 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА

«ІНСТИТУТ СТОМАТОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

**ЗАІТОВА Рушана Юсуфівна**

УДК 616.31-089+616.716+616.52-001.4+616-018+617-089

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАН М’ЯКИХ ТКАНИН**

**ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АКТИВНОГО ДРЕНУВАННЯ ТА КЛЕЙОВОЇ ПОВ’ЯЗКИ**

14.01.22 – стоматологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Одеса – 2009

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Кримському державному медичному університеті ім. С.І. Георгієвського МОЗ України, м. Сімферополь.

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, професор **Безруков Сергій Григорович**,

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського МОЗ

України, м. Сімферополь, завідувач кафедри хірургічної стоматології

**Офіційні опоненти:**

- доктор медичних наук, професор **Вакуленко Василь Іванович**, Одеський державний медичний університет МОЗ України, професор кафедри реконструктивної та естетичної медицини з курсом загальної стоматології;

- доктор медичних наук, професор **Ткаченко Павло Іванович**, Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, м. Полтава, завідувач кафедри дитячої хірургічної стоматології і пропедевтики хірургічної стоматології з реконструктивною хірургією голови та шиї

Захист відбудеться «21» вересня 2009 р. о 14.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 41.563.01 в Державній установі «Інститут стоматології АМН України» за адресою: 65026, м. Одеса, вул. Рішельєвська,11.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Державної установи «Інститут стоматології АМН України» (65026, м. Одеса, вул. Рішельєвська,11).

Автореферат розісланий «20» серпня 2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Ю.Г. Чумакова

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** До найважливіших завдань хірургії на сучасному ета­пі відносять пошук ефективних методів з'єднання країв шкірної рани, які попе­реджують грубе рубцювання пошкоджених тканин. Високі естетичні вимоги до загоєння ран м'яких тканин на відкритих ділянках тіла без утворення видимого рубця обумовлюють необхідність розвитку хірургічної науки і техніки (Я. Золтан, 1983; А.Е. Белоусов, 1998; К.П. Пшениснов с соавт., 2005; И.А. Фришберг, 2005).

Відомо, що для вибору методу з'єднання країв рани слід враховувати особливості запально-репаративних реакцій в пошкоджених тканинах. Результат процесу загоєння рани залежить також від загальної реактивності організму і стану шкіри в місці втручання, правильно вибраного хірургічного доступу і використаного методу з'єднання країв шкіри (К.М. Фенчин, 1979; И.Х. Геворкян с соавт., 1981; Я. Золтан, 1983; М.И. Кузин с соавт., 1990; Л.Ф. Марченко, 1994; А.Е. Белоусов, 1998; В.И. Булынин с соавт., 1998; Ю.А. Давыдов с соавт., 1999; С.Г. Измайлов с соавт., 2004; К.П. Пшениснов с соавт., 2005; И.А. Фришберг, 2005; В.Р. Мороз, 2006).

На сьогоднішній день відомі численні спроби оптимізувати процес загоєн­­ня ран шкіри, проте всі вони залишаються недосконалими. Так, при поша­­ровому ушиванні рани нитка, як чужорідне тіло, під час свого перебування в тканинах підтримує запальну реакцію, затримуючи її на моноцитарно-макро­фа­гальній стадії, що не тільки збільшує небезпеку гнійних ускладнень, але і перешкоджає завершенню формування і, отже, підвищенню міцності ране­во­го рубця (В.Д. Решетов, 1974; Ю.Г. Шапошников, 1984; В.С. Калнберз с соавт., 1988; Л.И. Толстых с соавт., 1988; О.С. Кочнев, 1988; Б.Ш. Гогия с соавт., 1989; Д.Н. Маянский, 1991; В.В. Серов с соавт., 1995; В.М. Буянов с соавт., 2000; П.И. Ивасенко, 2002; А.В. Дыдыкин, 2003; Г.П. Рузін, 2008). Запально-рубцю­ваті зміни, що виникають в тканинах при розсмоктуванні ниток, грають нега­тивну роль у зв'язку з тим, що знижуються як косметичні, так і функціо­наль­ні резуль­тати операції, які в хірургії обличчя і шиї часто мають першо­рядне значення.

Альтернативою класичному ушиванню поверхневих шарів рани може бути метод, що не викликає додаткових структурних змін в тканині, наприклад, лейкопластирна фіксація. Проте, при своїй простоті і надійності вона має недоліки – смужки лейкопластиря не перешкоджають еверсії країв рани. Більш глибокі шари тканин, що не мають додаткової фіксації, утворюють в рані просвіти, де накопичується раневий ексудат і згустки крові, що є середовищем для розвитку інфекції (Л.И. Толстых с соавт., 1988; Ю.А. Давыдов с соавт., 1999; Ю.К. Абаев, 2005).

Відомо, що швидка евакуація раневого ексудату позитивно впливає на загоєння, сприяє прискоренню процесів регенерації і одужанню хворого в цілому. Відтік з рани традиційно здійснюється шляхом дренування. Але при використанні гумових випускників і трубчастих дренажів, можна розрахо­вува­ти тільки на пасивний відтік ексудату, що можливо лише при розташуванні дренажу в найнижчій ділянці рани або в положенні хворого лежачи.

Питання впливу активного дренування (негативного тиску) на тканини рани почали вивчатися з недавнього часу. Проте перспективність його використання в поєднанні з клейовою плівковою фіксацією країв рани поки не оцінювалася. В зв'язку з цим, удосконалення відомих способів закриття шкірної рани з підвищенням їх ефективності є актуальним.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами**. Дисер­та­цій­на робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри хірургічної стоматології Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського «До-, інтра-, післяопераційна профілактика ускладнень хірур­­гічного лікування стоматологічних хворих» (№ ДР 0104U004103). Автор є виконавцем окремого фрагмента комплексної теми.

**Мета і завдання дослідження.** Мета дослідження – підвищити ефектив­ність комплексного лікування хірургічних стоматологічних хворих шляхом використання в ранньому післяопераційному періоді активного дренування рани і клейової плівкової пов'язки.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні завдання:

1. Дослідити патоморфологічні зміни в шкірі експериментальних тварин в різні терміни після хірургічного втручання при використанні традиційного пошарового методу зшивання тканин.

2. Розробити метод застосування активного дренування і клейової плівкової пов'язки Tegaderm для лікування післяопераційних ран м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки.

3. Провести порівняльний морфологічний аналіз процесу загоєння післяопераційної рани при застосуванні традиційного і розробленого методів фіксації країв рани.

4. Оцінити в клініці хірургічної стоматології ефективність застосування традиційного (пошарового) і запропонованого методів фіксації країв рани на підставі порівняльного аналізу характеру змін основних місцевих симптомів.

