіксовані найменші значення на 90-у добу та рівномірне зменшення на 180-у та 360-у добу. Таким чином можна стверджувати, що найоптимальніші результати у пацієнтів з ранковим типом хронотипу, яким вводили кріоекстракт плаценти; клінічна відмінність була особливо помітна на більш ранній термін після операційного періоду.

Ключові слова: хронотип, рубці, кріоекстракт, плацента, профілактика рубців

Робота виконується на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії та є фрагментом комплексної ініціативної теми кафедри «Діагностика, хірургічне та медикаментозне лікування пацієнтів з травмами, дефектами та деформаціями тканин, запальними процесами щелепно-лицьової локалізації» 2019-2023 рр. (№ державної реєстрації 0119U102862).

Вступ

Наразі існує інтенсивний міждисциплінарний інтерес і значна кількість літератури щодо профілактики та лікування післяопераційних рубців, але міжнародні рекомендації щодо лікування та схеми ще не наздогнали сучасні знання та практику багатьох лікувальних закладів [1]. Мінімізацію появи рубців на обличчі та оптимізацію косметичного результату ідеально починати до ушивання рани або, у випадку травми, під час первинної обробки рани. Навіть якщо початкове загоєння було незадовільним, зовнішній вигляд рубця можна покращити в післяопераційний період [2, 3]. З попередніх досліджень доведено, що на формування післяопераційного рубця впливає також і хронотип людини [4], який відіграє фундаментальну роль у регуляції біологіч-

них функцій, температури тіла, гормональну секрецію, споживання їжі, а також когнітивну та фізичну працездатність [5].

Мета дослідження

Метою нашого дослідження було встановити, як біологічний ритм може впливати на репаративні функції організму людини, а саме на загоєння рани та утворення рубця при поєднанні ін'єкційного введення препарату кріоекстракту плаценти на інтраопераційному етапі та електрофорезу на постопераційному етапі на 90–у 180–у добу.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводились у відділення щелепно-лицьової хірургії на базі КУ «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосівсько-

го Полтавської обласної ради». Загалом у дослідженні взяло участь 40 пацієнтів. Для вивчення матеріалів ми провели аналіз осіб, які госпіталізувалися на планові оперативні втручання.

З пацієнтами під час госпіталізації проводилися співбесіда та анкетування для визначення хронотипу.

Пацієнти були розподілені наступним чином, на 2 групи.

Перша група складалася з 20 осіб, яким під час оперативного втручання проводили ін'єкційне введення препарату кріоекстракту плаценти на інтраопераційному етапі і додатково за допомогою електрофорезу у післяопераційний період на 90-у, 180-у добу, кожна з яких включала в себе дві підгрупи.

Перша підгрупа 1а складалася з 10 осіб, пацієнти з ранковим типом хронотипу. Друга підгрупа 1b – 10 пацієнтів (хронотипом).

Контрольна група складалася з 20 пацієнтів, які були прооперовані згідно класичної методики без додаткових профілактичних заходів, яка так само включала 2 підгрупи в залежності від хронотипу.

Пацієнти першої підгрупи 2а 10 осіб – ранковий хронотип, та група 2b – 10 осіб з вечірнім типом хронотипу.

Для спостереження, оцінки динаміки та отримання результатів оцінки загоєння рани та якості формування післяопераційного рубця на 3, 6, 12 місяць клінічного дослідження ми використовували наступні параметри:

П-1 - Васкуляризація (від 0 – 2 балів);

П-2 – Пігментація (від 0 – 2 бали);

П-3 – Висота рубця (від 0 – 2 бали);

П-4 – Поверхня (від 0 – 2 ба

П-5 – Щільність рубця (від 0 – 2 бали);

П-6 – Суб'єктивні відчуття пацієнта (свербіж) (від 0 – 2 бали);

П-7 – Суб'єктивні відчуття пацієнта (біль) (від 0 – 2 бали) [6].

