

наиболее прогностическим симптомом в отношении развития альвеолита явилось расплавление кровяного

сгустка с выделением из лунки, зафиксированное уже на 3-й день после операции.

Таблица

Результаты объективного обследования состояния послеоперационной раны пациентов после удаления 3-го нижнего моляра

Время осмотра после операции удаления зуба (кол-во лиц)	Клинические симптомы воспаления лунки (кол-во людей с симптомами воспаления)						Альвеолит (в % к общему числу лиц)
	Жалобы		Объективно				
	Боль в области удаленного зуба	Тризм	Кровотечение из лунки	Гиперемия	Отек	Выделения из лунки	
3-й день (n=30)	25	12	11	28	25	6	
7-й день (n=15)	6	4	-	4	4	4	
10-й день (n=15)	4	4	-	4	4	4	13,3

Выводы. При неординарных ситуациях, сопровождающих удаление зуба и послеоперационный период (атипичное удаление, инфекционные заболевания полости рта, сниженная реактивность организма, хроническая соматическая патология, неудовлетворительная гигиена полости рта и др.), необходимо проводить прогностические исследования, заключающиеся в оценке клинических показателей состояния лунки зуба и жалоб больных.

Список литературы

1. Валентиенко А. В. Анализ осложнений воспалительного характера, возникающих при удалении зубов / А. В. Валентиенко, О. Е. Реутский // Медицинский вестник МВД. - 2013. - №1. - С. 79-80.
2. Профилактика и лечение альвеолита / Н.Т. Родионов, Е.П. Андреева, С.В. Доброродова, Т.П. Столетняя // Вестник Смоленской госуд.мед.академии. - 2010. - №2. - С. 110-111.
3. Refo'a Y, Ouatik N, Golchin F, Mahboobi N. Comparing primary and secondary wound healing discomfort after mandibular third molar surgery: a randomized, double-blind clinical trial // Gen Dent. 2011 Jul-Aug; 59 (4):310-3.
4. Коротких Н. Г. Оценка прогностической значимости характеристик стоматологических заболеваний хирургического профиля / Н. Г. Коротких, О. Ю. Шалаев, С. В. Болгов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2009. Т. 8, №2. - С. 469-473.
5. Робустова Т. Г. Динамика частоты и тяжести одонтогенных воспалительных заболеваний за 50 лет (1955-2004) / Т. Г. Робустова // Стоматология. - 2007. - №3. - С. 63-64

REFERENCES

1. Valentienko A. V., Reutckiy O. E. The analysis of the inflammatory complications, appearing at teeth removal. Meditsivskiy vestnik MVD. 2013; 1:79-80.
2. Rodionov N. T., Andreeva E. P., Dobrorodova S. V., Stoletnyaya T. P. Prevention and treatment of alveolitis. Vestnik Smolenskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii. 2010;2:110-111.
3. Refo'a Y, Ouatik N, Golchin F, Mahboobi N. Comparing primary and secondary wound healing discomfort after mandibular third molar surgery: a randomized, double-blind clinical trial. Gen Dent. 2011 Jul-Aug; 59 (4):310-3.
4. Korotkikh N. G., Shalaev O. Yu, Bolgov S. V. The estimation of prognostic importance of the characteristics of dental diseases of surgical pattern. Sistemnyy analiz i upravlenie v biomeditsinskikh sistemakh. 2009; 2 (8):469-473.
5. Robustova T. G. Dynamics of the frequency and graveness of odontogenic inflammatory diseases during 50 years (1955-2004). Stomatologiya. 2007;3:63-64.

Поступила 14.01.13

УДК: 617.52-001.4-089.819.6+616-073.65+616-072.7

С. Г. Безруков, д. мед. н., Е.В. Хоменко

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского»

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИКОЖНОГО АРМИРОВАННОГО ШВА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Статья содержит анализ данных, полученных в ходе клинического обследования 101 больного, прооперированного по поводу доброкачественных новообразований в челюстно-лицевой области, с применением внутрикожного непрерывного армированного шва (по предложенной нами методике). Установлено, что в условиях наложения внутрикожного непрерывного армированного шва клинические проявления местных воспалительных реакций менее выражены, а функциональные и эстетические качества рубца в отдаленные сроки существенно выше, чем при стандартном способе соединения краев послеоперационной раны.