5. Провести порівняльне вивчення запальних і відновних реакцій в тканинах навколораневої зони за допомогою цитологічного дослідження, локальної термометрії і реографії в групах застосування традиційного і розробленого методів фіксації країв рани.

6. Оцінити віддалені результати лікування післяопераційних ран м'яких тканин в щелепно-лицьовій ділянці при використанні активного дренування і клейової плівкової пов'язки Tegaderm (Steri Drape).

***Об'єкт дослідження*** – раневий процес в експериментальних тварин з лінійними ранами і в хворих з післяопераційними ранами в щелепно-лицьовій ділянці.

***Предмет дослідження*** – вплив активного дренування післяопераційної рани в поєднанні з клейовою плівковою пов'язкою на клінічний перебіг запальних і відновних реакцій в м'яких тканинах ЩЛД, а також на показники лабораторних і додаткових методів дослідження.

***Методи дослідження:*** клінічні, гістологічний, цитологічний, біохімічний, а також додаткові фізичні (локальна термометрія, реографія) для оцінки ефективності хірургічного лікування хворих стоматологічного профілю в умовах вживання традиційного і запропонованого способів лікування; статистичний метод – для визначення достовірності результатів.

**Наукова новизна одержаних результатів.** При аналізі патоморфо­логічних змін, що розвиваються в шкірі експериментальних тварин після хірургічного втручання при використанні традиційного пошарового методу зшивання тканин, встановлено, що загоєння лінійної різаної рани протікає на фоні виражених циркуляторних розладів і запально-дистрофічних змін тканин­них структур, що призводить до організації раневої щілини з подальшим форму­ванням щільного, малорухливого, косметично неповноцінного післяопераційного рубця.

Вперше обґрунтовано й розроблено спосіб лікування ран м'яких тканин ЩЛД із застосуванням активного дренування в поєднанні з клейовою плівковою пов'язкою, новизна і пріоритетність якого підтверджена Деклараційним патентом України на корисну модель (патент № 11062 від 15.12.2005 р.).

Встановлено, що поєднане застосування активного дренування і клейової плівкової пов'язки Tegaderm (Steri Drape) в умовах експерименту веде до менш вираженого прояву місцевих запальних реакцій (стаз судин, периваскулярний набряк), швидкої нейтралізації раневого ексудату, ранньої контракції країв рани. Також спостерігається швидке відновлення кровотоку, розвиток, а потім і дозрівання грануляційної тканини з формуванням естетичного рубця.

Вперше в ході хірургічного лікування хворих стоматологічного профілю при використанні клінічних, термометричного, реографічного і цитологічного мето­дів дослідження підтверджена ефективність застосування активного дренування і клейової плівкової пов'язки. Таке поєднання створює умови для оптимізації перебігу раневого процесу і формування малопомітного рубця.

**Практичне значення одержаних результатів.** Розроблений спосіб ліку­ван­ня післяопераційних ран м'яких тканин ЩЛД істотно підвищує ефективність хірургічного лікування стоматологічних хворих. Поєднане застосування активного дренування і клейової плівкової пов'язки Tegaderm з раннім зняттям безперервного внутрішкірного шва створює умови для більш точного і щіль­но­го зіставлення країв рани, зниження вираженісті місцевих запальних реакцій, швидкого відновлення кровотоку. Примусове виведення ексудату з травмованих тканин попереджає розвиток внутріраневих гематом, вира­же­них післяопераційних набряків, оптимізує умови для загоєння рани первинним натягненням з формуванням естетичного рубця.

Розроблений автором спосіб лікування ран м'яких тканин ЩЛД впро­вад­же­ний і успішно застосовується в щелепно-лицьовому відділенні Кримської республіканської клінічної лікарні ім. М.О. Сємашко, м. Сімферополь, ДЗ «Відділкова клінічна лікарня ст. Сімферополь» ДП «Придніпровська заліз­ниця», Херсонській обласній клінічній стоматологічній поліклініці, Одеській обласній клінічній стоматологічній поліклініці. Матеріали дослід­жен­ня використовуються в навчальному процесі на кафедрах: хірургічної стома­то­ло­гії Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського, хірургічної стоматології Харківської медичної академії післядипломної освіти, хірургічної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України, щелепно-лицевої хірургії і стоматології Української військово-медичної академії Міністерства оборони України.

**Особистий внесок здобувача.** Автором сумісно з науковим керівником сформульовані мета і завдання дослідження, оформлена заявка на патент. Самостійно розроблена методика лікування післяопераційних ран, проана­лі­зо­ва­ний матеріал, наведений в джерелах літератури, проведений патентно-інформаційний пошук. Здійснені клініко-лабораторні дослідження та аналіз результатів поєднаного використання активного дренування і клейової плівкової пов'язки, одержані дані оброблені статистичним методом. Написані і оформлені розділи дисертації, висновки і практичні рекомендації, підготовлені матеріали до публікацій, доповідей на конференціях, оформлена дисертаційна робота.

**Апробація результатів дисертації.** Матеріали дисертації повідомлені й обговорені на науково-практичній конференції, присвяченій Дню стома­то­ло­гіч­но­го факультету КДМУ ім. С.І. Георгієвського (Сімферополь, 2004); конфе­рен­ціях молодих учених і студентів КДМУ ім. С.І. Георгієвського (Сімферополь, 2006, 2007); VI Ювілейній міжнародній науково-практичній конференції, присвяченій 225-річчю Севастопольського морського госпіталю (Севастополь, 2008); VI Міжнародному стоматологічному форумі «Дні високої стоматології в Криму. Форос-2008» (смт. Форос, 2008); III з'їзді Асоціації стоматологів Украї­ни (Полтава, 2008).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 7 наукових праць, з них 4 статті в спеціалізованих фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 1 патент на корисну модель та 2 тез у матеріалах науково-практичних конференцій та з'їздів.

**Структура і об'єм дисертації.** Дисертація представлена на 165 сторінках комп'ютерного тексту, ілюстрована 115 малюнками і 30 таблицями. Складаєть­ся з вступу, огляду літератури, розділу матеріалів і методів дослідження, двох розділів власних досліджень (результати експериментальних і клінічних досліджень), розділу з обговоренням одержаних результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел літератури (201, з них 165 вітчизняних і 36 – зарубіжних авторів).

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ**

**Матеріали і методи дослідження**. *Експериментальні дослідження* здійснені на базі віварію Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського відповідно до вимог, висловлених в наказі МОЗ СРСР №755 від 12.08.77 р., доповнених наказом № 701 від 27.07.78 р.

Були прооперовані 32 кролики обох статей породи "Шиншила". В залежності від методики лікування тварини були розділені на дві групи: дослідну і контрольну, по 16 кроликів в кожній.

