

Аветіков Д.С., Каплун Д.В.

Порівняльна характеристика динаміки клінічних змін при застосуванні різних методик закриття ран слизової оболонки порожнини рота

Вивчення результатів ушивання та склеювання ран слизової оболонки порожнини рота на 3 і 7 добу спостережень здійснювали за результатами таких клінічних критеріїв перебігу раневого процесу:

- присутність симптомів запальної реакції тканин на перенесену операційну травму (наявність зони гіперемії, набряку, больового компоненту);
- стан швів;
- характер контакту країв рани (щільний, нещільний);
- відсутність чи наявність раневого ексудату.

Необхідно підкреслити, що в ці терміни спостережень ми враховували лише наявність симптому, але не його якісну характеристику. По-перше, це було зумовлено тим фактом, що вираженість симптомів запалення при їх оцінці в ранньому післяопераційному періоді, характеризувало, здебільшого, реакцію тканин на перенесену травму, що багато в чому було пов'язано з технічними особливостями проведеного хірургічного втручання.

По-друге, відмінність якісних значень симптомів запалення (наприклад, межі зон гіперемії та набряку) була настільки істотною, що ускладнювала аналіз даних навіть у хворих з подібними захворюваннями.

На 3 добу спостережень виявлено відмінності лише в оцінці пацієнтами больових відчуттів, в ділянці рани. Результати аналізу цього симптому в різних клінічних групах показали, що частіше він був констатований у хворих контрольної групи (87,8%) і рідше - у хворих 1 групи (12,8%).

Оцінка результатів лікування за підсумками 7 діб післяопераційного періоду дозволила дійти до висновку, що відновні процеси у пацієнтів основної клінічної групи протікали більш активно, ніж у групі контролю. При цьому, найменш вираженими були симптоми запальної реакції. Так, ділянки гіперемії і набряку в пацієнтів основних груп або були відсутні, або

були мінімальні, розташовувалися переважно навколо "прокольних" каналів, у просвіті яких можна було знайти залишки ниток, що підлягали лізису.

У більшості хворих рани загоювалися первинним натягом. У той же час, в контрольній групі симптоми запалення збереглися у 48,4% хворих, у ряді випадків відзначено больовий компонент, не було виявлено завершення епітелізації поверхні рани.

При проведенні порівняльного аналізу одержаних найближчих (на 30-ту добу) і віддалених (через 6 місяців) клінічних результатів лікування, використовували розроблену нами чотирьохбальну систему оцінки. Основними критеріями при цьому були: наявність того чи іншого симптому, що характеризує перебіг запального або відновного процесів, а також ступінь їх прояву.

Нами використано наступну шкалу оцінки стану післяопераційного рубця:

1. "Відмінно" – рубець завширшки до 0,1 см м'який, безболісний, гладкий, блідий чи блідо-рожевий.

2. "Добре" – рубець завширшки до 0,2 см м'який чи з ділянками ущільнень, безболісний при пальпації чи з ділянками незначної болісності, блідий, блідо-рожевий або рожевий.

3. "Задовільно" – рубець завширшки до 0,3 см з ділянками ущільнень чи щільний при пальпації, з незначною або помірною болісністю, рожевий або яскраво-рожевий.

4. "Незадовільно" – рубець завширшки 0,3 см і більше, болісний при пальпації, щільний або горбистий, виступаючий над рівнем поверхні слизової оболонки, рожевий чи яскраво-рожевий.

Зіставлення одержаних даних показало, що високий середній бал (4,37) на 30-ту добу спостережень було отримано в основній клінічній групі. Нижчий бал (3,6) зареєстровано в контрольній групі.

В ході аналізу віддалених результатів лікування (6 місяців після операції) було встановлено, що найбільш сприятливо відновні процеси завершилися у хворих 1 (порівняльний бал 4,79) клінічної групи.

У більшості спостережень (79,3% і 67,8% відповідно) післяопераційні рубці у цих хворих були тонкими, блідими і блідо-рожевими, безболісними при пальпації.

Необхідно відзначити: використання розробленої нами шкали оцінки стану післяопераційного рубця для аналізу найближчих і віддалених клінічних результатів лікування хворих дозволило істотно оптимізувати методику та об'єктивізувати дані.

Аналіз реографічних показників перебігу відновних процесів проводили на 3, 7, 14 і 21 добу після здійснених хірургічних втручань. При зіставленні одержаних результатів виявлено, що в процесі лікування ран у хворих двох клінічних груп виникають вірогідні розбіжності в показниках реографічних досліджень.

Виражені позитивні зміни, що вказують на швидке відновлення кровопостачання в оперованих тканинах, зареєстровано у хворих основної групи. Уже на 3 добу після хірургічного втручання такі показники реограм, як час підйому висхідної частини, середнє значення тонуусу судин і основної амплітуди були істотно кращими, ніж у хворих контрольної групи.

Підводячи підсумки за результатами проведеного комплексного дослідження ефективності місцевої терапії післяопераційних ран слизової оболонки рота, слід зазначити наступне. Всі використані нами методи дослідження (морфологічні, клінічні, реографія, термометрія і цитологічний контроль) показали інформативність і високу чутливість до змін, що відбуваються в тканинах у ході відновних процесів.

Як в експериментальній, так і в клінічній частинах роботи одержані вірогідні дані про високу ефективність врахування біомеханічних особливостей натягу слизово-окістних клаптів.

Таким чином, найбільший ефект було отримано у 1 групі спостережень де хворим, при натягнення та ушиванні слизово-окістних клаптів проводилось з урахуванням їх біомеханічних особливостей. Дещо нижчі показники отримані в 2 групі, де натягнення слизово-окістного клаптя проводилось емпірично.

Найближчі “відмінні” результати лікування у пацієнтів 1 групи було (за розробленою шкалою) зареєстровано у 54,2% випадків (у контролі – 20%). Віддалені “відмінні” результати в 1 групі мали місце у 79,3% хворих (у контролі – 24 %).