Ключевые слова: хирургическая рана, челюстно-лицевая область, внутрикожный армированный шов, местные воспалительные реакции, клинические симптомы, послеоперационный рубец.

С. Г. Безруков, К.В. Хоменко

ДУ «Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгіївського»

РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОРИСТАННЯ ВНУТРІШНЬОШКІРНОГО АРМОВАНОГО ШВА ДЛЯ З'ЄДНАННЯ КРАЇВ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ В ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ОБЛАСТІ

Стаття містить аналіз даних, отриманих в ході клінічного обстеження 101 хворого, яким були проведені хірургічні втручання з приводу доброякісних новоутворень в щелепно-лицьовій області із застосуванням внутрішньошкірного армованого шва за запропонованою нами методикою. Визначено, що в умовах накладення внутрішньошкірного армованого шва клінічні прояви місцевих запальних реакцій мени виражені, а функціональні та естетичні властивості рубців значно вище, ніж при стандартному способі з'єднання країв післяопераційної рани.

Ключові слова: хірургічна рана, щелепно-лицьова область, внутрішньошкірний армований шов, місцеві запальні реакції, клінічні симптоми, післяопераційний рубець.

S. G. Bezrukov, K. V. Homenko

SE «Crimean state medical university named
after S. I. Georgievsky»

THE RESULTS OF USING THE INTRADERMAL REINFORCED SUTURE AS A METHOD OF THE POSTOPERATIVE WOUND CLOSING IN MAXILLOFACIAL AREA

This article contains the analysis of the data received during clinical inspection of 101 patients, operated concerning good-quality neoplasms in maxillofacial area, at applying of the intradermal reinforced suture by the our technique. It is shown that in the conditions of applying of the intradermal reinforced suture clinical implications of local inflammatory reactions are less expressed, functional and esthetic qualities of the postoperative cicatrix are better, than at a standard way of postoperative wound closing.

Key words: a surgical wound, maxillofacial area, the intradermal reinforced suture, local inflammatory reactions, clinical research, postoperative cicatrix.

Одним из критериев успешности оперативного вмешательства, проводимого на мягких тканях лица и шеи, является образование тонкого, эластичного, функционально и эстетически полноценного рубца, поэтому проблема оптимизации заживления послеоперационных ран в челюстно-лицевой хирургии остается актуальной [4]. Заживление раны – сложный процесс, находящийся под влиянием различных внешних и внутренних факторов. Особое значение имеют бережное обращение с тканями, малотравматичная операционная техника и способ соединения краев раны.

В настоящее время в клинике применяются различные методики ушивания операционных ран, а также бесшовные методы их закрытия. Обязательными условиями эффективного течения репаративных процессов принято считать отсутствие последствий чрезмерной травматизации краев раны, а также их точное и плотное сопоставление при минимальном натяжении и оптимальной компрессии. Помимо этого «идеальный способ» соединения краев раны должен обеспечивать исходный косметический эффект, а также самостоятельную резорбцию или возможность малотравматичного удаления шовного материала [1]. Хирургического шва, который удовлетворял бы всем перечисленным требованиям, на сегодняшний день не существует. Поэтому разработка новых способов соединения краев операционной раны остается актуальным направлением в челюстно-лицевой хирургии [2-4].

Цель настоящей работы. Сравнительная оценка показателей заживления операционной раны в условиях наложения внутрикожного армированного шва и при стандартной методике закрытия по результатам клинических наблюдений в раннем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

Материал и методы. Клинические исследования проведены на базе отделения челюстно-лицевой хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (г. Симферополь). Обследованы 101 пациент в возрасте от 20 до 50 лет обоего пола, у которых были осуществлены хирургические вмеша-

тельства с целью удаления доброкачественных новообразований в челюстно-лицевой области. Все операции проведены в плановом порядке при отсутствии признаков воспаления кожи и подкожной клетчатки в зоне планируемого лечения. В состав клинических групп не включали больных сахарным диабетом, а также с декомпенсированными формами и обострениями сопутствующих заболеваний.

