

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ешиев А.М., Абдуллаева С.А., Алиев И.Ш.

Ошская Межобластная Объединенная клиническая больница  
Ош, Кыргызская Республика

**Резюме:** В статье отражены результаты электромиографических исследований и проведения лечебно-реабилитационного комплекса больным с одонтогенными флегмонами, что позволяет добиться более быстрого восстановления функции жевания, артикуляции, сокращения сроков лечения и уменьшения послеоперационных осложнений в виде рубцовых деформаций и контрактур.

**Ключевые слова:** Одонтогенная флегмона, электромиография, электровибромассаж.

## БЕТ ЖААК БӨЛҮГҮНДӨГҮ ОДОНТОГЕНДИК ФЛЕГМОНА МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫК АЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ

Ешиев А.М., Абдуллаева С.А., Алиев И.Ш.

Ош областтар аралык бириккен клиникалык оорукана  
Ош, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул макалада одонтогендик флегмона менен ооруган бейтаптардын көрсөткүчүнүн жыйынтыгында электромиографиялык изилдөөлөрдүн жана дарылап-калыбына келтирүүдө, чайноо кызматын, артикуляцияны калыбына тезирээк келтирет жана дарылоо мөөнөтүн кыскартып, операциядан кийинки кабылдоону, тыртыкты, контрактура болушун азайтат.

**Негизги сөздөр:** Одонтогендик флегмона, электромиография, электрофиброукалоо.

## REHABILITATION OF PATIENTS WITH PHLEGMONS OF MAXILLA-FACIAL AREA

Eshiev A.M., Abdullaeva S.A., Alievi.Sh.,

Osh interstate united hospital  
Osh, Kyrgyz Republic

**Summary:** In article results of electromyography researches and carrying out a medical and rehabilitation complex by the patient with phlegmons that allows to achieve faster restoration of function of chewing, an articulation, reduction of terms of treatment and reduction of postoperative complications in the form of cicatricial deformations and contractures are reflected.

**Key words:** phlegmons, electromyography, electrovibromassage.

Голова и шея чаще других анатомических областей тела поражается таким гнойно-воспалительными процессами, как абсцесс, флегмона, при которых требуется проведение срочного оперативного вмешательства, комплексного лечения и их реабилитации [1].

Количество больных, госпитализируемых в челюстно-лицевые стационары по поводу флегмоны и абсцессов, колеблется от 30 до 70% от общего числа госпитализируемых. Причинами столь стремительного роста гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области, по сведениям литературы и нашим данным, является: несвоевременное и некачественное лечение осложненного кариеса;

отсутствие профилактических мероприятий; антибиотикорезистентность штаммов микроорганизмов; сенсбилизация населения к антибиотикам; рост хронической соматической патологии; неблагоприятная регионарно-экологическая ситуация; влияние вредных привычек. Все вместе это приводит к тому, что гнойное заболевание протекает на фоне ослабленного иммунитета. Это в свою очередь изменяет типичное течение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области [3,4].

Одним из главных функциональных расстройств при одонтогенных воспалительных заболеваниях является нарушение жевательной функции. Неполноценность функции жеватель-

ного аппарата приводит к нарушению работы желудочно-кишечного тракта, углеводного, азотистого, водного обмена веществ, снижает работоспособность всего нейромышечного аппарата организма в целом, вызывая психоэмоциональный дискомфорт. Все это диктует необходимость проведения реабилитационных мероприятий на различных этапах заболевания с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента [2,5,6].

**Цель исследования:** по результатам электромиографических исследований жевательных мышц определить эффективность предложенного лечебно-реабилитационного комплекса больных с одонтогенными флегмонами.

### Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 728 человек с одонтогенными флегмонами, мужчин было 458 (62,9%), женщин- 270 37,1%. В большем проценте случаев встречались пациенты молодого возраста от 16 до 45 лет (610 человек 83,7%). Источниками одонтогенного воспалительного процесса на первом месте были заболевания зубов «мудрости» (38,3%), на втором-36 и 46 зубы(27,1%), на третьем-37 и 47 (18,9%) и 15,7% составили заболевания других групп зубов.

По локализации наиболее часто встречались флегмоны поднижнечелюстной области -362(49,7%), субмассетериального -56 (7,6%), крыловидно-нижнечелюстного -153 (21,0%) клетчаточных пространств, реже подбородочной-53 (7,3%), дна полости рта- 80 (10,9%), подвисочной и височной области-24 (3,2%). Основная часть больных поступила на стационарное лечение в поздние сроки: через 5 и более суток от начала заболевания- (89,8%). Все больные были разделены на 2 группы: сравнения () и основную (человек).