Операцію проводили під внутрім'язовим наркозом. В м'яз стегна вводили 0,8-1,0 мл розчину каліпсолу. На задній поверхні шиї на ділянці розміром 5х5 см зголювали шерсть. Операційне поле двічі обробляли 70% спиртом, після чого очеревистим скальпелем наносили лінійну рану завдовжки 3,0 см, глибиною до власної фасції (тобто, розтинали тільки шкіру і підшкірну клітковину). Далі в основній групі в рану вводили перфорований стерильний трубчастий дренаж (катетер шлунковий дитячий № 8). Для зведення і фіксації країв шкіри використовували тільки внутрішньошкірний шов атравматичною ниткою «Пролен» 3/0. Рану закривали прозорою стерильною плівкою Tegaderm (Steri Drape), покритою гіпоалергенною клейкою речовиною (вироблена фірмою 3М, допущена для використання в медичних цілях наказом МОЗ України № 309 від 23.10.1998 р.). До зовнішнього кінця дренажу приєднували джерело негативного тиску (медична стандартна гумова груша, яка дозволяє створити розрядку до 0,18 атм). Грушу фіксували еластичним бинтом. Дренаж видаляли на 3-ю добу. Шовну нитку видаляли через 2 доби після операції. Плівку знімали через 7 діб.

В контрольній групі рану зашивали традиційно пошарово: шляхом накладення декількох заглибних швів на підшкірну клітковину (атравматичною ниткою Вікріл 4/0) і внутрішкірного шва (атравматичною ниткою Пролен 3/0). В рані на одну добу залишали пластинковий (рукавичка) гумовий дренаж.

В післяопераційному періоді лінію швів 1 раз на добу обробляли спирто­вим розчином діамантового зеленого. Шовну нитку (Пролен 3/0) видаляли через 7 діб після операції.

Дослідження рН раневого вмісту здійснювали в умовах експерименту на тваринах, за допомогою індикаторного паперу. Результати оцінювали за еталонною шкалою для рН з діапазоном вимірювань від 5,2 до 7,4, яка має припустиму погрішність вимірювань ±0,1 рН. Для визначення величини рН в основній групі у 1-у і 3-ю добу використовували вміст дренажу. На 5-у – забір матеріалу з рани здійснювали за допомогою шприця. За мінімальний об'єм вважали 0,5 мл рідини. В контрольній групі тварин забір вмісту з рани також виконували за допомогою шприця, на 1, 3 і 5 доби експерименту.

Для гістологічного вивчення матеріал брали в зоні операційної травми на 3, 5, 7 і 30 доби. Тканини фіксували в 10% нейтральному формаліні, потім проводили через серію спиртів із зростаючою концентрацією з подальшим виведенням в парафін. Серійні зрізи готувалися завтовшки 6-7 мікронів.

Для оглядової мікроскопії гістологічні препарати офарблювали тради­цій­ними методами: гематоксиліном і еозином; по Маллорі; пірофуксином по Ван-Гізону.

*Клінічні дослідження* проведені на базі стоматологічного відділення стаціо­нару і поліклініки ВКЛ на ст. Сімферополь. Обстежено 106 хворих обох статей, у віці від 20 до 60 років, з доброякісними пухлинами і пухлино подібними утвореннями м'яких тканин в щелепно-лицьовій ділянці (аденоми, ліпоми, бічні кісти і свищі шиї, дермоїдні кісти, хронічний гіперпластичний лімфаденіт). Утворення розташовувалися в привушній, щоковій, піднижньощелеповій областях і верхній третині шиї. Розміри їх були від 2,0-4,0 см.

Всі хворі були розділені на дві групи: основну (52 особи) і контрольну (54). В контрольній групі після видалення утворень рану пошарово ушивали ниткою «Вікріл» 4/0, поверхнево накладали внутрішкірний шов атравма­тичною ниткою «Пролен» 3/0. В рані залишали пластинковий (рукавичка) гумовий дренаж. Зовнішньо використовували асептичну лейкопластирну пов'язку. Перев'язки здійснювали щодня протягом 7 діб.

В основній групі на дно рани по всій її довжині укладали дренажну перфоровану трубку (катетер шлунковий дитячий № 8), через отвори якої на всьому протязі раневого каналу здійснювали рівномірну дію на тканини негативним тиском і забезпечували безперервний відтік вмісту з рани. Для зведення і фіксації країв шкіри використовували внутрішньошкірний шов атравматичною ниткою «Пролен» 3/0. Рану закривали прозорою стерильною плівкою Tegaderm, покритою гіпоалергенною клейкою речовиною. До зовнішньо­го кінця дренажу приєднували джерело негативного тиску у вигляді стандартної гумової груші з діаметром сфери 10 см. Пружність її дозволяє створити постійне розрідження на рівні 0,18 атм. Одночасно цей балон служив резервуаром для збору раневого ексудату.

Внутрішкірний шов видаляли через 2 доби після оперативного втручання, дренаж з рани – через 3 доби. Плівку знімали через 7 діб.

В комплекс післяопераційної терапії пацієнтів в контрольній і основній групах відповідно до існуючих рекомендацій включали: кетанов (1т. х 2 рази на день, протягом першої доби) з метою протизапальної і знеболюючої дії; аскорбінову кислоту (1т. х 2 рази на день), як антиоксидант.

Характер загоєння ран контролювали за допомогою клінічних критеріїв, таких як: наявність болю в зоні травми, набряку тканин, гіперемії шкіри, відокремлюваного з рани, оцінка стану швів, консистенції і розмірів (ширини) рубця.

Больовий симптом і післяопераційний набряк оцінювали за шкалою (А.А. Джерелей, 2006), згідно з якою: 1бал – слабко виражений або відсутній; 2 бали – помірний набряк, слабковиражена біль; 3 бали – виражений набряк в межах однієї області, ниючий біль середньої інтенсивності; 4 бали – виражений набряк розповсюджується за межі області, в якій проводилося хірургічне втручання, виражений біль на протязі трійчастого нерва.

Гіперемія шкіри навкруги рани оцінювалася за мірою вираженості. Виділяли 4 ступені: 1 – відсутність гіперемії; 2 – незначна гіперемія (коли зона почервоніння розповсюджувалася не більше, ніж на 5 мм від краю рани); 3 –помірна гіперемія (5-9 мм); 4 – виражена гіперемія (10 мм і більше).

Через 1, 6 і 12 місяців реєстрували ширину рубця, що формується, його колір, ознаки гіпер- або гіпотрофії, консистенцію, рухливість. Ширину рубця оцінювали згідно з рекомендаціями Т.В. Попович (1974) по схемі: до 1 мм – тонкі, від 1 до 3 мм – середні, більше 3 мм – широкі.

