

УДК 616.716.8-036.838

## РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ

<sup>1</sup>Ешиева А.А., <sup>2</sup>Ешиев А.М.

<sup>1</sup>Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, Ош, e-mail: gasmyasochka@mail.ru;

<sup>2</sup>Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Ош

Объектом исследований явились 63 больных, выписанных после хирургического лечения по поводу флегмон челюстно-лицевой области, которые были разделены на группы. В основной группе проведена реабилитационная терапия с применением геля «Контрактубекс» и электровибромассажа. В контрольной группе послеоперационная реабилитация проведена традиционными методами, такими как ЛФК и механотерапия. После проведения лечебных мероприятий были проанализированы сравнительные аспекты в обеих группах исследуемых больных. В результате исследования была выявлена преимущественная эффективность использования комбинации геля «Контрактубекс» с электровибромассажем. Эта эффективность проявлялась уже на 3–5 сутки после применения данной комбинации при сравнении больных основной группы с контрольной. Данные при измерении расстояния между режущими краями центральных резцов: при поступлении расстояние было от 0,8 до 1,2 см, а при выписке увеличивалось до 1,5–2 см. На 6–8 сутки расстояние между режущими краями центральных резцов составляло от 3,5 до 4,0 см, а на 9–10 день и вовсе доходило до 4,5 см и более, что показывало достоверную эффективность проведенной нами реабилитации с использованием геля «Контрактубекс» и электровибромассажа. В заключение было выяснено, что при реабилитации больных с флегмонами челюстно-лицевой области использование гели «Контрактубекс» и электровибромассажа улучшает местное кровоснабжение, благоприятно влияет на разглаживание рубцовых тканей.

**Ключевые слова:** челюстно-лицевая хирургия, флегмоны, послеоперационная реабилитация, электровибромассаж, гель контрактубекс

## RESULTS OF THE REHABILITATION THERAPY OF THE INFLAMMATORY CONTRACT OF CHEWING MUSCLE

<sup>1</sup>Eshieva A.A., <sup>2</sup>Eshiev A.M.

<sup>1</sup>South Branch of the Kyrgyz State Medical Institute for Retraining and Advanced Training named. S.B. Daniyarov, Osh, e-mail: gasmyasochka@mail.ru;

<sup>2</sup>Osh Interregional United Clinical Hospital, Osh

The object of the study was 63 patients discharged after surgical treatment for phlegmon of the maxillofacial area, which were divided into groups. In the main group, rehabilitation therapy was carried out with the use of Contractubex gels and electric vibromassage. In the compared group, postoperative rehabilitation was carried out within the framework of traditional methods, such as exercise therapy and mechanotherapy. After treatment, comparative aspects were analyzed in both groups of patients studied. As a result of the study, the preference effectiveness of using a combination of Contractubex gel with electric vibromassage was revealed. This effectiveness was already apparent 3-5 days after the use of this combination when comparing patients of the main group and comparative one. In conclusion, it was found that in the rehabilitation of patients with phlegmon of the maxillofacial area, the use of Contractubex gel and electro-vibromassage improves the local blood supply, and has a positive effect on the smoothing of scar tissue.

**Keywords:** maxillofacial surgery, phlegmon, postoperative rehabilitation, electro-vibromassage, contractubex gel

Для полноценного восстановления функциональности какой-либо части организма, подвергшейся хирургическому вмешательству, должно пройти определенное количество времени. Для того, чтобы максимально увеличить период послеоперационной реабилитации, необходимо нормализовать кровообращение и иннервацию, а также устранить контрактуры мускулатуры воспалительного генеза в той области, где было проведено оперативное вмешательство. Это является основным принципом послеоперационной реабилитации [1]. Реабилитация после челюстно-лицевых

операций занимает значимую роль в стоматологической практике и несет в себе много сложностей не только со стороны восстановления функции и эстетики, но и требует психологической помощи пациентам. Чтобы был обеспечен комплексный подход к восстановлению качества жизни таких пациентов, необходимо совместное участие специалистов разного профиля [2].

