

## ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ СУКЦИНАТА НАТРИЯ (HYALUAL) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ ГРУБЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕ

Юсупова Д.З. Абдуллаев Ш.Ю.

Ташкентский Государственный стоматологический институт,  
Ташкент, Узбекистан

Проблема реабилитации пациентов с рубцовыми поражениями кожи лица и шеи до сегодняшнего дня не утратила своей актуальности.

При неотложных и плановых хирургических операциях, когда ткани пациента рассекаются хирургическим скальпелем, речь, как правило, идет о спасении здоровья, а часто и жизни, пациента. Поэтому хирурга волнует, прежде всего, не качество будущего рубца, а то, как более успешно решить основную задачу лечения (например, вскрытие флегмоны, резецировать опухоль и т.д.).

И в первом и во втором случаях после завершения основного этапа вмешательства хирург, накладывая швы, озабочен не столько качеством будущего рубца, сколько тем, как обеспечить неосложненное (первичное) заживление раны. В большинстве ситуаций именно это обстоятельство создает необходимые условия для решения основной задачи лечения, позволяет в короткие сроки выписать пациента из стационара и поэтому является одним из важных критериев эффективности хирургической работы.

Принципиально отличаются от этих ситуаций вмешательства, выполняемые в пластической (эстетической) хирургии, и, прежде всего потому, что их главная цель - устранить дефекты внешности и тем самым улучшить внешний вид пациента. Именно в этой области хирургии качество будущих рубцов - это важнейший показатель, четкие представления о котором позволяют пациенту согласиться или отказаться от возможной операции, а после нее, в определенной ситуации - предъявить хирургу претензии на качество рубцов. Отметим, что восприятие и оценка одних и тех же рубцов может существенно различаться как среди различных хирургов, так и среди пациентов. И причина этого лежит в огромном разнообразии вариантов расположения и внешнего вида рубцов, с одной стороны, и субъективных особенностей их оценки пациентами (да и хирургами) - с другой. За последние два десятилетия появилось большое количество публикаций, которые значительно дополнили существующие представления об особенностях заживления ран, формирования, клинического проявления и коррекции рубцов (Куприн П.Е., 1998; Дьякова С.В., 1999; Мордовцев В.Н., 1999; Озерская О.С., 1999; Резникова А.Е., 1999; Чайлд Ф., 1999; Gold M.H., 1993; Bang R.L., Dashti N., 1995; Burke M., 1997; Peled Z.M., Chin G.S., Lie W.L. et al., 2000; Dagselb B., Phillips T., 2006 и др.). Однако по ряду основных вопросов все еще остается много неясного, а подчас и противоречивого. В частности, в клинической практике нередко затруднен выбор оптимальной схемы лечения, так как не всегда удается разграничить гипертрофические и келоидные рубцы, хотя в многочисленных работах приводятся их основные патогномоничные признаки. Линарес Х.А., 1990; Озерская О.С., 2002; Козлов В.А., Мушковская

С.С., Коновальская С.Б. и др., 2005; Tredget E.E., Nedelec B., Scott PIG. et al, 1997; Urioste S.S., Arndt K.A., Dover J.S., 1999; Grossman K.L., 2000; Arndt K.A., Dover J.S., Alam M., 2006 и др.). Можно встретить также сообщения о том, что келоиды являются лишь разновидностью или крайней формой гипертрофических рубцов (Скрипкин Ю.К., 1988). Тем не менее, целесообразность разграничения патологических рубцов на две указанные разновидности обоснована в аналитической статье Международной комиссии экспертов (Mustoe T.A., Cooter R.D., Gold M.H., 2002).