Результати дослідження та їх обговорення

При плановому огляді пацієнтів та вивченні клінічних показників у пацієнтів 1а групи на 90 добу післяопераційного періоду ми отримали такі результати. Шкіра наближена до інтактної була у 90,0% (9 пацієнтів), а помірна гіперемія рубця, що формується, відзначалася у 10,0% (1 пацієнт), ізопігментація була у 80,0% (8 осіб), гіпопігментація спостерігається у 20,0% (2 особи), висота рубця над поверхнею шкіри < 1мм, 20,0% (2 пацієнти) від 1-2 мм спостерігалася у 60% (6 випадках), >2 мм – у 20,0% (2 особи). При цьому рівномірне підвищення рубця над рівнем інтактної шкіри відзначалося у 80% (8 осіб), а нерівномірно підвищена поверхня у 20% (2 випадках). У 70,0% (7 пацієнтів) спостерігався помірно ущільнений рубець, з вираженою індурацією тканин 10,0% (1 особа) і у 20,0% (2 пацієнти) відзначали м'яко-еластичний, щодо суб'єктивних відчуттів у 40,0% (4 випадки) скарги на свербіж були відсу-

тні, а 50,0% (5 осіб) відзначали легкий дискомфорт, на виражений дискомфорт скаржилися 10,0% (1 пацієнт). На болючі відчуття скаржилися 10,0% (1 пацієнт) і 90,0% (9 осіб) не відзначали болючі відчуття.

Щодо показників групи 1b, на 90-ту добу після оперативного втручання спостерігали наступні показники: майже у всіх – 80,0% (8 пацієнтів) звичайна васкуляризація (наближена до інтактної шкіри) та у 20,0% (2 пацієнти) помірна гіперемія. Ізопігментація 70,0% (7 випадків), 20,0% (2 пацієнти) з гіпопігментацією та 10,0% (1 особа) з гіперпігментацією. Висота рубця над рівнем шкіри у 60,0% (6 випадків) відзначалися рубцевозмінені тканини від 1-2 мм та 30,0% (3 особи) з висотою понад 2 мм, та 1 пацієнт (10,0%) з висотою рубця менше 1 мм. Поверхня рубця рівномірно підвищена над рівнем інтактної шкіри у 90,0% (9 осіб) та 10,0% (1 випадок) з нерівномірним підвищенням над рівнем інтактної шкіри. У 70,0% (7 пацієнтів) спостерігали помірно ущільнений рубець, у 10,0% – (1 особа) з м'яко-еластичним та 20,0% (2 випадки) з вираженою індурацією м'яких тканин. Суб'єктивні відчуття: у 20,0% (2 людини) свербіж був відсутній, 70,0% (7 пацієнтів) відчували легкий дискомфорт, незначний свербіж, та 10,0% (1 пацієнт) скаржилися на виражений дискомфорт. На виражені больові відчуття скаржились 10,0% (1 людина), в більшості випадків, а саме у 90,0% (9 пацієнтів) не спостерігалася жодних больових відчуттів.

Для групи 2а на 90 добу були характерні такі дані. Шкіра наближена до інтактної була у 50,0% (5 пацієнтів), а помірна гіперемія 50,0% (5 випадках), ізопігментація була у 40,0% (4 людини), гіпопігментація спостерігається у 40,0% (4 пацієнти), гіперпігментація – 20,0% (2 випадки). Висота рубця над поверхнею шкіри від 1-2 мм спостерігалася у 40,0% (4 випадки), понад 2 мм – у 60,0% (6 пацієнтів). При цьому рівномірне підвищення рубця над рівнем інтактної шкіри відзначалося у 50,0% (5 осіб), а нерівномірно підвищена поверхня 50,0% (5 випадках). У 70,0% (7 пацієнтів) спостерігався помірно ущільнений рубець, з вираженою індурацією тканин 30,0% (3 особи), щодо суб'єктивних відчуттів маємо такі дані: у 60,0% (6 випадків) відзначали легкий дискомфорт, на виражений дискомфорт скаржилися 40,0% (4 пацієнти). На виражений біль скаржилися 10,0% (1 пацієнт), і 20,0% (2 пацієнти) на присутні больові відчуття, інші 70,0% (7 осіб) не відзначали больові відчуття.

