

*И.О.Походенько-Чудакова,
С.В.Самсонов,
Ю.М.Казакова*

Результаты комплексного лечения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области с использованием рефлексотерапии и лечебной физкультуры

*Белорусский государственный медицинский университет,
Белорусский Сотрудничающий Центр Европейской Ассоциации черепно-челюстно-лицевой хирургии*

Цель работы – изучить эффективность комплексного лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области с одновременным использованием рефлексотерапии и лечебной физкультуры. Под наблюдением находился 121 пациент в возрасте от 19 до 52 лет с диагнозом абсцесс крыловидно-нижнечелюстного пространства. Больным после первичной хирургической обработки гнойно-воспалительного очага назначался стандартный курс послеоперационного лечения. Все пациенты были разделены на три группы. Первой группе больных после операции проводили только стандартный курс реабилитации. Она служила контролем. Второй группе пациентов в лечебный комплекс включали акупунктуру. Третьей группе больных к стандартной реабилитации кроме акупунктуры был добавлен комплекс лечебной физкультуры. Включение акупунктуры и лечебной физкультуры в курс комплексных лечебных мероприятий у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области является целесообразным, так как указанные мероприятия способствуют снижению частоты распространения патологического процесса и сокращают общие сроки лечения.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания, рефлексотерапия, лечебная физкультура.

Лечение гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области на современном этапе представляет собой сложную и далеко не решенную проблему как в Республике Беларусь, так и во всем мире. Это объясняется ростом числа возникновения воспалительных процессов, увеличением количества случаев тяжелого течения инфекции с распространением процесса на несколько анатомических областей и развитием таких грозных осложнений, как сепсис, медиастинит, септический шок, асфиксия [9, 12]. Все чаще отмечается атипичное клиническое течение данных заболеваний [4, 11].

В настоящее время все большую значимость в лечении и реабилитации челюстно-лицевых больных приобретает рефлексотерапия [5, 6], которая по праву может быть отнесена к числу лечебных воздействий, соответствующих всем требованиям, предъявляемым к современной медицине. Она эффективна, полностью безвредна, способна дополнять, а при необходимости заменять другие, например медикаментозные и физиотерапевтические способы лечения. Может использоваться как независимо, так и в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий.

Хорошо известно и позитивное влияние лечебной физической культуры (ЛФК) используемой в составе комплексного лечения у пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области [2, 3], в том числе и с гнойно-септическими

осложнениями [10]. Однако на современном этапе в источниках специальной литературы не приведено убедительных изучена целесообразность одновременного сочетания в лечебно-реабилитационном комплексе медикаментозного лечения, рефлексотерапии и ЛФК. Нет данных о сравнительной оценке его эффективности с результатами стандартного лечения. Все указанное выше определяет актуальность выполненного исследования.

Цель работы – изучить эффективность комплексного лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области с одновременным использованием рефлексотерапии и лечебной физической культуры.

Объекты и методы. Под наблюдением находился 121 пациент в возрасте от 19 до 52 лет, из числа проходивших лечение во 2-ом отделении челюстно-лицевой хирургии 9-й городской клинической больницы г. Минска с диагнозом абсцесс крыловидно-нижнечелюстного пространства. Всем указанным больным после проведения первичной хирургической обработки гнойно-воспалительного очага был назначен стандартный курс послеоперационного лечения, включавший антибактериальные и нестероидные противовоспалительные препараты, десенсибилизирующие и общеукрепляющие средства, инфузионную терапию, ежедневные перевязки с инстилляцией ран антисептическими растворами. Указанные пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошли 40 больных, которым после операции проводился только стандартный курс реабилитации. Данная группа служила контролем. Вторую группу составили 40 человек, которым в послеоперационном периоде был добавлен курс акупунктуры. Рефлексотерапевтическое воздействие назначалась с целью способствования устранению гнойного очага, снижению общей интоксикации организма, создания благоприятных условий для заживления послеоперационной раны, профилактики функциональных нарушений (рубцовых контрактур). В третью группу вошло 42 пациента, которым к стандартной реабилитации кроме акупунктуры был добавлен комплекс лечебной физкультуры. Применение ЛФК, в соответствии с теорией функциональных систем П.К.Анохина [1], преследовало следующие цели: 1) тонизирующее действие физических упражнений на организм больного, проявляющееся в активации моторно-висцеральных рефлексов; 2) реализацию механизмов трофического действия физических нагрузок, реализующихся проприоцептивными импульсами в центральной нервной системе; 3) включению защитно-приспособительных реакций, направленных на замещение или восстановление возникших функциональных повреждений; 4) нормализацию функций, являющихся ведущими в обеспечении полного восстановления здоровья и трудоспособности больных.