Термометричні дослідження здійснювали в усіх 106 хворих до операції, а також в 1, 3, 5 і 7 доби після операції за допомогою електротер­мо­мет­ра (Microlife) з діапазоном вимірювань температури від 32,0° до 42,9°С, має точність вимірювань ± 0,01°С.

Для проведення цитологічного дослідження у 1-у і 3-ю добу в основній групі використовувала вміст дренажу, а на 5-у і 7-у, відклеївши край плівки, брали мазок-зскрібок спеціальною петлею з поверхні рани.

Для визначення швидкості відновлення кровопостачання застосовувалася тетраполярна реографічна методика. Реограми записувалися на 1, 7, 21 добу після операції, з урахуванням тривалості періодів загоєння ран.

Для визначення статистичної достовірності відмінностей розподілу показ­ни­ків при використанні двох методик лікування застосований критерій Брандта-Снедекора. Для оцінки статистичної значущості використаний U-критерій Уїлкоксона-Манна-Уїтні.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Показники рН раневого вмісту в перші доби експерименту в контрольній групі коливалися в межах 6,5-6,8, що вказує на підвищення його кислотності. В основній групі значення рН в цей термін склали 7,1.

Лише на п'яту добу показники рН в контрольній групі досягали серед­ньо­го значення 7,1. В основній групі до цього терміну в рані створюються опти­маль­ні умови для нормального завершення процесу загоєння (при рН 7,3).

В цілому ці відомості свідчать, що місцеві післяопераційні запальні реакції при використанні традиційного методу пошарового зшивання країв рани і пасивного дренування протікають в умовах місцевого ацидозу.

Дані, одержані в ході вивчення мікроструктури тканин, узятих в зоні хірургічної травми, показали, що в основній групі тварин, де застосовувався активний дренаж і клейова плівкова пов'язка, запальні зміни стихали вже на 3-ю добу експерименту, краї рани щільно прилягали один до одного, були відсутні явища стаза і периваскулярного набряку дрібних судин, хоча в цілому незначний набряк тканин країв рани ще зберігався. На п'яту добу відбувалася організація раневого каналу грануляційною тканиною, яка містить ніжні пучки оксифільних колагенових волокон, що лежать у різних напрямах. Визначалася виражена інфільтрація тканин лімфоцитами, які, як відомо, є джерелом плазма­тич­них клітин, переносять імунну інформацію, сприяючи підтримці і посиленню формування фібробластів.

На сьомий день від початку експерименту в зоні хірургічної травми простежувалися великі пласти добре сформованої грануляційної тканини, яка виглядала більш зрілою в порівнянні з такою в контрольній групі. Гістологічну картину в цій групі порівняння відрізняла наявність помірного розширення і повнокров'я судин. Звертали на себе увагу виражені морфологічні ознаки відновлення кровообігу. Явища набряку країв рани були відсутні.

На тридцяту добу експерименту в групі, де в післяопераційному періоді застосовувалося активне дренування, в рані виявлялися пласти ніжної сполуч­ної тканини, покритої епідермісом. Кровоносні судини не розширені. Ознаки набряку були відсутні.

У тварин контрольної групи на третю добу краї рани не щільно прилягали один до одного. Визначалося відокремлюване, яке складалося із зруйнованих тканинних структур. В шарах, які розташовані ближче до раневої поверхні, зустрі­чалися ділянки некрозу і геморагічного просочення. Визначалася осеред­кова лейкоцитарна інфільтрація раневих країв, виражений набряк тканин.

На п'яту добу морфологічна картина загоєння рани у тварин в контроль­ній групі істотно не змінилася.

На сьому добу в контрольній групі явища набряку були виражені слабко (у 3-х тварин – 18,75 %). В місці розрізу була присутня грануляційна тканина з великою кількістю функціонально активних фібробластів, продукуючих незрілі і зрілі ніжні колагенові волокна, які розташовувалися хаотично.

До тридцятої доби експерименту в групі з традиційним пошаровим ушиванням рани її края були фіксовані поєднальнотканинним рубцем. Численні грубі колагенові фібрили утворювали товсті пучки колагенових волокон, чітко орієнтованих паралельно межі епідермісу і дерми. В дермі визначався значний набряк, який розпушував міжклітинний матрикс. Число кровоносних судин невелике. Були присутні гігантські клітини чужорідних тіл і функціонально активні фібробласти, що свідчило про наявність морфологічних ознак формування гіпертрофічного рубця.

Таким чином, на фоні підвищення кислотності в рані, вираженого післяопераційного набряку, стаза в судинах, порушення мікроциркуляції, репаративні процеси в контрольній групі тварин протікали менш активно.

В основній групі вже через одну добу після операції спостерігали переважно незначний набряк (39 пацієнтів, 75,0 %), тоді як при використанні традиційного методу виражений набряк був зареєстрований у 9,26 % хворих (5 осіб), помірний – у 87,04 % (47 осіб). Біль у всіх пацієнтів в паравульнарній зоні розцінювався як незначний, ниючого характеру.

На третю добу досліду в контрольній групі продовжував переважати помірний набряк (70,37 % випадків), тоді як в основній – домінував незначний (98,07 %). На п'яту добу в основній групі набряк був відсутній у 44,23 % пацієнтів, у той самий час в контрольній – зберігався незначний в 96,29 % випадків. На сьому добу в контрольній групі набряк був відсутній в 25,92 %, тоді як в основній групі – в 98,07 % випадків.

Достовірні відмінності мали місце з першої доби досліду: як по числу па­ці­єн­тів з відсутністю явищ набряку і болю, так і по інтенсивності прояву симптомів.

Результати оцінки вираженості гіперемії у хворих через одну добу після опера­ції дозволили встановити, що в контрольній групі зона гіперемії варію­вала в межах від 3 до 9 мм. При цьому у 39 пацієнтів (72,2 %) визначалася помірна гіперемія шкіри країв рани. У 15 хворих (27,8 %) в цей контрольний термін виявлялося незначне краєве почервоніння в паравульнарній зоні. В цей же час в основній групі помірна гіперемія спостерігалася лише у 10 осіб (19,2 %), а незначна – у 42 (80,8 %). На третю добу в основній групі в 100 % випадків визначалася незначна гіперемія, тоді як в контрольній – в 81,5 % випадків. У решти – 18,5 % - зберігалася помірна гіперемія.

На сьому добу після операції на фоні вживання запропонованого нами методу гіперемії шкіри згасала, що пояснюється, на наш погляд, раннім видаленням шовного матеріалу і відсутністю реакції на чужорідне тіло. В той же час, при традиційному лікуванні гіперемія дещо наростала (середнє значення показника склало 1,83 мм, що на 5,8 % вище, ніж на п'яту добу після операції). Вірогідно нитка, як чужорідне тіло, під час свого перебування в тканинах підтримувала місцеві запальні реакції, у тому числі і гіперемію.