Пациенты были распределены на две группы наблюдений в зависимости от способа ушивания кожи и подкожной клетчатки. В контрольной группе (48 больных) на подкожную клетчатку накладывались адаптирующие одиночные обратные узловы швы нитью Викрил 3/0 или 4/0, кожу ушивали внутрикожным непрерывным швом нитью Пролон 4/0 или 5/0 по общепринятой методике [2]. В основной группе (53 человека) на подкожную клетчатку швов не накладывали, а кожу на уровне сетчатого слоя дермы ушивали внутрикожным непрерывным швом нитью Викрил 4/0, армированным нитью Пролон 3/0 по предложенной нами методике [5].

Всего выполнена 101 операция под комбинированным обезболиванием. Для местной анестезии подкожную клетчатку и глубокие слои кожи инфильтрировали 1 % раствором лидокаина с добавлением адреналина 1:100000. Кожу рассекали типичными разрезами в проекции новообразования. Остро проходили через слои подкожной клетчатки и поверхностной фасции, тупым и острым путем выделяли и удаляли новообразование. После проведения гемостаза рану послойно ушивали нитью Викрил 3/0 или 4/0. На всем протяжении сшивали подкожную фасцию и мышцу. После завершения операции пациентам в обеих группах наблюдений рану закрывали асептической давящей повязкой. В послеоперационном периоде назначали лекарственную терапию: цифран СТ по 500 мг 2 раза в день, нимесил по 100 мг 2 раз в день, лоратадин по 1 табл. 1 раз в день, поливитамины.

В дальнейшем, для оценки влияния разных способов ушивания операционной раны на процессы регенерации травмированных тканей, в раннем послеоперационном периоде проводили клинические наблюдения за ходом заживления раны и выраженностью местных воспалительных реакций. В отдаленные сроки для оценки функциональных и эстетических качеств формирующегося рубца использовали универсальную оценочную шкалу [6].

Клинические наблюдения в раннем послеоперационном периоде включали определение болезненности тканей при пальпации в зоне операционной травмы, выраженности травматического отека и гиперемии кожи, наличие выделений из раны и их характер, а также оценку состояния швов и характера заживления раны.

Оценку качества формирующегося рубца согласно универсальной бальной шкале проводили через 1, 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно результатам клинических обследований, через одни сутки после операции местные клинические признаки воспаления были более интенсивными у больных в контрольной группе. Выраженные болевые ощущения в зоне проведенного вмешательства отме-

тили 4 пациента (8,33 %), по 12 человек (25,00 %) охарактеризовали их как умеренные и слабые, у остальных 20 (41,66 %) боль отсутствовала. В 18 случаях (37,5 %) наблюдалась незначительная гиперемия тканей в паравульнарной зоне, у 11 пациентов (22,92 %) – умеренная и выраженная. Послеоперационный отек присутствовал у 83,33 % представителей контрольной группы: у 7 пациентов (14,58 %) он был выраженным, у 15 (31,25 %) – умеренным, у 18 (37,5 %) –

незначительным. Наличие сукровичного отделяемого из раны наблюдали в 31,25 % случаев (15 человек): у 6 пациентов (12,5 %) его количество было умеренным, у 9 (18,75 %) – скудным. На третьи сутки после операции отмечалось некоторое стихание воспалительных явлений (рис.): в 43,75 % случаев (28 человек) и 45,83 % (29 человек) сохранялась самопроизвольная боль и гиперемия кожи, соответственно. Отек мягких тканей в паравульнарной зоне присутствовал в 64,58 % случаев.



Рис. 1. Частота регистрации основных симптомов воспаления на 3-и сутки после операции в группах наблюдения.

Примечание: * - различия с аналогичным показателем в контрольной группе достоверны (при $p < 0,05$).