Показники 2b групи дещо відрізнялися. При оцінці рубця на 90 добу мали місце результати: лише у 10,0% (1 пацієнта) звичайна васкуляризація (наближена до інтактної шкіри) та у 90,0% (9 пацієнтів) помірна гіперемія. Ізопігментація 10,0% (1 випадок), 70,0% (7 пацієнтів) з гіпопігментацією та 20,0% (2 особи) з гіперпігментацією. Висота рубця над рівнем шкіри у 30,0% (3 випадки) відзначалися рубцевозмінені тканини від 1-2 мм та 70,0% (7 осіб) з висотою понад 2

мм. Поверхня рубця рівномірно підвищена над рівнем інтактної шкіри 30,0% (3 людини) і 70,0% (7 випадків) з нерівномірним підвищенням над рівнем інтактної шкіри. У 50,0% (5 пацієнтів) спостерігали помірно ущільнений рубець та 50,0% (5 випадків) з вираженою індурацією м'яких тканин. Суб'єктивні відчуття у 40,0% (4 пацієнти) відчували легкий дискомфорт (незначний свербіж), решта 60,0% (6 пацієнтів) скаржилися на виражений дискомфорт. На легкі болючі відчуття скаржилися 30,0% (3 людини), у 20,0% (2 випадках) були виражені болючі відчуття та у 50,0% (5 пацієнтів) жодних болючих відчуттів.

На 180 добу огляду у 1а групи ми спостерігали такі дані. У 100% (10 осіб) спостерігали звичайну васкуляризацію (наближену до інтактної шкіри). Пігментація шкіри в межах норми була у 100% (10 випадків), висота рубця над рівнем тканин у 50,0% (5 випадків) від 1-2 мм і у 50,0% (5 осіб) менше 1мм, поверхня шкіри поступово підвищена над рівнем інтактної шкіри у 60,0% (6 осіб) та наближена до інтактної шкіри у 40,0% (4 випадки). Помірно ущільнений рубець спостерігали у 50,0% (5 пацієнтів) та 30% (5 випадків) м'яко-еластичний. Легкий дискомфорт (незначний свербіж) 50,0% (5 пацієнтів), скарги були відсутні у 50,0% (5 випадків). На 180 добу скарги на болючі відчуття були відсутні у 100% (10 осіб).

Відносно 1b групи на 180 добу: у 10,0% (1 пацієнта) спостерігали помірно виражену гіперемію, у 90,0% (9 випадках) рубець був наближений до інтактної шкіри, ізопігментація 90,0% (9 пацієнтів), у 10,0% (1 випадках) спостерігали гіпопегментацію рубця. Висота рубця над поверхнею шкіри – у 30,0% (3 особи) висота рубця становила менше 1 мм, у 70,0% (7 пацієнтів) з 1-2 мм, рівномірне підвищення рубця спостерігалось у 80,0% (8 варіантах), та 20,0% (2 пацієнта) відзначали поверхню рубця, яка наближена до інтактної шкіри. 70,0% (7 випадків) помірно ущільнений рубець, 30,0% (3 особи) з м'яко еластичним, у 70,0% (7 пацієнтів) відзначали незначний свербіж, і у 20,0% (2 випадках) скарги були відсутні. Скарги на болючі відчуття на 180 день у 100% (10 пацієнтів) були відсутні.

Для групи 2а на 180-ту добу після огляду були характерні такі показники: у 30,0% (3 пацієнти) помірна гіперемія, а у 70,0% (7 випадків) звичайна васкуляризація (наближена до інтактної шкіри). Пігментація шкіри в межах норми була в 60,0% (6 випадків), а гіпопігментацію відзначали у 40,0% (4 пацієнти), висота рубця над рівнем тканин у 90,0% (9 випадків) від 1-2 мм та у 10,0% (1 людина) більше 2мм, поверхня рубця рівномірно підвищена над рівнем інтактної шкіри у 80% (8 осіб) і нерівномірно підвищена у 20,0% (2 випадки). Помірно ущільнений рубець спостерігали у 70,0% (7 пацієнтів), 10,0% (1 випадок) м'яко-еластичний рубець та 20,0% (2 особи) з вираженою індурацією м'яких тканин. Легкий дискомфорт (незначний свербіж) 90,0% (9 пацієнтів), на

виражений дискомфорт скаржилися у 10,0% (1 випадок). На 180 день скарги на болючі відчуття були лише у 10,0% (1 людина), решта 90% (9 пацієнтів) не відзначали жодних скарг щодо болю.

