

УДК 616.716+617.52

© Я. П. НАГІРНИЙ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

## Клінічний досвід корекції гіпертрофічних рубців голови та шиї в передопераційному періоді

YA. P. NAHIRNYI

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

### CLINICAL EXPERIENCE OF CORRECTION OF HEAD AND NECK HYPERTROPHIC SCARS DURING PREOPERATIVE STAGE

У статті висвітлюється актуальність питання консервативного лікування гіпертрофічних рубців голови та шиї на доопераційному етапі. Для цього проведена певна кореляція між клінічними змінами в пацієнтів після застосування різних методик лікування.

In the article the actual questions of conservative treatment of head and neck hypertrophic scars during preoperative stage are discussed. In order to solve this problem the correlation between clinical violations after using different methods of treatment was held.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** У зв'язку з бурхливим розвитком сучасної пластичної та реконструктивної хірургії голови та шиї, підвищеними естетичними вимогами пацієнтів щодо зовнішнього вигляду, виникає необхідність модернізації відомих та розробки нових методів патогенетичного лікування гіпертрофічних рубців на доопераційному етапі.

Гіпертрофічні рубці розвиваються внаслідок пошкодження шкірного покриву після хірургічних втручань, хімічних та термічних опіків, пірсингу, абразії, вакцинації тощо. Утворення рубцевої тканини, як і загоювання рани, процес специфічний для кожного конкретного випадку та має індивідуальний характер. Всі ці процеси на кожній із стадій регулюються множинними чинниками. Відхилення на будь-якій із стадій може викликати аномальний тип загоювання рани, що визначає в майбутньому характер та вид рубцевої тканини [1–3].

Виникнення гіпертрофічних рубців зумовлюється надлишковою (гіперергічною) реакцією сполучної тканини на пошкодження цілісності зовнішнього покриву тіла. Виникнення вищезазначеного типу рубцевої тканини нерідко спричинене різноманітними екзо- та ендогенними чинниками [4–6].

**Мета роботи:** оптимізація консервативного лікування гіпертрофічних рубців голови та шиї в передопераційному періоді.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням та лікуванням перебували 38 пацієнтів із гіпертрофічними рубцями різних топографо-анатомічних ділянок голови та шиї. Клінічні спостереження ґрунтуються на порівнянні результатів консервативного лікування хворих із гіпертрофічними рубцями шкіри голови та шиї із використанням різних методів консервативної корекції. Для достовірності отриманих результатів дослідження пацієнти були розподілені на дві групи спостереження. Пацієнти 1-ї групи (19 осіб) отримували внутрішньорубцеві ін'єкції препарату "Дипроспан", 2-ї групи (19 осіб) – внутрішньорубцеві ін'єкції гідрокортизону ацетату. Максимальна разова доза на одне відвідування складала до 0,6 мл та підбиралася з розрахунку 0,1 мл на 1 см<sup>2</sup> рубцево змінених тканин. Курс лікування в обох групах становив 5 відвідувань один раз на тиждень.

Для об'єктивної оцінки зменшення площі зовнішнього об'єкта рубцевої тканини на різних етапах консервативної корекції нами було застосовано планіметричне дослідження. На рубець накладали стерильний лист целофану, на якому намічалися точки, що відповідали довжині та ширині рубця.

Всім пацієнтам після хірургічного висічення було проведено морфологічне дослідження для визначення позитивної динаміки впливу застосованих препаратів на основні структурні морфо-

логічні елементи, що притаманні саме тканині гіпертрофічних рубців.

Обробку цифрового матеріалу здійснювали за допомогою комп'ютерної програми з використанням параметричного статистичного методу Стьюдента–Фішера.

### Результати досліджень та їх обговорення.

Формування рубцевої тканини, як і загоювання рани, – процес специфічний та в кожному конкретному випадку має індивідуальний характер. Всі ці процеси на кожній із стадій регулюються множинними чинниками. Відхилення від будь-якої із стадій може викликати аномальний тип загоювання рани, що визначає в майбутньому тип рубцевої тканини.

