

**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 2 групи (12,8%).

Оцінка результатів лікування за підсумками 7 діб післяопераційного періоду дозволила дійти до висновку, що відновні процеси у пацієнтів основних клінічних груп протікали більш активно, ніж у групі контролю. При цьому, найменш вираженими були симптоми запальної реакції. Так, ділянка 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 найбільш високий середній бал (4,37) на 30-ту добу спостережень було отримано у 1 клінічній групі. Другий результат (4,26) зафіксовано у 2 групі. Найнижчий 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) і 2 (порівняльний бал 4,50) клінічних груп.

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

Цитограми, одержані у пацієнтів 1-4 груп на 21 і 30 доби спостережень, демонстрували перевагу поверхневих з нечіткими контурами та явищами кератинізації епітеліоцитів, навколо яких визначалися поодинокі нейтрофіли і лімфоцити.

Отже, за даними проведеного нами цитологічного моніторингу, процес відновлення оперованих тканин був активнішим у разі склеювання країв рани клейовою композицією «Сульфакрилат».

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 терапевтичну активність клейової композиції «Сульфакрилат».

Таким чином, найбільший ефект було отримано у 2 групі спостережень де хворим проводили склеювання країв операційної рани клейовою композицією «Сульфакрилат». Дещо нижчі показники отримані в 1 групі, де герметизацію швів було проведено згаданою вище композицією.

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