Таблица 1

Данные о комплексной клинической характеристике состояния рубцов согласно универсальной оценочной шкале в различные сроки наблюдений в контрольной группе

Признаки, характеризующие рубец	Средние баллы по группе наблюдения (M±m)		
	Через 1 месяц (45 чел.)	Через 6 месяцев (45 чел.)	Через 1 год (38 чел.)
Ширина	1,91±0,09	1,53±0,09	1,39±0,09
Возвышение	1,4±0,09	1,49±0,1	1,24±0,07
Равномерность плотности	1,91±0,09	1,87±0,09	1,45±0,1
Консистенция	1,4±0,09	1,18±0,07	1,11±0,05
Васкуляризация	1,86±0,10	1,62±0,09	1,5±0,1
Зуд, болезненность	1,96±0,05	1,4±0,08	1,29±0,07
Прогрессирующий рост	1,18±0,07	1,4±0,09	1,34±0,09
Чувствительность	2,22±0,12	1,49±0,08	1,34±0,08
Итоговый показатель	13,76±0,57	11,98±0,5	10,66±0,46

Таблица 2

Данные о комплексной клинической характеристике состояния рубцов согласно универсальной оценочной шкале в различные сроки наблюдений в основной группе

Признаки, характеризующие рубец	Средние баллы по группе наблюдения (M±m)		
	Через 1 месяц (45 чел.)	Через 6 месяцев (45 чел.)	Через 1 год (38 чел.)
Ширина	1,6±0,09*	1,29±0,08*	1,08±0,04*
Возвышение	1,2±0,06**	1,36±0,07	1,05±0,04*
Равномерность плотности	1,67±0,07*	1,36±0,09*	1,13±0,06*
Консистенция	1,18±0,07**	1,04±0,03**	1,00±0,00*
Васкуляризация	1,71±0,09	1,4±0,09**	1,26±0,09**
Зуд, болезненность	1,82±0,06**	1,31±0,07	1,08±0,04*
Прогрессирующий рост	1,11±0,05	1,2±0,06**	1,05±0,04*
Чувствительность	1,82±0,10*	1,27±0,07*	1,13±0,06*
Итоговый показатель	12,11±0,42*	10,22±0,35*	8,79±0,22***

Примечания: * - различия с аналогичным показателем в контрольной группе достоверны при $P < 0,05$;

** - различия с аналогичным показателем в контрольной группе достоверны при $P < 0,01$;

*** - различия с аналогичным показателем в контрольной группе достоверны при $P < 0,001$;

На седьмые сутки после вмешательства 4 больных (8,33 %) все еще отмечали слабую болезненность в паравульнарной зоне, у 1 человека (2,08 %) сохранялась незначительная гиперемия краев раны. Экссудация на седьмые и десятые сутки после вмешательства отсутствовала в 100 % наблюдений.

У пациентов в основной группе также было зарегистрировано наличие послеоперационных местных воспалительных реакций, однако они были менее выраженными, в сравнении с аналогичными данными в контроле (рис. 1). Боль и гиперемия кожи в участке хирургической травмы на 3-и сутки после проведения вмешательства имела место у 12 человек (22,64 %), при $p < 0,05$, при этом боль характеризовалась как слабая, а гиперемия – незначительная. У 28 больных (52,83 %) сохранялся отек тканей паравульнарной зоны. В 9,43 % случаев (5 человек) определялось скудное отделяемое из раны, при $p < 0,05$. К седьмым суткам местные признаки воспаления полностью отсутствовали в 94,34 % случаев, у 5 пациентов (5,66 %) отмечен незначительный отек мягких тканей в участке проведенного вмешательства. Воспалительные явления полностью стихали к десятым суткам после вмешательства в 100 % наблюдений.

На 30-е сутки после операции у 25 представительниц контрольной группы (60,9 %) выявлены признаки гипертрофии рубца (в основной – 25,0 %, при $p < 0,01$), а также отмечалась болезненность при пальпации и локальное нарушение чувствительности кожи. Сопоставление полученных средних баллов по каждому признаку в группах сравнения согласно адаптированной универсальной оценочной шкале позволило выявить ряд достоверных различий (табл. 1 и 2). Так, средние показатели качества формирующегося рубца составили $13,76 \pm 0,57$ балла в контрольной и $12,11 \pm 0,42$ балла в основной группе (при $P < 0,05$). Кроме того, в основной группе рубцы имели достоверно ($P < 0,05$) меньшую ширину, более равномерную плотность, нарушения чувствительности кожи в этой зоне встречались реже и были менее выраженными.