Щодо 2b групи на 180 добу після огляду маємо такі дані: у 50,0% (5 пацієнтів) спостерігали помірно виражену гіперемію, у 50,0% (5 випадках) рубець був наближений до інтактної шкіри, ізопігментація 50,0% (5 пацієнтів), гіперпігментацію спостерігали у 50,0% (5 осіб). Висота рубця над поверхнею шкіри - 70,0% (7 пацієнтів) від 1-2 мм, решта 30,0% (3 особи) більше 2 мм, рівномірне підвищення рубця спостерігалось в 60,0% (6 випадках), а в 40,0% (4 пацієнти) відзначали нерівномірне підвищення 80,0% (8 випадків) помірно ущільнений рубець і у 20,0% (2 пацієнти) спостерігали виражену індурацію м'яких тканин, у 70,0% (7 пацієнтів) відзначали незначний свербіж, а у 30,0% (3 особи) були присутні скарги на виражений дискомфорт (свербіж). На болючі відчуття на 180 добу скаржилися 20,0% (2 особи), решта 80,0% (8 пацієнтів) не відчували жодних болючих відчуттів.

На 360-ту добу у групі 1а маємо такі показники: васкуляризація наближена до інтактної шкіри – 100% (10 осіб). Ізопігментацію могли спостерігати у – 100% (10 пацієнтів). Висота рубця над рівнем шкіри в 90,0% (9 випадків) менше 1 мм, 10,0% (1 пацієнт) висота становила 1-2мм, поверхня рубця в 80% (8 випадках) була наближена до інтактної шкіри та 20,0% (2 випадки), коли була рівномірно підвищена над рівнем інтактної шкіри. Помірно ущільнений рубець визначався у 20,0% (2 пацієнти), а м'яко-еластичний спостерігали у 80,0% (8 осіб). Суб'єктивні відчуття (свербіж), легкий дискомфорт або виражений дискомфорт на 360 добу не спостерігали в жодного пацієнта – 100%. Скарги на болючі відчуття були відсутні у 100% (10 осіб).

Для групи 1b на 360 добу були характерні такі дані: зі звичайною васкуляризацією 100% (10 осіб), ізопігментація у 100% (10 пацієнтів), висота рубця над поверхнею шкіри 20,0% (2 пацієнти) від 1-2 мм, решта 80,0% (8 осіб) менше 1 мм, при цьому рівномірне підвищення рубця спостерігалось тільки в 40,0% (4 випадках), а поверхня наближена до інтактної шкіри – у 60,0% (6 осіб). У 30,0% (3 пацієнтів) спостерігався помірно ущільнений рубець і у 70,0% (7 випадках) м'яко-еластичний. Пацієнти даної групи 100% (10 осіб) на свербіж та біль не скаржилися.