Зменшення цього показника в основній групі є статистично значущим і матиме місце для генеральних сукупностей пацієнтів.

Визначення тривалості періоду ексудації і якісних характеристик вмісту рани дозволило оцінити умови, сформовані для перебігу відновних процесів. В 1 добу після хірургічного втручання в основній групі в 100 % випадків видима частина дренажу була заповнена відокремлюваним (сукровичним – в 38,5 %, геморагічним – в 61,5 % випадків).

В контрольній групі на першу добу відокремлюване з рани вдалося одержати у 20 хворих (37,03 %). Даний факт свідчить про низьку ефективність пасивного дренування рани і пояснює наявність помірного і вираженого післяопераційного набряку у пацієнтів в цій групі спостереження.

На третю добу післяопераційного періоду в основній групі в 100 % випад­ків спостерігався серозний ексудат у видимій частині дренажу при мінімальній виразності післяопераційного набряку у пацієнтів цієї групи. В контрольній групі ексудація залишалась неінтенсивною, що обумовило збереження виразного і помірного набряку м'яких тканин в 70,4 % випадків. У одного пацієнта (1,8 %) з рани виділилося серозне відокремлюване з домішкою гною.

Спостереження, проведені на п'яту добу в основній групі, показали відсутність відокремлюваного в 94,23 % випадків, і лише у 3 (5,77 %) пацієнтів при пальпації тканин в паравульнарній зоні з дренажного отвору було одержано незначну кількість серозного ексудату. В цей же термін в контрольній групі хворих ексудат був відсутній в 94,44 % випадків. У трьох хворих (5,56 %) при пальпації з рани виділилося 2-3 краплі гною. Проте, наявність в рані гнійного ексудату не супроводжувалася вираженими симптомами запалення і була розцінена, як асептична запальна реакція на присутність в раневій щілині чужо­рідного тіла (шовного матеріалу). Ця думка підтверджена ще і тим чинником, що гнійна ексудація спостерігалася на обмежених ділянках рани.

На 7 добу спостереження у одного пацієнта (1,85 %) в контрольній групі при огляді рани одержана незначна кількість серозного відокремлюваного. У всій решті випадків відокремлюване одержати не вдалося.

Як видно з приведених даних, структури вибірок щодо характеру відокремлюваного з рани при лікуванні двома різними методами є настільки виразними, що перевірка статистичної значущості їх відмінностей не потрібна.

Критерієм, що відображує характер перебігу відновних процесів і формування рубця, є темпи епітелізації поверхні раневої щілини. На третю добу в контрольній групі у трьох пацієнтів з'явилися ділянки нещільного стулення (розбіжності) країв рани. Ці ділянки були нетривалими (6 -14 мм). В основній групі незначні розбіжності зберігалися тільки в дренажному місці після видалення катетера.

Через 5 діб після операції, в основній групі, на фоні продовжуваного знижен­ня вираженості місцевих запальних реакцій, через прозору плівку Тегардем візуально виявлялися ознаки епітелізації раневої щілини. В контроль­ній групі в цей термін спостережень поверхня ран була переважно закрита скориночками різної ширини і товщини, що свідчило про незавершеність процесу епітелізації.

На сьому добу після операції у більшої частини хворих в основній групі (92,31 %) при візуальному місцевому обстеженні (після видалення плівки) визначалася епітелизация раневої щілини на всьому її протязі, тобто загоєння характеризувалося первинним натягненням. Лише у 4 (7,69 %) пацієнтів процес епітелізації залишався незавершеним. В контрольній групі у 18 (33,3 %) хворих значні ділянки рани залишалися закритими скориночками і дрібними струпами.

Аналіз одержаних результатів показав, що після операції локальна темпе­ра­тура у всі терміни спостережень перевищувала цей же показник на здоровій симетричній стороні у всіх пацієнтів. Зростання температури в зоні травми від­бу­валося у пацієнтів в обох групах вже у 1-у добу після хірургічного втручання.

В контрольній групі різниця досягла 0,91° порівняно з початковим рівнем, склавши при цьому 34,76 ± 0,01°. В основній групі температура виросла на 2,09°, склавши 35,94 ± 0,01°.

На 3-ю добу в контрольній групі локальна температура в паравульнарній зоні склала 35,19 ± 0,01°, тобто порівняно з нормою підвищилася до макси­мальної відмітки (на 1,34°). В основній же групі значення показника знизилося до 35,40 ± 0,02°.

На 7-у добу цифрові значення в основній групі практично наблизилися до рівнів, що мали місце до хірургічного втручання. В контрольній групі ця тенденція менш виражена (34,85 ± 0,01°), ніж в основній групі (34,51 ± 0,02°).

Вся розрахована вірогідність збігів середніх значень локальної темпера­тури тіла при використанні порівнюваних методів лікування виявилася прак­тич­но невідмітною від нуля. Це свідчить про статистичну значущість відмін­ностей цього показника (в динаміці) для вибраних для порівняння методів лікування.

Результати цитологічного дослідження мазків і мазків-зскрібків з 3 по 7 добу післяопераційного періоду яскраво ілюструють зміну альтеративно-ексудативних реакцій в рані, визначених на 3 добу, і на репаративні процеси на 5 і 7 -у добу у хворих в обох групах порівняння.

Так, в мазках-зскрібках на 3-ю добу у всіх хворих з'являлися лейко­цити і макрофаги, що відображають виразність ексудативної реакції в рані. Проте, в контрольній групі кількість нейтрофілів була збільшеною (46,6 %), порівняно з основною (36,55 %) на 10,1 %, а кількість макрофагів, навпаки, збільшена в основній групі (45,5 %) порівняно з контрольною (25,1 %) на 10,4 %. Серед нейтрофілів в основній групі переважали фагоцитуючі форми (14,9 %) над нефагоцитуючими (10,2 %), а в контрольній групі фагоцитуючі форми (18,6%) наголошувалися рідше, ніж нефагоцитуючі (26,9%).

Загальна кількість макрофагів переважала в основній групі і склала 46,6% в порівнянні з контрольною групою (36,5 %), з них фагоцитуючі макрофаги склали 28,5 %. Також у мазках-зскрібках відзначали наявність лімфоцитів, але в основній групі їх було 12,8 %, в контрольній – 17,9 % (на 5,1 % більше). На наш погляд, важливе значення має поява в цитограмах основної групи лімфоцитів.

До п'ятої доби клітинний склад ставав мізерним. В цей термін цитограми характеризувалися регенеративним типом клітинних реакцій.