Пациентам 1 группы после антисептической и хирургической обработки (вскрытие гнойного очага) проводили ежедневные перевязки. По мере стихания воспалительного процесса рану вели под мазовыми повязками, при этом активно использовали мази, способствующие быстрейшему регенеративному вольнеро- и кератопластическому действию. При необходимости накладывали ранние вторичные швы. Механотерапия жевательных мышц проводилась больным самостоятельно. Физиотерапия.

Пациентам 2 группы проводилось дополнительно смазывание гелем контратубекс и электровибромассаж в течение 10 минут с помощью предложенного устройства разработанного в нашей клинике (Патент КР №134, Патент КР №160). А также облучение синим светом.

Нами также было изучено состояние мышц у 30 больных с одонтогенными флегмонами субмассетериального и крыловидно-нижнечелюстного пространства с помощью компьютерной программы «Software version 1.1» на базе диагностического электромиографического комплекса «Dantec». На этапе поступления в стационар и после лечения пациентов определялась биоэлектрическая активность жевательных мышц. Изучены показатели, характеризующие основные параметры потенциала двигательной единицы (ПДЕ): средняя амплитуда зарегистрированных ПДЕ, средняя длительность ПДЕ, число полифазных потенциалов. При этом исследовались жевательные мышцы, вовлеченные в патологический процесс и клинически не поврежденные мышцы противоположной стороны. Для сравнительной оценки параметров потенциала действия двигательной единицы использовали данные ПДЕ мышечной ткани в норме (Команцев В.Н., Заболотных В.А. 2001).

### Результаты исследования и их обсуждения.

Результаты электромиографических исследований жевательной мускулатуры при одонтогенных флегмонах показали, что средняя амплитуда ПДЕ в мышце на здоровой стороне в пределах нормальных значений, в то время как на стороне воспаления отмечается значительное уменьшение показателей у больных до проведения лечения, что свидетельствует об увеличении плотности мышечных волокон и реагирования на импульсные раздражения с более высоким порогом раздражителя. После проведенной терапии наблюдается более значимое повышение амплитуды ПДЕ по отношению к показателям до лечения, а именно: m.masseter -  $148,1 \pm 0,5$  МкВ против  $81,6 \pm 0,5$  МкВ, m.pterygoideusmedialis -  $183,5 \pm 0,5$  МкВ против  $116,3 \pm 0,5$  МкВ, что свидетельствует о снижении плотности мышечных волокон, а, следовательно, уменьшении воспалительного процесса, хотя эти значение остаются

несколько сниженными по сравнению с нормой (соответственно на 2 и 27 МкВ).

Время прохождения импульсной волны в нервно-мышечном аппарате мышц на здоровой стороне было в пределах нормы. При одонтогенных флегмонах в жевательных мышцах наблюдалось увеличение времени прохождения импульсов, что свидетельствовало о поражении в периферических звеньях мотонейрона мышц. При этом длительность ПДЕ превышала нормальные значения: m.masseter на  $12,0 \pm 0,01$  мс, m.pterygoideusmedialis на  $9,1 \pm 0,01$  мс ( $p < 0,005$ ). После проведенного лечения длительность ПДЕ жевательных мышц имеет более низкие показатели по сравнению с исходными ( $11,2 \pm 0,01$  мс и  $9,2 \pm 0,01$  мс при  $p < 0,005$ ).

Анализируя число полифазных потенциалов жевательных мышц при одонтогенных флегмонах, можно сказать следующее: на здоровой стороне определяются нормальные показатели (13,8 и 12,2%), на стороне воспаления этот процент был значительно выше (27,1 и 21,2%), что, по-видимому, связано со снижением скорости проведения импульсов в мышечных волокнах по терминальному аксону и является признаком нарушения ПДЕ. После проведенного лечения отмечалось резкое уменьшение числа полифазных ПДЕ в 1,5 раза при флегмонах субмасстериального пространства, а показатели при флегмонах крыловидно-нижнечелюстного пространства только достигают уровня нормальных значений (14,2%).

Таким образом, при одонтогенных флегмонах отмечается изменение БЭА жевательных мышц, нарушение координационного равновесия. После лечения отмечается положительная динамика ЭМГ показателей: приближение длительности потенциалов двигательной единицы к нормальным значениям, уменьшение полифазных потенциалов в 1,5 раза. Но в результате наступает контрактура, и образуется фиброзный рубец после операции.

С целью профилактики контрактуры и восстановления функции жевательных мышц при одонтогенных флегмонах ЧЛО нами применено комплексное лечение и реабилитация больных в послеоперационном периоде. Нами проводилось дополнительно смазывание послеоперационного рубца гелем контрактубекс, применялся электровибромассаж в течение 10

минут с помощью устройства разработанного в нашей клинике (Патент КР №134, Патент КР №160). А также дополнительно облучение синим светом.