Для акупунктурного воздействия пациентам второй и третьей групп были определены меридианы тела, выходящие в область локализации гнойно-воспалительного процесса: желудка (E), толстой кишки (GI), тонкой кишки (IG). При этом с целью предотвращения распространения гнойно-воспалительного процесса, раздражение наносили на дистальные акупунктурные точки (АТ) первым вариантом тормозного метода, который характеризовался тем, что число точек обычно ограничено, чаще две. Иглу вводили медленными вращательными движениями с постепенным увеличением амплитуды, способствующим увеличению силы раздражения. Средняя каноническая глубина введения игл (в зависимости от анатомической локализации АТ и конституционных характеристик пациента)

составляла от 1,5 до 9 см. При отсутствии или при недостаточной выраженности «предусмотренных ощущений» использовали пунктирование. Ощущения больного выражались в виде легкого местного распирания, тяжести, ломоты, онемения, прохождения тока постепенно нарастающей интенсивности с большой зоной иррадиации. После достижения указанных «предусмотренных ощущений» иглу оставляли в тканях от 30 до 60 минут [7, 8].

Лечебную физкультуру в комплекс реабилитационных мероприятий больных третьей группы включали после проведения первичной хирургической обработки гнойного очага, купирования в нем острых воспалительных явлений, снижения температуры тела, купирования боли и улучшения общего состояния пациента, что соответствовало периоду 2 – 4 суток. Комплекс ЛФК состоял из двух периодов. Первый период обеспечивал общее тонизирующее действие на организм, усиление местного кровообращения в тканях и был направлен на предотвращение развития деструктивно-атрофических процессов в мышечных и околоуставных тканях. Данный период состоял из:

- общеукрепляющих упражнений для крупных мышечных групп, выполняемых в медленном темпе с малой и средней амплитудами движений в течение 2 – 3 минут при исходном положении сидя или лежа на кровати с приподнятым головным концом;
- дыхательных упражнений статического и динамического характера с удлиненной фазой выдоха;
- специальных упражнений для мимической и жевательной мускулатуры, выполняемых сериями по 5 – 10 повторений при отсутствии боли и сочетаемых с поворотами, наклонами и круговыми движениями головы.

Второй период ЛФК начинали с 4 – 6 суток, после супурации из ран, появления грануляций и завершения дренирования ран. Для обеспечения оптимальных условий заживления ран, в этот период усилия направляли на улучшение общего состояния пациента, повышение общей резистентности организма. С этой целью увеличивали физическую нагрузку, рекомендовали прогулки на свежем воздухе и индивидуальные самостоятельные занятия лечебной физкультурой, при которых упражнения выполняются с максимальной амплитудой. При выполнении вводного раздела ЛФК в качестве исходного положения использовали основную стойку. Пациентам рекомендовалась ходьба на месте и в движении, динамические дыхательные упражнения, упражнения для верхних и нижних конечностей, повороты и наклоны туловища. Выполнение основного раздела лечебной физкультуры производилось из основного положения сидя перед зеркалом. Больным рекомендовали упражнения для мимической и жевательной мускулатуры, которые сочетались с общеукрепляющими упражнениями для всех мышечных групп и динамическими дыхательными. Выполнение заключительного раздела проводилось из исходного положения-стоя и в движении. Рекомендовались упражнения для расслабления мышц конечностей, шеи, динамические дыхательные упражнения.

Оценку результатов лечения осуществляли на основании данных анализов периферической крови, температуры тела, степени и длительности отека околочелюстных мягких тканей, сопоставления общих сроков лечения пациентов в группах и числа наблюдений, когда было отмечено дальнейшее распространение гнойно-воспалительного процесса. Показатели периферической крови, температуру

тела, степень отека окологлоточных мягких тканей оценивали в динамике: 1 исследование – при обращении пациента за специализированной помощью, 2 – через сутки после проведения первичной хирургической обработки гнойного очага, 3 – через 2 суток, 4 – через 3 дня, 5 – через 4 дня, 6 исследование – через 5 дней.