На сьому добу післяопераційного періоду при аналізі цитограм основної групи візуалізувалися тільки зрілі епітеліальні клітини, що мають полігональну форму і центральне розташування ядра. В контрольній групі серед епітеліо­цитів різного ступеня диференціювання (84,4 %) визначалися одиничні нейтрофіли (2 %), макрофаги (4,2 %), лімфоцити (2 %) і фібробласти (7,4 %).

Вибіркові дані свідчать про надзвичайно низьку (практично - нульову) вірогідність збігу середніх значень цитологічних показників при використанні двох порівнюваних методів лікування ран в післяопераційному періоді. Таким чином, зміни показників, спостережуваних при використанні активного дренування і клейової пов'язки, є статистично значущими і матимуть місце для генеральних сукупностей пацієнтів.

Таким чином, активне дренування рани, а також відсутність негативного впливу шовного матеріалу дозволяє істотно скоротити терміни місцевих клітин­них запальних реакцій і створити умови для більш раннього запуску репаративних процесів.

Дані реографічного дослідження дозволили судити про динаміку відновлення кровообігу в зоні травми. В 1 добу після операції в контрольній групі приплив крові дещо зменшився, знижувалася швидкість кровотоку за рахунок погіршення венозного відтоку (на що указували характер катакроти, поява дрібних додаткових хвиль, збільшення індексу периферичного опіру (ІПО)), причиною якого було здавлення вен за рахунок ексудації, що збільшилася після травми. В основній групі в цей термін відбувалося посилення припливу крові за рахунок включення в кровоток резервних судин (форма анакроти, дані географічного індексу (РІ)). Ступінь порушення венозного відтоку, в порівнянні з групою контролю, був менш вираженим (індекс еластичності (ІЕ)). В той же час ІПО і показник тонуса судин (ПТС) свідчили про підвищений тонус судин.

На сьому добу післяопераційного періоду реографічна картина у пацієн­тів в контрольній групі поліпшувалася, проте зберігалася її істотна відмінність від даних основної групи. РІ в цей термін склав 0,64±0,08 Ом. Про поліпшення гемодинаміки в зоні хірургічної травми у пацієнтів з активним дренуванням свід­чить зменшення показника тонусу судин (16,3 %), ІЕ (73,2 %), ІПО (90,6 %).

На 30-у добу після операції в основній групі наблизилися до норми показники РІ (0,51±0,09 Ом), судинного тонусу (14,2%) і періферичного опору (82,6%) .Еластичні властивості судин добре виражені (ІЕ склав 77,5%).

Характер змін, виявлених за допомогою реограм, у хворих в контрольній групі демонстрував менш виражену позитивну динаміку. Показники тонусу судин і ІПО на 30-ю добу наглядів, хоча і зменшилися, але не досягли рівня норми. Низьким був і показник еластичності судин – 63,4 % .

Таким чином, результати проведених реографічних досліджень об'єктив­но і переконливо показали, що функціональні порушення були менш вираже­ними у пацієнтів в основній групі. При цьому тенденція до нормалізації кровотоку була зафіксована на реограмах вже після першої доби дії на рану вакуумом. Самими вираженими і тривалими були місцеві реакції порушення кровотоку в контрольній групі, де реографічні показники наближалися до норми тільки на 30 добу.

Одержані відомості повністю корелюють з результатами цитологічного, термометричного та патогістологічного досліджень.

Через 1 місяць після хірургічного втручання на огляд з'явилися 49 представників контрольної групи (90,74 %). В 24,5 % (12) випадків виявлені ознаки гіпертрофії рубця. Вони проявляли себе через формування ділянок розширень, ущільнень і піднесень над поверхнею шкіри. У 3 пацієнтів (6,12%) в цій групі спостерігалося більш виражене розширення рубця (4-5 мм). При цьому він був щільним, гіперемірованим і болючим при пальпації.

При обстеженні пацієнтів в основній групі (на огляд з'явилися 46 осіб) у 6 хворих (13,04 %) рубці при пальпації були щільними, рожевими, безболісними. У 3 (6,52 %) представників визначалися обмежені ділянки розширення рубця (до 3 мм).

Відомості, що стосуються оцінки віддалених результатів лікування (6 місяців після операції), одержані при обстеженні 64 пацієнтів, з них 32 (61,54 %) були представниками основної групи і 32 (59,26 %) – контрольної.

У представників контрольної групи в 21,87 % випадків (7 осіб) визначалися середні за шириною, білясті рубці, які дещо підносяться над поверхнею шкіри, безболісні при пальпації. У одного представника цієї групи рубець був широким, щільним, синюшним, який різко контуруювався на фоні навколишньої здорової шкіри, при пальпації – слабкоболючий. У решти обстежених в цей термін сформувалися тонкі нормотрофічні рубці. В основній групі в цей термін у 3 (9,37 %) осіб виявлено ділянки локального розширення рубця. Решта характеристик відповідала нормотрофії.

Аналіз якісних характеристик післяопераційного рубця через один рік у представників основної групи показав, що число пацієнтів з вузькими рубцями зростало, про що свідчило зниження інтенсивності проявів ознак рубцювання в обох групах. Рубці набували кольору незміненої шкіри, ставали більш рівномірними за густиною. В основній групі на цій термін з 28 (53,54 %) осіб, що з'явилися на огляд, було зареєстровано тонкі рубці у 27 (96,42 %); широкі – не зареєстровані. При цьому зовнішній вигляд (блідо-рожевий колір), а також консистенція рубця (м'яко-еластична), свідчили про завершення процесів його дозрівання. У одного пацієнта відзначено локальне розширення рубця (не більше 3 мм).

Вся розрахована вірогідність збігів середніх значень ширини рубця при використанні традиційного і розробленого нами методів лікування виявилася практично невідмітною від нуля. Це свідчить про статистичну значущість знижен­ня (у всі терміни спостережень) показника ширини рубця при використанні активного дренування.

Таким чином, підводячи підсумок результатам проведеного експеримен­тально-клінічного дослідження, спрямованого на оцінку особливостей перебігу запальних і відновних реакцій в групах порівняння, необхідно відзначити наступне: всі використані методи дослідження (експериментально-морфо­ло­гічні, біохімічні, клінічні і додаткові) показали свою інформативність і високу чутливість до змін, що відбуваються в тканинах навколораневої зони в процесі репарації.

Використання активного дренування і клейової плівкової пов'язки в післяопераційному періоді дозволяє оптимізувати перебіг раневого процесу, знизити вираженість і тривалість місцевих запальних реакцій, що є важливою умовою для раннього запуску репаративних процесів і формування естетичних рубців.