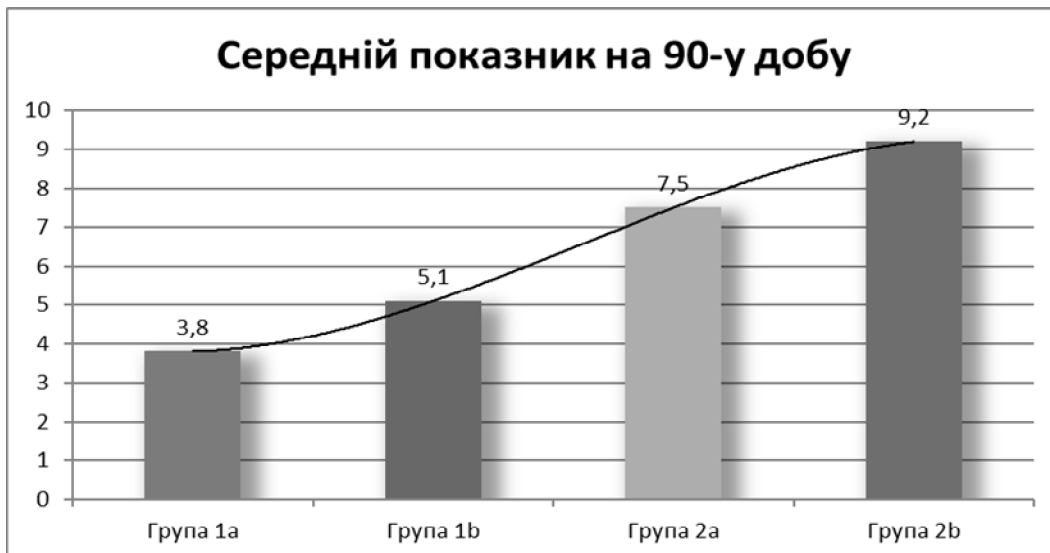
У пацієнтів контрольної групи 2а на 360 добу ми отримали наступні результати дослідження. Васкуляризація наближена до інтактної шкіри майже у всіх – 80,0% (8 осіб), та 20,0% (2 пацієнти) з помірною гіперемією. Ізопігментацію могли спостерігати у – 80,0% (8 пацієнтів) та у 20,0% (2 особи) гіпопігментацію. Висота рубця над рівнем шкіри у 40,0% (4 випадки) менше 1 мм, 60,0% (6 пацієнтів) висота становила 1-2мм, поверхня рубця в 30,0% (3 випадках) була наближена до

інтактної шкіри та 60,0% (6 випадків) коли була рівномірно підвищена над рівнем інтактної шкіри. Помірно ущільнений рубець визначався у 90,0% (9 пацієнтів), а м'яко-еластичний спостерігали у 10,0% (1 особа). Легкий дискомфорт (свербіж) на 180 добу могли спостерігати лише у 20,0% (2 пацієнти), а у решти 80,0% (8) скарги були відсутні. Скарги на больові відчуття були відсутні у 100% (10 осіб).

На 360 добу спостереження у пацієнтів контрольної групи 2b мали наступні дані: з помірно гіперемією 30,0% (3 випадки), звичайна васкуляризація у 70,0% (7 осіб), помірна пігментація у 30,0% (3 випадки), ізопігментація у 70,0% (7 пацієнтів), висота рубця над поверхнею шкіри 80,0% (8 пацієнтів) від 1-2 мм, решта 20,0% (2 особи) менше 1 мм., при цьому рівномірне підвищення рубця спостерігалось у 90,0% (9 випадках), а поверхня наближена до інтактної шкіри – у 10,0% (1 особа). У 90,0% (9 пацієнтів) спостерігався помірно ущільнений рубець, а у 10,0% (1

випадок) з вираженою індурацією м'яких тканин, щодо суб'єктивних відчуттів маємо такі дані: 30,0% (3 випадки) з легким дискомфортом та 70,0% (7 випадків) скарги не було. Суб'єктивні відчуття, а саме скарги на біль, не відзначав жоден пацієнт 100% (10 пацієнтів).