Результаты и обсуждение

У наблюдаемых нами пациентов во всех трех группах была определена нормергическая реакция организма на развитие гнойно-воспалительного процесса. Причем полученные данные свидетельствовали о значительном преимуществе результатов второй и третьей групп больных. В них воспалительную реакцию окологлоточных мягких тканей удалось купировать на $3,5 \pm 0,1$ дня и $3,7 \pm 0,2$ дня раньше, соответственно, чем в контроле ($p < 0,05$). Температура тела нормализовалась раньше также у пациентов второй группы на $2,9 \pm 0,2$ дня ($p < 0,02$) и у больных третьей группы раньше на $3,2 \pm 0,3$ дня ($p < 0,05$), по отношению к результатам первой группы (рис. 1). Сдвиг лейкоцитарной формулы влево удалось преодолеть во второй группе на $3,1 \pm 0,3$ дня раньше ($p < 0,05$), а в третьей группе – на $3,4$ дня раньше ($p < 0,02$), по отношению к контролю. Дальнейшее распространение гнойно-воспалительного процесса и необходимость проведения вторичной хирургической обработки гнойного очага с коррекцией консервативной терапии была отмечена у 20% наблюдений у больных первой группы, у 5% пациентов второй группы и у 1% индивидумов третьей группы (рис. 2). Общие сроки лечения были ниже на $3,5 \pm 0,2$ дня ($p < 0,01$) и $3,9 \pm 0,3$ дня ($p < 0,02$) во второй и третьей группах пациентов, соответственно.

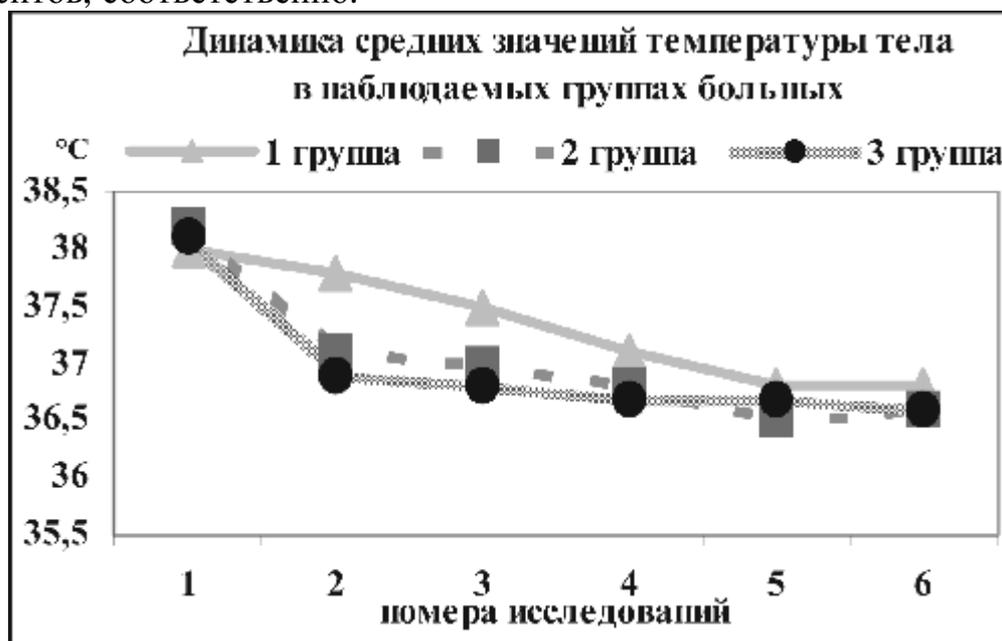


Рис. 1. Динамика средних значений температуры тела в наблюдаемых группах больных при проведении различных видов комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий.