Весьма противоречивы сведения и об эффективности консервативного лечения пациентов с патологическими рубцами (Белоусов А.Е., 2005; Niessen F.B., Spauwen P.H., Коп М., 1997; English R.S., Shenefelt Ph.D., 1999; Berman B., Zell D., 2006; Decker R.H., Wilson L.D., 2006 и др.). Считается, что лучше поддаются терапии несформированные рубцы в связи с выраженным в них пролиферативным сосудистым компонентом (Сибилева К.Ф., 1977; Urioste S.S., Arndt K.A., Dover J.S., 1999; Grossman K.L., 2000 и др.). Однако именно в начальной стадии развития рубцового процесса чаще всего допускаются диагностические ошибки (Bardot J., 1994; Palmieri B., Gozzi G., Palmieri G., 1975; Burke M., 1997). Многими авторами подчеркивается, что несмотря на совершенствование хирургической техники, при изолированном иссечении келоидов рецидивирование может отмечаться в 50% - 100% клинических наблюдений (Халмуратов А.М., Калиш Ю.И., 1994; Happa W., Kuzbari R., Flowers A., 1996; Berman B., Flores F., 1997; Arndt K.A., Dover J.S., Alam M., 2006; Mimi Choi J., Rohrer Th.E., Kaminer M.S., Batra R.S., 2006). На наш взгляд, подобная разноречивость сведений обусловлена тем обстоятельством, что в большинстве имеющихся сообщений используются различные группы и сроки наблюдений, схемы комплексного лечения, критерии для отбора пациентов и оценки полученных результатов.

В течение XX-го века было сделано множество попыток найти способ эффективной коррекции рубцов. Среди них определенное место занимала общая терапия - инъекции алоэ или стекловидного тела (Шройт М., 1946; Ландо Р.И., 1947; Сидоренко А.С., 1954); оксигенотерапия (Панкова Е.В., 1952); лечение пирогаленом (Будницкая П.З., 1957; Учитель И.Я., 1965; Хасман Э.Л., 1965), мацестинскими сероводородными водами (Кузнецов В.М., 1992; Цопиков А.С., 1992). Однако наиболее многочисленными и эффективными стали методы местного воздействия на рубцы. К ним относятся: применение гидрокартизона и его аналогов в виде мазей или инъекций (триамцинолон или «Кеналог-40») (Kiil, J., 1977); рентгентерапия; лечение рубцов давящими повязками (Linares, H.A., Larson, D.L., and Willis Galstaun, B.A., 1993; Ward, R.S., 1991); криотерапия жидким азотом (Ernst, K., and Hundeiker, M., 1995; Zouboulis, C.C. and Orfanos, C.E., 1990; Graham, T., 1993); лазеротерапия (Sherman, R., and Rosenfeld, H., 1988; Apfelberg, D.B., Maser, M.R., White, D.N., and Lash, H., 1989); применение силиконовых пластин (Perkins, K., Davey, R.B., and Wallis, K.A., 1983; Sawada, Y., 1993) и др.

Несмотря на обширные данные по вопросам этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, профилактики и коррекции рубцовых

поражений, недостаточно внимания уделено разработке системного подхода при оказании лечебно-профилактической помощи.

#### **Цель исследования**

Оценка эффективности местного применения препарата HYALUAL на основе сукцината натрия в сочетании с плазмой богатой тромбоцитами в заживлении раны у пациентов после оперативных вмешательств на лице

#### **Материалы исследования.**

Проведен анализ результатов лечения 46 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении Взрослой челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ за период 2017-2019 гг, у которых были проведены оперативные вмешательства по поводу травм на лице. Распределение было следующим образом; 38 пациентам была проведена операция по поводу травм нижней челюсти и суставного отростка, 8 пациентам – операции по поводу удаления доброкачественных опухолей нижней челюсти. В послеоперационном периоде у 7 пациентов отмечалась мокнущая, вялогранулирующая послеоперационная рана.

Пациенты были распределены следующим образом: 1 группа основная – на рану введен препарата на основе сукцината натрия (HYALUAL) в сочетании с плазмой богатой тромбоцитами. 2 группа контрольная – проводилось стандартное наложение швов с использованием антисептиков.