При оцінці стану рубцевої тканини нами був відмічений позитивний вплив вищезазначених методик медикаментозного лікування на об'єктивні та суб'єктивні дані пацієнтів обох груп.

Аналізуючи отримані показники дослідження, було визначено зменшення загальної площі рубцевих тканин в обох групах спостереження після консервативного лікування.

Достовірно зменшення загальної площі гіпертрофічних рубців на 26,7% відмічалось після ін'єкцій препарату “Дипроспан”. Загальна площа рубцевої тканини пацієнтів першої групи до лікування становила 23,7 см<sup>2</sup> та 18,2 см<sup>2</sup> – після лікування. Середнє значення площі гіпертрофічних рубців до лікування становило (2,83±0,45) см<sup>2</sup>, після лікування – (2,05±0,38) см<sup>2</sup> відповідно.

Загальна площа гіпертрофічних рубців у хворих другої групи, що отримували внутрішньорубцеві ін'єкції гідрокортизону ацетату, становила 21,3 см<sup>2</sup> після первинного огляду та 18,6 см<sup>2</sup> – по закінченні лікування.

Дані планіметричного дослідження доводять достовірно зменшення площі гіпертрофічно змінених рубцевих масивів після застосування внутрішньорубцевих ін'єкцій гідрокортизону на 11,6%.

Середнє значення площі гіпертрофічних рубців пацієнтів другої групи спостереження становило (2,37±0,42) см<sup>2</sup> до лікування та (2,06±0,37) см<sup>2</sup> – після запропонованого лікування.

Після проведеного хірургічного лікування значно зменшився період реабілітації, ускладнення різного характеру були відсутні. Віддалені результати хірургічного лікування після різних методик консервативної корекції у пацієнтів із гіпертрофічними рубцями визначалися за типом рубцевої тканини. Оптимальним із естетичних міркувань вважається нормотрофічний рубець. Саме цей тип рубцевої тканини і був найбажанішим результатом комплексного лікування.

Нормотрофічні рубці виникли в 17 (89,5%) пацієнтів 1-ї групи спостереження та в 12 (63,5%) пацієнтів 2-ї групи відповідно.

Після морфологічної оцінки інцизійних біоптатів пацієнтів першої групи нами було визначено зменшення кількості фібробластів. Пучки колагенових волокон зберігали свою згруповану будову та векторність розгалуження. Спостерігали відтворення дрібних судинних компонентів у різних ділянках досліджуваної тканини.

**Висновок.** Синтетичний бетаметазон “Дипроспан” може з успіхом використовуватися в комплексному лікуванні гіпертрофічних рубців. Цілком зрозуміло, що монотерапія даним препаратом не може бути домінантною в медикаментозному лікуванні, але як препарат вибору може широко використовуватися в комплексному лікуванні патологічних рубців голови та шиї.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Озерская О. С. Рубцы кожи и их дерматологическая коррекция / О. С. Озерская. – СПб. : Искусство России, 2007. – 224 с.
2. Hypertrophic scars and keloids: immunophenotypic features and silicone sheets to prevent recurrences / L. Borgognoni, L. Martini, C. Chiarugi [et al.] // *Annals of Burns and Fire*. – 2000. – Vol. 8 (3). – P. 164–169.
3. Белоусов А. Е. Рубцы и их коррекция / А. Е. Белоусов. – СПб. : Командор-SPB, 2005. – 128 с.
4. Проблемы диагностики и лечения патологических рубцов / В. Г. Мишалов, В. В. Храпач, И. А. Назаренко [и др.] // *Хирургия Украины*. – 2008. – № 4 (28). – С. 109–114.
5. Alster T. S. Hypertrophic scars and Keloids: etiology and management / T. S. Alster, E. L. Tanzi // *Am. J. Clin. Dermat.* – 2003. – N 4. – P. 235–243.
6. Puzey G. The use of pressure garment on hypertrophic scars / G. J. Puzey // *Tissue Viability*. – 2002. – Vol. 12 (1). – P. 11–15.

Отримано 20.01.12