Клиническая оценка результатов лечения больных основной группы показала, использование синего света приводило к более быстрой нормализации температуры тела – в среднем на  $2,45 \pm 0,3$  день, к быстрому уменьшению перифокальных воспалительных проявлений. Гиперемия окружающих рану тканей разрешалась в течение 2-3 суток, к 4-5 дню значительно уменьшалась припухлость мягких тканей, дискомфорт и напряжение в жевательных мышцах. Послеоперационные гнойные раны в III фазе раневого процесса уплощались во время рубцевания, рубцы были менее заметны, открывание рта ежедневно увеличивалось на 2-3 мм и достигло к концу лечения 4,0-4,2 см. К этому времени у больных восстанавливалось свободное разжевывание твердой пищи.

У больных сравниваемой группы температура тела нормализовалась в среднем на  $3,85 \pm 0,4$  сутки, гиперемия окружающих рану тканей разрешалась в течение 4-5 суток. Напряжение в жевательных мышцах в 100% случаев оставалось выраженным воспалительной контрактурой нижней челюсти I и II степени ( $p < 0,001$ ).

По данным мастикациографии определяли в динамике время жевания, количество жевательных движений и жевательную эффективность у больных обеих групп. Исследования показали, что время жевания у пациентов с одонтогенными флегмонами поднижнечелюстной области в группе сравнения после лечения сократилось до  $17,2 \pm 0,3$  с (против  $29,5 \pm 0,3$  с исходного уровня), флегмона крыловидно-нижнечелюстного пространства –  $24,3 \pm 0,2$  с (против  $44,8 \pm 0,2$  с исходного уровня), субмасстериального пространства –  $28,5 \pm 0,2$  с (против  $50,1 \pm 0,2$  с исходного уровня).

В основной группе больных время жевания достигает нормы при флегмонах поднижнечелюстной области ( $14,1 \pm 0,2$  с) и уменьшилось в 2,5 раза при флегмонах крыловидно-нижнечелюстного ( $19,6 \pm 0,2$  с) и субмасстериального пространств ( $22,3 \pm 0,2$  с). Данные статистически достоверны при  $p < 0,05$ .

Меняется и количество жевательных движений: при флегмонах поднижнечелюстной области в группе сравнения приближается

к норме ( $16,0 \pm 0,2$ ), а в основной достигает нормы ( $12,2 \pm 0,2$ ), при флегмонах крыловидно-нижнечелюстного пространства количество жевательных движений составило: у больных группы сравнения  $22,0 \pm 0,2$  (против  $36,0 \pm 0,2$  исходного уровня), в основной эти значения приближаются к норме ( $13,0 \pm 0,2$ ), и при флегмоне субмассетериального пространства эти цифры составляют соответственно  $27,0 \pm 0,2$  (против  $42,0 \pm 0,2$  исходного уровня) группы сравнения и  $16,9 \pm 0,2$ -основной группы. Жевательная эффективность у больных после проведенного лечения в основной группе составила  $92,5\%$  а в группе сравнения  $79,8\%$ .

Таким образом, проведенный лечебно-реабилитационный комплекс больным с одонтогенными флегмонами позволяет добиться более быстрого восстановления функции жевания, артикуляции, сокращения сроков лечения и уменьшения послеоперационных осложнений в виде рубцовых деформаций и контрактур.

## Литература:

1. Бакиев Б.А. Особенности клинического течения флегмон челюстно-лицевой области и шеи. // *Здравоохранение Кыргызстана*. - 2009. - №5. - С. 69-74.
2. Команцев В.Н. Методические основы клинической электронейромиографии. / В. Н. Команцев, В. А. Заболотных. - СПб., 2001. - 350 с.
3. Профилактика гнойно-септических осложнений в хирургии / В.В. Плечев, Е.Н. Мурьсева, В.М. Тимербулатов, Д.Н. Лазарева. М.: Триада X, 2003. - 320 с.
4. Соловьев М.М. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. / М. М. Соловьев, О. П. Большаков. - М.: Мед.пресс, 2003. - 230 с.
5. Суторихин Д.А. Анализ степени контрактуры нижней челюсти при одонтогенных флегмонах в динамике // *Молодые ученые Западного Урала-здравоохранению 2002*. - Пермь, 2002. - С. 128.
6. Суторихин Д.А. Ультразвуковое исследование жевательных мышц у больных с одонтогенными флегмонами. / Д. А. Суторихин, Ф. И. Кислых // *Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции по стоматологии*. - Башкортостан, Уфа, 2003. - С. 63-66.