**ВИСНОВКИ**

В дисертації представлено теоретичне узагальнення і нове рішення актуаль­ного наукового завдання, що полягає у підвищенні ефективності хірургічного лікування хворих на підставі клінічного обгрунтування і упровад­ження в медичну практику методики активного дренування післяопераційної рани в поєднанні з використанням клейової плівкової пов'язки.

1. Загоєння лінійної різаної рани в експерименті після пошарового накла­дення швів протікає на фоні виражених циркуляторних розладів і запально-дистрофічних змін тканинних структур, що приводить до організації раневої щілини з подальшим формуванням щільного, малорухливого, косметично неповноцінного післяопераційного рубця.

2. Поєднане застосування активного дренування і клейової плівкової пов'язки Tegaderm (Steri Drape) в умовах експерименту веде до менш вира­же­ного прояву місцевих запальних реакцій (стаз судин, периваскулярний набряк), швидкої нейтралізації раневого ексудату (показник рН на 3 добу рівний 7,2), ранньої контракції країв рани. Також спостерігається швидке відновлення кровотоку (в основній групі вже з першої доби, в контрольній групі – до 7-ої доби), розвиток, а потім і дозрівання грануляційної тканини з формуванням естетичного рубця.

3. В клініці загоєння ран у хворих із застосуванням активного дренування і клейової плівкової пов'язки проходить на фоні менш виражених проявів набряку, локальної гіперемії і больового компоненту. В той же час раневий процес супроводжується більш вираженою ексудацією в першу добу, про що свідчить зростання кількості раневого відокремлюваного. Загоєння первинним натягненням з епітелізацією рани на всьому протязі рани на 7-у добу відзначено у всіх хворих (основна група 100 %, контрольна – 87,04 %).

4. За результатами термометричного і реографічного досліджень отримані достовірні міжгрупові відмінності середніх значень показників, що вивчалися. Так, у представників основної групи виражений стрибок локальної температури в першу добу спостережень на 1,2°С вище, порівняно з контрольною групою, свідчить про активізацію обмінних процесів у тканинах. Тенденція до нормалізації спектру реографічних показників в основній групі спостерігається вже після першої доби лікування, на що вказують РІ (0,65 Ом), ПТС (20,4 %), ІПО (96,7 %) та ІЕ (66,4 %). Цитологічна картина підтверджує істотне скорочення термінів місцевих клітинних запальних реакцій і більш ранній розвиток репаративних процесів.

5. Віддалені результати лікування показали більш високі функціональні і естетичні характеристики післяопераційних рубців, що сформувалися після використання запропонованого методу закриття рани. Тонкі рубці через 1 рік після операції зареєстровані у 96,66 % представників основної групи (в контролі – у 87,51 %, р<0,05).

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Поєднане застосування активного дренування і клейової раневої пов'язки Тегадерм рекомендується для лікування післяопераційних ран м'яких тканин обличчя і шиї, що сприяє незначній вираженості набряку, больового компоненту, швидкій епітелізації і формуванню тонкого естетичного рубця. Пов'язка здатна ізолювати паравульнарну зону від зовнішнього середовища, тривалий час фіксувати краї рани в заданій позиції. Прозорість плівки дозволяє спостерігати за ходом загоєння, уникаючи зміни пов'язок.

2. Для оцінки ефективності загоєння післяопераційної рани, окрім аналізу клінічних симптомів, доцільно використовувати цитологічний, термометричний і реографічний методи дослідження.

3. Лікування післяопераційних ран м'яких тканин із застосуванням актив­ного дренування в поєднанні з клейовою пов'язкою слід виконувати за наступною методикою: після видалення новоутворення на дно рани укладають трубчастий дренаж, зшивають тільки шкіру (внутрішньошкірним безперервним швом), до дренажу приєднують джерело негативного тиску (гумова груша №1), на рану накладають плівку Tegaderm. Внутрішньошкірний шов знімають на 2-у добу, дренаж – на 3-ю, плівку видаляють на сьому добу.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:**

1. Безруков С. Г. Клиническая оценка эффективности применения «вакуумного шва» у хирургических больных челюстно-лицевого профиля / С.Г. Безруков, Р.Ю. Заитова // Дентальные технологии. – 2007. - № 2 (33). – С. 55-57. *Автором самостійно проведено клінічне обстеження і забір матеріалу для лабораторних досліджень, статистична обробка і аналіз одержаних результатів, участь в написанні статті.*

2. Заитова Р. Ю. Оценка эффективности применения вакуумного шва в эксперименте на ранних сроках заживления чистых ран / Р.Ю. Заитова // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: Тр. Крым. мед. ун-та. – Симферополь. – 2007. – Т. 143, ч. V. – С. 300-304.

3. Безруков С. Г. Оценка влияния активного дренирования после­опе­ра­цион­ных ран мягких тканей челюстно-лицевой области на показатели локальной термометрии и реографии / С.Г. Безруков, Р.Ю. Заитова // Вісник стоматології. – 2009. - № 1 (66). – С. 64-69. *Автором самостійно проведено клінічне обстеження і забір матеріалу для лабораторних досліджень, статистична обробка і аналіз одержаних результатів, участь в написанні статті.*

4. Безруков С. Г. Клинико-цитологическая оценка эффективности лечения послеоперационных ран мягких тканей челюстно-лицевой области с приме­нением активного дренирования и клеевой повязки / С.Г. Безруков, Р.Ю. Заитова // Вісник стоматології. – 2009. - № 2 (67). – С. 52-57. *Автором само­стій­но проведено клінічне обстеження і забір матеріалу для лабораторних досліджень, статистична обробка і аналіз одержаних результатів, участь в написанні статті.*

5. Деклараційний патент на корисну модель № 11062, Україна, МПК 7 А61В17/02. Спосiб лiкування ран м'яких тканин щелепно-лицевої дiлянки /Безруков С.Г., Заітова Р.Ю., Колбасін П.М. - № u 2005 04535. Заявл. 16.05.2005; Опубл. 15.12.2005. – Бюл. №12. – 4 с. *Здобувач обгрунтував методики дослідження, проаналізував одержані результати.*

6. Заитова Р. Ю. Клиническая оценка эффективности применения активного дренирования в сочетании с клеевой повязкой у хирургических больных челюстно-лицевого профиля / Р.Ю. Заитова // Інноваційні технології – в стоматологічну практику: Матеріали Ш (Х) з´їзду Асоціації стома­то­логів України (Полтава, 16-18 жовт. 2008 р.). – Полтава: «Дивосвіт, 2008. – С. 294.