Адекватное представление послеоперационных остаточных явлений, также исходный результат воспалительных процессов челюстно-лицевой области имеет большую значимость для осознания сути проведения

реабилитационной терапии. Желательным результатом, конечно же, является, полное устранение остаточных явлений реабилитационными методами. Ведущим аспектом реабилитационных мероприятий является комплексность их проведения. Поэтому физические методы терапии послеоперационных больных обязательны и включают в себя также ЛФК, механотерапию и трудотерапию. Одним из существенно значимых методов является лечебная физкультура (ЛФК). Это объясняется тем, что физические упражнения благоприятно влияют на все функциональные системы организма в целом и обладают закаляющим и восстановительным эффектом при недостаточной их функциональности [3, 4].

Многочисленными проведенными исследованиями доказано, что местное воздействие вибрации улучшает кровотоки и лимфообращение в зоне воздействия, устраняется венозный застой, также ускоряется обмен межклеточной жидкости и в результате этих факторов в комплексе улучшается питание и не следует забывать о расслабляющем воздействии на мышечные волокна [5, 6].

Цель исследования: изучить результаты местного воздействия в реабилитационной терапии, комбинации геля «Контрактубекс» с электровибромассажем, у больных с контрактурой жевательных мышц воспалительного генеза в результате флегмон челюстно-лицевой области.

В табл. 1 показано, что флегмоны поднижнечелюстной области были наиболее встречаемыми и в процентном соотношении составляли (55,6%), далее по встречаемости на втором месте были флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства (22,1%), поджевательной области (9,6%), дна полости рта (6,3%), далее подподбородочной, височной областей по (3,2%) соответственно.

Клиническо-лабораторные методы обследования включали в себя подробный расспрос жалоб, анамнеза заболевания и жизни, данные стоматологического осмотра, взятие биологических жидкостей для лабораторных исследований и консультации специалистов по показаниям.

Все больные были распределены на 2 группы: сравнения контрольную (30) и основную (33). Принцип оказания хирургической помощи больным обеих групп был одинаков: после общего или комбинированного обезболивания, также обработки операционного поля проводился разрез с учетом анатомических областей расположения, далее стандартная хирургическая обработка гнойного очага с дренированием раны, удаление причинного зуба по показаниям и в последующем антибиотико- и симптомотерапия. Ежедневно проводилась перевязка ран, включающая в себя антисептическую обработку, после 3–4 дней с переходом раневого процесса во вторую фазу перевязка проводилась с использованием левомеколевой мази. Больным обеих групп были назначены физиотерапия и рекомендованы традиционные методы ЛФК и механотерапия без учета времени проведения в день.

Проведено изучение выраженности воспалительной контрактуры жевательной мускулатуры у 63 человек с одонтогенными флегмонами в динамике с помощью штангенциркуля: в день поступления на стационарное лечение и при выписке, путем измерения расстояния между центральными резцами. После выписки в амбулаторных условиях больным

Таблица 1

Распределение больных по локализации флегмон и причинных зубов

№ п/п	Локализация флегмон	Причинные зубы	Количество больных	
			Абс.	%
1	Подчелюстной обл.	36–46	35	55,6
2	Крыло-челюстной обл.	38–48	14	22,1
3	Поджевательной обл.	36–46	6	9,6
4	Дна полости рта	34–36, 44–46	4	6,3
5	Подподбородочной обл.	31–33, 41–43	2	3,2
6	Височной обл.	38–48, 16–18, 26–28	2	3,2

### Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 63 человека с флегмонами челюстно-лицевой области, которым проводилось лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии, Ошской межобластной объединенной клинической больницы за 2019 г. Мужчин – 35 (55,6%), женщин – 28 (44,4%). В наибольшем проценте случаев встречались пациенты молодого возраста от 16 до 40 лет. Источниками одонтогенного инфекционного воспалительного процесса на первом месте были заболевания 36 и 46 зубов (65,2%), на втором – 38–48 зубы (25,3%) и 9,5% остальные группы зубов (табл. 1).

основной группы назначались местно гель «Контрактубекс» и электровибромассаж с помощью нашего устройства (патент КР № 134 от 30.12.2011). Больным контрольной группы были рекомендованы ЛФК и механотерапия в домашних условиях.