Методика местного применения препарата на основе сукцината натрия (HYALUAL) в сочетании с плазмой богатой тромбоцитами была следующей: после санации оперативного поля, обработки кожного участка, рана обкалывалась 2 мл препарата HYALUAL, предварительно смешанного с собственной плазмой богатой тромбоцитами, которая изготовлена по стандартной методике непосредственно до операции. Данная процедура проводилась дважды – непосредственно до наложения швов и в день снятия (7 сутки). В качестве контроля применялось фотодокументирование ежедневно.

#### **Результаты и обсуждение.**

Результаты анализа лечения больных показало, что у пациентов контрольной группы отек тканей вокруг раны купировался на 4 сутки, что продолжительней чем у пациенток основной группы 2е сутки. Очищение раны от патологического экссудата в основной группе наблюдалось на 3и сутки, полное очищение раны в контрольной группе состоялось на 5е сутки.

Процесс эпителизации в контрольной группе появился на 7 сутки, в то время как в основной группе эпителизация началась на 5 сутки.

Дальнейшее наблюдение показывает, рубец формирующийся после применения препарата на основе сукцината натрия (HYALUAL) в сочетании с плазмой богатой тромбоцитами имеет меньшую склонность к гипертрофии, что объясняется тем, что сукцинат натрия содержащийся в препарате выполняет уникальную функцию регулятора физиологических и биохимических процессов. Он оказывает прямое действие на клеточный метаболизм и влияние на транспорт свободного кислорода в ткани.

Данная способность сукцината натрия интенсифицировать утилизацию кислорода тканями и восстановление НАД- (Никотинамидадениндинуклеотид

— кофермент, присутствующий во всех живых клетках входит в состав ферментов группы дегидрогеназ, катализирующих окислительно-восстановительные реакции; выполняет функцию переносчика электронов и водорода, которые принимает от окисляемых веществ) - зависимость клеточного дыхания лежит в основе ее антигипоксического действия.

Гиалуруновая кислота, в составе препарата, играет важную роль в гидродинамике ткани, процессе миграции и пролиферации клеток, а так же в ряде взаимодействий с поверхностными рецепторами клеток.

А факторы роста, содержащиеся в тромбоцитах, усиливают процессы репарации, упорядочивается расположение коллагеновых волокон.

#### **Заключение.**

Применение препарата на основе сукцината натрия (HYALUAL) в сочетании с плазмой богатой тромбоцитами, в профилактике образования гипертрофических рубцов оказалось более эффективным, по сравнению со стандартным лечением. Данный метод позволил купировать явления местного отека тканей, сократить сроки очищения ран, а также способствовал формированию более тонкого, эстетичного рубца.

## **APPLICATION OF AUTOPLASMA ENRICHED PLATELETS IN THE TREATMENT OF ODONTOGENIC INFECTION IN PATIENTS WITH NON-INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS**

**Khamitova F.A.**

**Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan**

**Introduction** The frequent development of abscesses and phlegmon in the head and neck is due to the high prevalence of chronic focal odontogenic, tonsilogenic infection, as well as infectious and inflammatory lesions of the skin and oral mucosa. The most common form of septic inflammation is odontogenic suppurative inflammatory disease. The combination of odontogenic infection with diabetes forms a vicious circle in which the infection negatively affects metabolic processes, exacerbating insulin deficiency and increasing acidosis, and metabolic and microcirculatory disorders worsen the course of reparative processes in the lesion. Due to the reduced resistance of diabetes patients to infection, wounds predominate in necrotic processes, the classic symptoms that characterize inflammation are sometimes mild, and some may be absent. Suppurative processes can acquire a dystrophic nature, which is based on tissue acidosis. Quite often, in these patients there is a reactive course of the purulent process or a sluggish, protracted course of a wound infection after the removal of acute phenomena.

Currently, in the treatment of acute odontogenic purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region, a variety of methods are used, aimed both at the local focus of inflammation, and at the microorganism as a whole. A very important link in the treatment of inflammatory diseases of the maxillofacial region can be methods of local stimulation of soft tissue regeneration processes.