Через 6 месяцев средние суммарные оценки качества рубцов оказались ниже, в сравнении с предыдущим сроком наблюдений, как в основной, так и в контрольной группах и составили, соответственно, $10,22 \pm 0,35$ и $11,98 \pm 0,50$ балла. При этом сохранялась достоверность ранее выявленных различий, как в суммарных оценках, так и в величинах отдельных показателей, в том числе ширины рубца, равномерности его плотности и чувствительности кожи в участке ране проведенного хирургического вмешательства.

Спустя 1 год после операции большинство обследованных рубцов соответствовали картине полностью сформированных. При этом практически все балльные оценки, характеризующие выраженность отдельных признаков, достоверно отличались в пользу основной группы, при $P < 0,05$. Средние суммарные оценки составили $10,66 \pm 0,46$ баллов в контроле и $8,79 \pm 0,22$ – в основной группе, при этом они отличались с высокой степенью достоверности (при $p < 0,001$).

Выводы. 1. Применение внутрикожного непрерывного армированного шва позволяет существенно снизить выраженность и повысить скорость стихания

послеоперационных местных воспалительных явлений в паравульнарной зоне (в сравнении с общепринятым методом).

2. Отдаленные результаты исследования (6 и 12 месяцев) с применением универсальной клинической оценочной шкалы свидетельствуют о более высоких функциональных и эстетических характеристиках послеоперационных рубцов, формирующихся после ушивания раны внутрикожным армированным швом.

Список литературы

1. Золтан Я. Оптимальный рубец. Операционная техника и условия оптимального заживления ран. – Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии. - 1983. – 175 с.
2. Минченко А. Н. Раны: лечение и профилактика осложнений. – СПб.: / Минченко А. Н. - Спец. Лит. – 2003. – 207 с.
3. Семенов Г. М. Топографическая анатомия и оперативная хирургия для стоматологов. / Г. М. Семенов, В. А. Лебедев – СПб.: Питер. – 2008. – 304 с.
4. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. / Тимофеев А. А. – Киев: ООО «Червона Рута-Турс». – 2002. – 1024 с.
5. Патент на корисну модель №24267, Украина, МПК А61В 17/04. Спосіб накладення армованого внутрішньшкірного шва/ Безруков С. Г. Хоменко К. В., Колбасин П. М. - № 286/31/09; заявл. 05.02.2007, опубл. 25.06.2007, Бюл. №9. – С. 103.
6. Саенко В. Л. Інтраопераційна профілактика ускладнень хірургічного лікування стоматологічних хворих: автореф. дис. канд. мед. наук : 14.01.22 спеціальність «Стоматологія» / В. Л. Саенко. – Київ, 2008. – 20 с.

Поступила 28.12.12.

УДК 616.314-089.87-005.1-08-092

**В. А. Маланчук, д. мед. н., А. В. Чумаченко,
Н. Ю. Платонова**

Национальный медицинский университет
им. А. А. Богомольца

РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА В ВОЗНИКНОВЕНИИ И РАЗВИТИИ «СУХОЙ» ЛУНКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

На основании исследования некоторых показателей вегетативной нервной системы и географических показателей у 105 пациентов, которым показано удаление зуба выявлено, что риск возникновения «сухой» лунки выше у симпатотоников.

Ключевые слова: «сухая» лунка, удаление зуба, альвеолит, вегетативная нервная система.

В. А. Маланчук, А. В. Чумаченко, Н. Ю. Платонова

Национальный медицинский университет им. О. О. Богомольца

РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ВИНИКНЕННІ ТА РОЗВИТКУ «СУХОЇ» ЛУНКИ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА

На підставі дослідження деяких показників вегетативної нервової системи та географічних показників у 105 пацієнтів, яким показано видалення зуба виявлено, що ризик виникнення «сухої» лунки вищий у симпатотоніків.