### Результаты исследования и их обсуждение

При изучении жевательной функции исследуемых нами групп больных одним из главных функциональных расстройств являлась воспалительная контрактура жевательной мускулатуры. Данные при из-

мерении расстояния между режущими краями центральных резцов: при поступлении расстояние было от 0,8 до 1,2 см, а при выписке увеличивалось до 1,5–2 см. В связи с этими показателями ограничения функции жевательного аппарата требовалась послеоперационная реабилитационная терапия. Тем самым реабилитация больных флегмонами челюстно-лицевой области в послеоперационном периоде необходима. При реабилитации учитывались индивидуальные особенности больного, клиническое течение заболевания и обширность области поражения. Одним из главных симптомов в послеоперационном периоде, являлась воспалительная контрактура жевательных мышц разной степени выраженности, что требует индивидуального подхода к каждому больному в зависимости от выраженности ограничения движений нижней челюсти. Предложенный лечебно-реабилитационный комплекс в комбинации гели «Контрактубекс» с электровибромассажем у больных с одонтогенными флегмонами позволили улучшить результаты реабилитационной терапии и снизить риск послеоперационных осложнений в виде рубцовых деформаций и контрактур.

После применения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в основной группе (33 чел.) отмечалось значительное уменьшение контрактуры, что выражалось в улучшении открывания рта, к 3–5 дню, значительно уменьшалась припухлость мягких тканей, дискомфорт и напряжение в жевательных мышцах, открывание рта ежедневно увеличивалось на 2–4 мм и достигало у 78% больных и к концу 10-дневного лечения 4,5–4,8 см, а у 22% наблюдалась незначительная воспалительная контрактура (I степени) и расстояние составило от 3,5 до 4,5 см. Эти показатели тех больных, у которых флегмоны поражали подчелюстную, подподбородочную и область дна полости рта (табл. 2).

На табл. 2 указано, что у больных основной группы с флегмонами поджевательной (субмассетеральной), крыловидно-нижнечелюстной и височной областей, показатели реабилитационного периода затягивались на 2–7 суток, в связи с поражением непосредственно мышц, активно участвующих в артикуляционных движениях нижней челюсти. Особенно период реабилитации затягивался у больных с флегмонами крыловидно-нижнечелюстного пространства. Так реабилитационный период больных с поражениями вышеперечисленных анатомических пространств немного затягивался и составлял от 12–14 до 15–17 дней. Из этих трех категорий больных быстрее реабилитировались

те, у кого ранее была вскрыта флегмона височной области. Это объяснялось тем, что основная масса мускулатуры, участвующей в поднимании нижней челюсти, такой как жевательная и медиальная крыловидная мышцы не была значительно поражена.

Период реабилитации и полного функционирования жевательного аппарата исследуемых больных основной группы с флегмоной височной области составил до 12–14 суток. Больные с флегмонами поджевательной области реабилитировались, уже на 13–15 дни и расстояние между центральными резцами было в пределах нормы. Самый долгий период реабилитации был у больных с флегмонами крыловидно-нижнечелюстного пространства и затягивался до 5–7 суток при сравнении. Это было связано с анатомической особенностью расположения медиальной крыловидной мышцы, из-за чего лечебный эффект достигался позже, чем в остальных случаях.

В группе сравнения (30 чел.) на дни полной реабилитации в 80% случаев оставалась выраженная воспалительная контрактура мышцы проявлялась, в 2–3-й степени и расстояние между резцами составляло 2,5–3,5 см, и только у 20% больных, которые активно выполняли требуемые упражнения в реабилитации, соответственно ЛФК и методы механотерапии наблюдалась контрактура 1 степени, а у 2 (6,6%) из них и вовсе нормализовалась функциональность мышц. Период реабилитации исследуемых больных в группе сравнения доходил до 30 дней. На 15–16 дни эффективность от ЛФК и механотерапии отмечалась только у больных с флегмонами подчелюстной, подподбородочной областей и дна полости рта. У исследуемых же с флегмонами поджевательного и крыловидно-нижнечелюстного пространства реабилитация наступала только по истечении 25–30 дней в зависимости от клинических особенностей при поступлении.