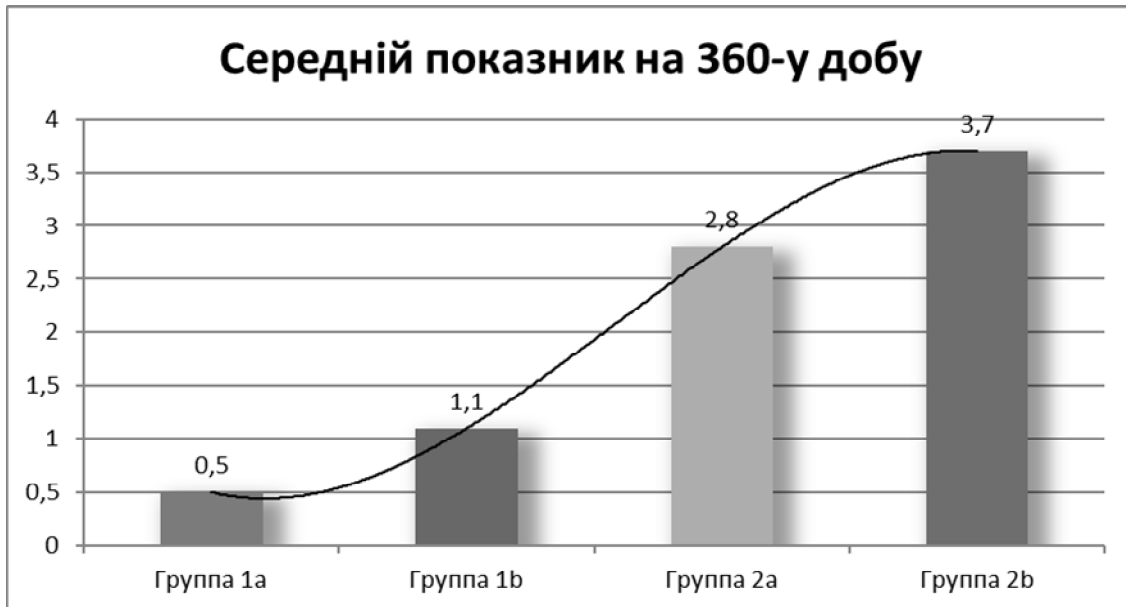
Для більш детального аналізу результатів усі результати дані були записані в таблицю та оброблені у програмі Microsoft Excel, на 90 добу клінічного дослідження середній показник оцінки післяопераційних рубців був таким: для підгрупи 1a він становив $3,8 \pm 0,57$ що на 49,3 % менше порівняно з підгрупою 2a де показник становив $7,5 \pm 0,75$. Різницю в 25,5 % спостерігали між підгрупами 1a та 1b, та 18,5% між підгрупами 2a та 2b. Що стосується пацієнтів із вечірнім хронотипом, різниця між 1b і 2b була значною, так у першій підгрупі (1b) показник був $5,1 \pm 0,43$, а підгрупі 2b – $9,2 \pm 0,83$, що на 44,6% більше порівняно (Діаграма №1).



Діаграма №1



Діаграма №2



Діаграма №3

На 180 добу клінічного дослідження нами отримані наступні результати: середній показник був нижчим у пацієнтів з ранковим хронотипом (1a) на 32,2% порівняно з вечірніми(1b), а ось різниця між якісними показниками клінічною групою 1a та контрольною групою 2a на 180-та доба була в 2 рази більша і склала 60,4%. Щодо для пацієнтів з вечірнім хронотипом, так для підгрупи 1b цей показник становив $3,1 \pm 0,18$, а для підгрупи 2b він був $6,4 \pm 0,62$, різниця між показниками мала тенденцію до достовірності і складала 51,6%. Незначну різницю могли спостерігати всередині групи, показник 2a був на менше на 17,2% показника 2b (Діаграма №2).

На 360 добу клінічного дослідження показники оцінки післяопераційних рубців були наступні: середній показник підгрупи 1a ($0,5 \pm 0,22$) порівняно з підгрупою 1b ($1,1 \pm 0,015$) зменшився на 54,5%, а показник групи 1a був меншим на 82,1% від показника підгрупи 2a. Незначну різницю спостерігали між показниками контрольною групи, так показник підгрупи 2b був на 2,4% більше ніж у підгрупи 2a, а різниця між пацієнтами клінічної (1b) та контрольною (2b) підгрупи склала 70,3%, що свідчить про те, що у пацієнтів клінічної групи яким вводили кріоекстракт плаценти на інтра-операційному етапі з електрофорезом у післяопераційний період показники були кращими ніж у контрольною групи, а сам процес утворення нормотрофічного рубця був більш сприятливим (Діаграма №3).