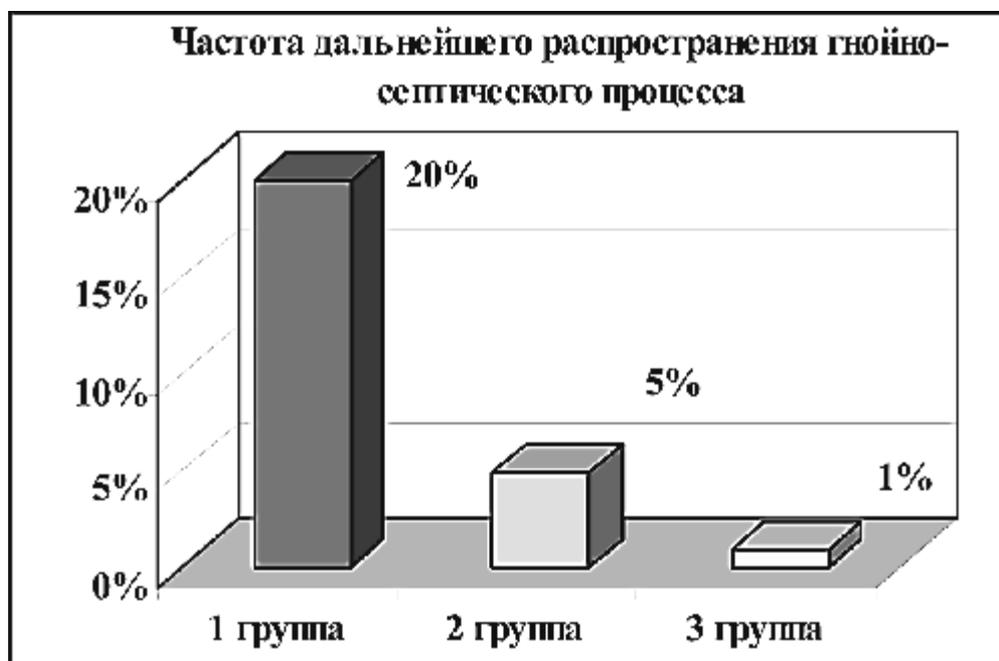


Рис. 2. Частота дальнейшего распространения гнойно-септического процесса и необходимость коррекции лечения в наблюдаемых группах больных.

Вывод. Включение акупунктуры и лечебной физкультуры в курс комплексных лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области следует считать оптимальным и целесообразным, так как указанные мероприятия способствуют снижению частоты распространения патологического процесса и сокращают общие сроки лечения, что имеет определенное социально-экономическое значение.

Литература

1. Анохин П.К. Философские аспекты теории функциональной системы: Избранные труды.-М.: Наука, 1978.-400 с.
2. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура: Учебник для студентов высших учебных заведений. М.: Медицина, 2004.-624 с.
3. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура. М.: Медицина, 1987.-528 с.
4. Матрос-Таранец И.М., О.Л.Слободяник, Шубмессер И.А. Анализ летальности больных острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области //Архив клинич. эксп. мед.-ны.-2003.-Т.12.-№1.-С. 24 – 27.
5. Походенько-Чудакова И.О., Казакова Ю.М., Адамчик Ю.А. Комплексное лечение одонтогенных синуситов с применением рефлексотерапии //Стоматологический журнал.-2005.-Т.19.-№2.-С. 28 – 30.
6. Походенько-Чудакова И.О., Казакова-Кремез Ю.М., Яэль Эльад. Прогнозирование развития одонтогенных воспалительных процессов по данным теста контактной термометрии в наочной проекции акупунктурных точек челюстно-лицевой области //Бел. мед. журн.-2003.-Т.4, №2.-С. 66 – 68.
7. Походенько-Чудакова И.О., Чудаков О.П. Руководство по традиционным и современным способам и методам рефлексотерапевтических воздействий при болезнях челюстно-лицевой области /Под ред. Т.Н.Чудаковой.-Мн.: Асобны Дах, 2004.-352 с.
8. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура. М.: “АСТ-ПРЕСС КНИГА”, 2004.-528 с.

9. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М.: Изд-во “МЕДпресс”, 2001.-160 с.
10. Чудаков О.П., Тесевич Л.И., Самсонов С.В. и др. Лечебная физкультура в медицинской реабилитации пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области: Учеб.-метод. пособие. Мн.: БГМУ, 2001.-18 с.
11. Giamarellou H., Antoniadou A. Epidemiology, diagnosis, and therapy of fungal infections in surgery //Infect. Control Hosp. Epidemiol. – 1996. – Vol.17.-№8. – P. 558-564.
12. Heymans. O, Lemaire V., Nelissen X. et al. Deep vein thrombosis in a burn patient //Rev. Med. Liege. 2002.-Vol.57.-N.9. – P. 587-590.