7. Заитова Р. Ю. Оценка эффективности использования активного дрени­ро­вания и клеевой повязки в эксперименте на ранних сроках заживления чистых ран / Р.Ю. Заитова // I з’їзд черепно-щелепно-лицевих хірургів України: Матеріали першого Українського міжнародного з´їзду (Київ, 15-16 трав. 2009 р.). – Київ, 2009. – С. 142-144.

**АНОТАЦІЯ**

**Заітова Р.Ю. Оцінка ефективності лікування післяопераційних ран м’яких тканин щелепно-лицьової ділянки із застосуванням активного дренування та клейової пов’язки. –** Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Державна установа «Інститут стоматології АМН України», Одеса, 2009.

Дисертація присвячена вивченню ефективності лікуванняпісляопера­ційних ран м’яких тканин щелепно-лицьової ділянки з застосуванням активного дренування і клейової пов’язки Тегадерм в післяопераційному періоді.

Встановлено, що поєднане застосування активного дренування і клейової плівкової пов'язки в умовах експерименту веде до менш вираженого прояву місцевих запальних реакцій (стаз судин, периваскулярний набряк, ранньої контракції країв рани).

В клініці загоєння ран у хворих із застосуванням активного дренування і клейової плівкової пов'язки проходить на фоні менш виражених проявів набряку, локальної гіперемії і больового компоненту. В той же час раневий процес супроводжується більш вираженою ексудацією в першу добу, про що свідчить зростання кількості раневого відокремлюваного. Загоєння первинним натягненням з епітелізацією рани на всьому протязі на 7-у добу відзначено у всіх хворих (основна група 100%, контрольна - 87,04%).

Віддалені результати лікування свідчать про більш високі функціональні і естетичні характеристики післяопераційних рубців, що сформувалися після використання запропонованого методу закриття рани. Так, тонкі рубці через 1 рік після операції зареєстровані у 96,66% представників основної групи (в контролі - у 87,51%, р<0,05).

За результатами термометричного, реографічного та цитологічного мето­дів досліджень підтверджена ефективність запропонованого методу лікування.

***Ключові слова*:** післяопераційна рана, м’які тканини щелепно-лицьової ділянки,активне дренування, клейова плівкова пов'язка.

**АННОТАЦИЯ**

**Заитова Р.Ю. Оценка эффективности лечения послеоперационных ран мягких тканей челюстно-лицевой области с применением активного дренирования и клеевой повязки. –** Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 - стоматология. – Государственное учреждение «Институт стоматологии АМН Украины», Одесса, 2009.

Диссертация посвящена изучению эффективности лечения после­опе­Ра­ционных ран мягких тканей челюстно-лицевой области с применением активного дренирования и клеевой повязки Тегадерм в послеоперационном периоде.

Установлено, что использование активного дренирования и клеевой пленочной повязки Tegaderm (Steri Drape) в условиях эксперимента ведет к раннему и более плотному сопоставлению краев раны, менее выраженной местной воспалительной реакции, быстрому восстановлению кровотока, раннему уменьшению отека и как результат – быстрому развитию, а затем и созреванию грануляционной ткани с формированием зрелого рубца, имеющего сопоставимую с кожей анатомо-гистологическую структуру.

Вследствие воздействия низко дозированного отрицательного давления тканевая жидкость начинает активно циркулировать, омывая раневую щель. Поскольку тканевая жидкость обычно имеет слабощелочную реакцию, то её принудительное истечение в просвет раны также способствовало нейтрали­зации кислой реакции экссудата. При этом в ране создаётся нейтральная или слабощелочная среда (показатель рН на 3 сутки равен 7,2), что оптимизировало условия для течения восстановительных процессов и сокращало сроки стихания местных воспалительных реакций.

В клинике заживление ран у больных с применением активного дренирования и клеевой пленочной повязки происходит на фоне менее выраженных симптомов послеоперационного отека и боли. Принудительное истечение тканевой жидкости из просвета раны клинически проявляется уменьшением отека тканей.

Существенное увеличение экссудации в паравульнарной области в основной группе, которое происходит на первые сутки использования активного дренирования, убедительно свидетельствует об интенсификации очистительных процессов, за счет удаления продуктов воспаления из тканей.

Заживление первичным натяжением и эпителизация раны на всем протя­же­нии на 7-ые сутки отмечено у всех больных (основная группа 100 %, контрольная – 87,04 %). Восстановление кровотока в основной группе наблю­дает­ся к седьмым суткам, о чем свидетельствует уменьшение показателя тонуса сосудов (16,3%), ИПС (90,6%) и повышение ИЭ (73,2%), реографическая картина у пациентов в контрольной группе к этому сроку улучшилась, однако сохранилось её отличие от данных основной группы.

Отдаленные результаты лечения свидетельствуют о более высоких функциональных и эстетичных характеристиках послеоперационных рубцов, которые сформировались после использования предложенного метода закрытия раны. Так, тонкие рубцы через 1 год после операции зарегистрированы у 96,66 % представителей основной группы (в контроле - у 87,51 %, при р<0,05).

Данные, полученные в ходе термометрического, реографического и цитологического исследований, подтвердили эффективность предложенного метода лечения.

***Ключевые слова*:** активное дренирование, клеевая пленочная повязка Tegaderm (Steri Drape), послеоперационная рана, мягкие ткани челюстно-лицевой области.

**ANNOTATION**

**Zaitova R.Y. The evaluation of effectiveness of treatment of postoperational wounds of soft tissues of maxillofacial area with the help of active drainage and glue dressing. –** A manuscript.

Dissertation for the kandidate of medical sciences in speciality 14.01.22 - dentistry. − Public Institution “Institute of Dentistry of the Аcademy of Мedical Sciences of Ukraine”, Odessa, 2009.

The dissertation deals with the search of effectiveness of treatment of postoperational wounds of soft tissues of maxillofacial area with the help of active drainage and glue dressing in postoperational period.

It is set that the usage of active drainage and glue film dressing Tegaderm (Steri drape) in experimental conditions result in less evident manifestation of local inflammatory reactions (stasis of vessels, perivascular edema) and early contraction of the edges of wound.

In clinic the patient with the healing of wounds with usage of active drainage and glue film dressing passes with less evident manifestation of edema, local hyperemia and pain component.

It is registered that during 7 days all the patients have immediate agglutination and epithelization of wound (main group 100%, control group – 87,04%).

Remote results of treatment indicate about superior functional and aesthetic characteristics of postoperational scars, having been shaped after the usage of introduced method of wound closing. In this way, every other year after operation the delicate scars were registered in 96, 66% of representatives of main group (in control – in 87, 51%, when p<0, 05).

Facts, that were received in the cource of thermometrical, reographical and cytological research, conferm the effectiveness of the given method of treatment.

***Key words***: postoperative wound, soft tissues of maxillofacial area, active drainage, glue film dressing.

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>