Висновки

З даних клінічних досліджень найкращі результати отримано в підгрупі 1a, що свідчить про

максимальний вплив авторської методики профілактики на стан післяопераційного рубця у пацієнтів з ранковим хронотипом. В цій групі встановлено достовірне зниження показників П1, П2 та П7 на 90-у добу на та нулеві значення на 180-у добу відповідно; У показників П3, П4, П5 зафіксовані найменші значення на 90-у добу та рівномірне зменшення на 180-у та 360-у добу.

Таким чином можна стверджувати, що найоптимальніші результати у пацієнтів з ранковим типом хронотипу, яким вводили кріоекстракт плаценти; клінічна відмінність була особливо помітна на більш ранній термін післяопераційного періоду.

Література

1. Seago M, Shumaker PR, Spring LK, et al. Laser Treatment of Traumatic Scars and Contractures: 2020 International Consensus Recommendations. *Lasers Surg Med.* 2020;52(2):96-116.
2. Schulz A, Fuchs PC, Rothermundt I, et al. Enzymatic debridement of deeply burned faces: Healing and early scarring based on tissue preservation compared to traditional surgical debridement. *Burns.* 2017;43(6):1233-1243.
3. Ogawa R. Keloid and Hypertrophic Scars Are the Result of Chronic Inflammation in the Reticular Dermis. *Int J Mol Sci.* 2017;18(3):606.
4. Voloshyna LI, Toropov OA, Boyko IV, et al. Comparative characteristics of clinical indicators of the condition of scar tissue of the facial skin at different stages of the postoperative period depending on the chronotype of the person. *Wiad Lek.* 2022;75(6):1569-1572.
5. Montaruli A, Castelli L, Mulè A, et al. Biological Rhythm and Chronotype: New Perspectives in Health. *Biomolecules.* 2021;11(4):487-491.
6. Avetikov DS, Lokes KP, Toropov OA, Kravchenko SB, zaiavnyk; Poltavskiy derzhavnyi medychnyi universytet, vlasnyk tekhnolohii. Tekhnolohiia klinichnoi otsinky reheneratyvnykh protsesiv v operatsiynykh ranakh pislia planovykh vtruchan [Internet]. Reiestratsiina kartka tekhnolohii DRN 0621U000076, № NDDKR 0119U102862, UDK: 616-089; 617.5, 616-001.4-089; data reiestratsii. 01.10.2021. (Ukrainian).

Summary

THE EFFECT OF PLACENTA CRYOEXTRACT ON REPARATIVE PROCESSES AFTER MAXILLOFACIAL SURGERY, DEPENDING ON THE PATIENT'S CHRONOTYPE.

Toropov O.A.

Key words: chronotype, scars, cryoextract, placenta, prevention of scars.

Currently, there is intense interdisciplinary interest and a significant amount of literature on the prevention and treatment of postoperative scars, but international treatment recommendations and regimens have not yet caught up with current knowledge and practice in many medical institutions.

The aim of our study was to establish how the biological rhythm can affect the reparative functions of the human body, namely wound healing and scar formation when combining the intraoperative injection of placenta cryoextract and the postoperative electrophoresis on the 90th to 180th day.

The research was conducted in the Department of Maxillofacial Surgery on the basis of the Poltava Regional Clinical Hospital. M.V. Sklifosivskyi of the Poltava Regional Council". In total, 40 people took part in the study.

On the 90th day of the clinical study, the average score of postoperative scars was as follows: subgroup 1a was 49.3% lower compared to subgroup 2a. A difference of 25.5% could be observed between subgroups 1a and 1b, and 18.5% between subgroups 2a and 2b. From the data of clinical studies, the best results were obtained in subgroup 1a, which indicates the maximum impact of the author's prevention method on the condition of the postoperative scar in patients with a morning chronotype. In this group, a significant decrease in P1, P2, and P7 indicators was established on the 90th day and zero values on the 180th day, respectively; Indicators P3, P4, and P5 recorded the lowest values on the 90th day and a uniform decrease on the 180th and 360th days.

Thus, it can be argued that the most optimal results are in patients with the morning type of chronotype, who were injected with placenta cryoextract; the clinical difference was especially noticeable in the earlier period of the postoperative period.