Длительная лечебная практика показала, что наиболее адекватным и эффективным способом восстановительного лечения является местное воздействие на окружающие ткани послеоперационной области. Эффективность использования геля «Контрактубекс» и электровибромассажа заключалась в улучшении микроциркуляции, рассасывании межтканевой жидкости скопившейся в результате воспалительной реакции, увеличении силы и снижении повышенного мышечного тонуса, восстановлении способности к тонким дозированным сокращениям мышц и овладении оптимальной скоростью движений создании эффективного мышечного баланса.

Таблица 2

Изменение расстояния между центральными резцами в зависимости от пораженной области у больных основной группы

Локализация поражения	Дни			
	3–4	4–6	6–8	8–10
Подчелюстная обл.	2,5–2,8	2,9–3,5	3,5–3,4	4,0–4,8
Крыло-челюстная обл.	1,0–1,5	1,6–2,1	2,2–2,8	2,8–3,6
Поджвательная обл.	1,2–1,6	1,7–2,1	2,2–2,8	2,8–3,5
Дно полости рта	2,0–2,5	2,6–3,5	3,5–4,0	4,0–4,8
Подподбородочная обл.	2,0–2,6	2,6–3,0	3,5–4,0	4,0–4,8
Височная обл.	1,5–2,0	2,1–2,8	2,8–3,5	3,5–4,2

Уже на 3–4 сутки после местного воздействия на область поражения у больных отмечалось улучшение самочувствия, уменьшились боли при акте жевания и глотания, при пальпации отмечалась более мягкая консистенция мышц по сравнению с периодом выраженной контрактуры. На 6–8 сутки расстояние между режущими краями центральных резцов составляло от 3,0 до 4,0 см, а на 9–10 день и вовсе доходило до 4,5 см и более, что показывало достоверную эффективность проведенной нами реабилитации с использованием геля «Контрактубекс» и электровибромассажа. Со стороны послеоперационной раны наблюдалось значительное уменьшение объема воспалительного инфильтрата и рубцовых изменений. Это достигалось тем, что электровибромассаж улучшал обогащение тканей в зоне воздействия компонентами геля «Контрактубекс», такими как гепарин, аллантоин; первый из которых улучшает кровообращение за счет антикоагулирующего свойства, а второй ингибирует пролиферацию рубцовых клеток-фибробластов.

#### Выводы

Следовательно, результаты нашего исследования доказывают действенность использования в комплексе реабилитацион-

ных мероприятий геля «Контрактубекс» и электровибромассажа. Преимуществами применения этой комбинации явились наискорейшая реабилитация больных с последствиями гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, в виде контрактуры жевательной мускулатуры воспалительного генеза и уменьшение объема рубцеваний в послеоперационной ране, по сравнению с традиционными методами.

#### Список литературы

1. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация или восстановительная медицина // Физиотерапия, бальнеотерапия и терапия. Медицина. 2006. С. 34–45.
2. Врачебный контроль и основы лечебной физкультуры: учебное пособие / сост. Д.А. Алымкулов, Г.М. Саралинова, О.А. Калюжная, Р.Д. Алымкулов. Бишкек: КРСУ, 2012. 96 с.
3. Митин Н.Е., Абdirкин М.Д., Абdirкина Е.Н., Китаева Л.А. Реабилитация пациентов после операции челюстно-лицевой области // Журнал научных статей Здоровье и в XXI веке Образования. 2018. № 2. С. 60–64.
4. Пономаренко Г.Н. Медицинская реабилитация. М: ГЭОТАР-медиа, 2014. С. 36–40.
5. Ешиев Д.А. Лечение больных с дефектами альвеолярного отростка челюстей с применением синего света и электровибромассажа: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.14. Бишкек, 2014. 18 с.
6. Мырзашева Н.М. Лечение открытых переломов нижней челюсти с применением гидроксиапатит «Коллапан» геля и электровибромассажа: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.14. Бишкек, 2015. 24 с.