

УДК 616.314 – 089.5 – 031.85 + 616 – 089.844 + 616.716

©Г. П. Ничипорчук

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Обґрунтування застосування місцевого знеболювання при проведенні ін'єкційної контурної пластики обличчя з використанням філерів на основі гіалуронової кислоти

Ін'єкційна контурна пластика обличчя відноситься до малоінвазивних методів лікування та корекції вікових змін шкіри та передбачає введення препаратів у вигляді одно- та двофазних гелів на основі гіалуронової кислоти з використанням різних технік введення препарату (лінійна, векторна, перехресна, пікотаж, «сендвіч»-техніка тощо). Виконання ін'єкцій на сьогодні проводиться спеціалістами як з використанням, так і без використання анестезії. За даними сучасних закордонних джерел, у 47,2 % використовується анестезія, у 52,8 % – не використовується.

Метою даного дослідження було довести доцільність використання місцевого знеболювання при проведенні ін'єкційної контурної пластики обличчя.

Методика проведення ін'єкційної контурної пластики обличчя характеризується багаторазовими ін'єкційними проколами шкіри за допомогою шприців з препаратом та голок діаметром (G 27, G 30) з подальшим внутрішньошкірним або/і підшкірним введенням препарату, що супроводжується виникненням больових відчуттів у місці введення. Визначення інтенсивності болю визначали згідно з Англійською шкалою болю (від 0 балів – болю немає, до 10 балів – нестерпний біль).

Ступінь інтенсивності больових відчуттів залежить від багатьох факторів – статі, віку, психоемоційного стану пацієнта, ділянки, де проводять ін'єкції, глибини введення ін'єкційної голки, стану шкіри пацієнта, техніки введення препарату. Важливим серед цих факторів є місце в щелепно-лицевій ділянці, де проводиться введення препарату.

Ми обстежили 30 пацієнтів – 26 жінок і 4 чоловіків у віці від 25 до 50 років, яким було проведено ін'єкції з використанням лінійки препаратів TEOSIAL фірми TEOXAN (Швей-

царія). Пацієнтів поділили на дві групи: 1 основна – 18 чоловік, яким було проведено ін'єкції з попереднім використанням анестетиків, 2 група – 12 чоловік, яким було проведено ін'єкції без використання анестезії. В усіх пацієнтів першої групи використано аплікаційну анестезію з використанням для знеболювання крему EMLA©.

Серед обстежених пацієнтів встановлено, що найбільш болісною ділянкою при проведенні ін'єкцій в усіх пацієнтів були губи. Іншими найбільш болісними ділянками, після губ, були ділянки чола – 45 %, підочні ділянки – 38 %, носо-губні складки – 17 %. Ступінь больових відчуттів у пацієнтів 1 групи склав, згідно з шкалою, 2,3–2,6 бала, у пацієнтів 2 групи – 2,7–2,8 бала. Больові відчуття при проведенні процедури контурної пластики на губах у 15 пацієнтів 1 групи з використанням аплікаційного знеболювання склали 2,7–2,8 бала, у пацієнтів 2 групи – 2,9–3 бала. Трьом пацієнтам 1 групи для знеболювання губ проведено інфільтраційну анестезію розчином убістезину DS у кількості 0,5–0,7 мл. Використання інфільтраційної анестезії забезпечило повний анестезуючий ефект та відсутність больових відчуттів у пацієнтів під час проведення ін'єкцій контурної пластики губ та їх післяін'єкційного моделювання шляхом пальпації губ (0 балів). Також було встановлено залежність анестезуючого ефекту аплікаційної анестезії з використанням EMLA© cream від часу експозиції крему на шкірі. Так, у 5 пацієнтів 1 групи, у яких експозиція крему на шкірі була 30 хв, спостерігалися нижчі показники болю, що склали відповідно 2,3–2,4 бала.

На підставі отриманих даних можна зробити висновок, що використання аплікаційного знеболювання при проведенні ін'єкцій для

контурної пластики обличчя є доцільним та забезпечує більш комфортне та безболісне проведення процедури. Рекомендований час аплікації препарату має складати не менше

20–30 хв. Для усунення больових відчуттів при проведенні ін'єкцій на губах доцільно використовувати не аплікаційну, а інфільтраційну анестезію.

УДК 616.314-089 + 616.5-006 + 617.52

©В. П. Пюрик, Г. Б. Проць, Л. Г. Омельчук, Я. В. Пюрик

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Застосування тканинних еспандерів у хірургічному лікуванні хворих на невуси обличчя

Пігментний невус — утворення, що містить у своєму складі гніздові скупчення пігментних клітин — меланоцитів. Більшість науковців розглядає невуси як аномалію розвитку нейроектодермальних елементів шкіри (В. О. Маланчук, А. В. Копчак, 2008). Клінічно розрізняють такі його типи: плоский, горбкуватий, папіломатозний, вузлуватий, бородавчастий. Невус — доброякісна пухлина, не схильна до малігнізації, але при травмуванні можливий розвиток агресивної злоякісної пухлини — меланоми.

Показаннями до хірургічного видалення невусів є: 1) косметичний дефект; 2) невус, що часто травмується; 3) випадки, коли діагноз викликає сумнів або необхідно виключити злоякісне переродження. При оперативному лікуванні невус видаляють із прилеглою ділянкою незмінених тканин, відступивши на 1–2 мм від його видимих меж (за підозри на меланому видалення виконують радикальніше). Шкіру вирізають у всю товщу з підлеглою підшкірною жировою клітковиною.

Після видалення невусів часто утворюються значні за розмірами дефекти шкіри і підшкірної клітковини, для усунення яких необхідно застосувати складні довготривалі, багатоетапні методики.

Метою дослідження було підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на пігментні невуси обличчя за допомогою тканинних еспандерів.

Методика дермотензії з використанням тканинних еспандерів полягала в наступному:

після детального вивчення новоутворення, при відсутності агресивного росту та регіонарного лімфаденіту, планували місце розташування тканинного еспандера з розрахунком, щоб після розтягнення шкіри без зусиль і натягу замінити післяопераційний дефект шкіри. Еспандер для створення достатнього надміру шкіри повинен мати кісткову опору. На першому етапі методики дермотензії — поблизу невуса, після лінійного розрізу шкіри і підшкірної клітковини, створювали підшкірне ложе, в яке поміщали еспандер, ввідний клапан (порт) виводили назовні й фіксували медичним пластиром до шкіри. Рану ушивали наглухо вузлуватими швами. Впродовж 2,5–3 тижнів щоденно, або через день, згідно з інструкцією фірми виробника, вводили в еспандер від 2 до 5 мл фізіологічного розчину. Після створення достатнього надлишку шкіри другим етапом лікування було висічення невуса з одночасним видаленням еспандера. Післяопераційний дефект шкіри і підшкірної клітковини замінювали утвореним надлишком м'яких тканин. Всього прооперовано 18 хворих віком 19–32 роки, з них 9 хворих — контрольна група, у якій післяопераційний дефект замінювався традиційними методами місцевої пластики. В лікуванні хворих основної групи використано еспандери фірми «Allergan CUJ» об'ємом 10 і 20 см³ овальної форми (small oval shaped).

Контрольну групу хворих склали пацієнти, яким післяопераційні залишкові дефекти шкіри і підшкірної клітковини замінювали