

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТАКТИКИ ХІРУРГА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ТА ІННОВАЦІЙНЕ УДОСКОНАЛЕННЯ

А.О. Григорова

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Вступ

Висока питома вага запальних захворювань (ЗЗ) щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД), а також високий рівень розвитку ускладнень обумовлюють подальші пошуки шляхів вирішення проблеми лікування та реабілітації таких хворих [1, 3, 5, 9]. Лікування ЗЗ ЩЛД є однією з актуальних завдань щелепно-лицевої хірургії, а висока частота ускладнень при даній патології визначає необхідність подальшого вдосконалення комплексного лікування, включаючи своєчасне та адекватне використання реабілітаційних заходів [2, 4, 7, 8].

В системі комплексного лікування пацієнтів з ЗЗ ЩЛД непересічно значимим є післяопераційний період, коли на тлі відновлення морфологічного субстрату (загоєння рани) вирішальним щодо одужання та повного відновлення функцій є відновлення психофізіологічного стану хворого [1, 4]. Це здатен забезпечувати функціональний підхід та ранній початок реабілітаційної програми, основою якої розглядається кінестезіологія [3-6].

Сучасні тенденції в лікуванні хворих з запальними захворюваннями ЩЛД зазнають кардинальних змін, що пов'язано з впровадженням в практику нових сучасних хірургічних технологій, методів кінестезіологічного забезпечення реабілітаційних програм. При цьому, подальшого удосконалення потребує, власне, тактика хірурга – стоматолога.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано згідно з планом науково-дослідних робіт (НДР) Харківського національного медичного університету та є фрагментом НДР «Патогенетичні механізми виникнення ускладненого перебігу пошкоджень лицьового черепа: діагностика та профілактика».

Мета роботи полягала в узагальненні існуючого досвіду щодо обґрунтування етапів застосування реабілітаційних програм для пацієнтів з запальними захворюваннями ЩЛД залежно від виду та обсягу хірургічних втручань.

Матеріали та методи дослідження

Матеріалом дослідження стали опубліковані за останні роки результати клінічних та експериментальних досліджень по проблемі обґрунтування реабілітаційних програм для пацієнтів з ЗЗ ЩЛД залежно від виду та обсягу хірургічних втручань. При виконанні дослідження застосовано методи логічного структурування, функціонального підходу та функціонально - топографічного опису; для аналізу залучені наукові огляди, фахові (перших двох рівнів доказовості) та методичні публікації.

Отримані результати та їх обговорення

Основними принципами використання засобів фізичної реабілітації у складі комплексного лікування є своєчасність, індивідуалізація фізичних навантажень відповідно до клінічних проявів, фізичної підготовленості пацієнта, а також поступовість збільшення інтенсивності та тривалості фізичних навантажень, їх систематичність. Спеціальні задачі реабілітації при ЗЗ ЩЛД полягають у покращенні крово- і лімфообігу в ділянці ураження, прискорення розсмоктування запального ексудату і гематоми, а також покращення відтоку запального ексудату через дренаж. При цьому забезпечується активізація репаративно-регенеративних процесів та профілактика розвитку грубих стягуючих рубців у ділянці слизової оболонки рота і шкірних покривів, профілактика розвитку контрактури у СНС, атрофія м'язів. Компенсація порушень функції жування, ковтання, мовлення відбувається за рахунок неуражених тканин з поступовим відновленням порушеної функції мимічних і жувальних м'язів, язика, обсягу рухів у скронево-нижньощелепному суглобі з усуненням порушень жування, ковтання, миміки та мовлення.

Загальними завданнями реабілітації є: профілактика пневмоній, тромбоемболічних ускладнень; стимуляція діяльності системи кровообігу, органів дихання та травлення, а також Нормалізація психоемоційного стану хворого з відновленням побутової і професійної спроможності.

Засоби і форми реабілітації та дозування фізичних навантажень: засоби кінестезіології призначають після хірургічного лікування

вогнища запалення, зменшення больового синдрому та поліпшення загального стану хворого, що настає звичайно через 1-2 доби після операції. Субфебрильна температура й помірне підвищення ШОЕ, що відзначають у окремих хворих, не є протипоказаннями до призначення кінестезіологічної програми: методика базується на періодах, що віддзеркалюють клінічний стан хворого та динаміку процесу загоєння післяопераційної рани.

При 33 ШЛД визначають відповідні періоди застосування реабілітаційних заходів (табл. 1). Зокрема, у ранньому післяопераційному періоді на першому етапі, під контролем пульсу виконують діафрагмальне дихання та статичні й динамічні вправи впродовж 5-7 хв у дистальних відділах кінцівок, зокрема згинання, розгинання, обертання кистей і стоп у повільному темпі з максимально допустимим прискоренням пульсу після виконання вправ не більше ніж на 10-20%, порівняно зі станом спокою; на другому етапі, впродовж 10-12 хв, без затримки дихання та додаткового напруження виконують вправи для м'язів спини, черевного пресу й рухи голови у різних напрямках та у положенні лежачи на спині з піднятим головним кінцем ліжка ногами імітують рухи їзди на велосипеді, рухи ножиць та виконують бічні і колові рухи таза з опорою на стопи зігнутих ніг з інтенсивністю навантаження – до прискорення пульсу на 30-40%; на третьому етапі, впродовж 2-3 хв та у повільному темпі виконують динамічні дихальні вправи з одночасним розслабленням м'язів верхніх і нижніх кінцівок та виконанням діафрагмального дихання за участю м'язів щічної ділянки й рота до повної реституції пульсу.

У пізньому післяопераційному періоді – на 5-10 добу після зняття швів, пацієнту призначають вільний руховий режим та вправи для м'язів і жувальних м'язів з максимальною амплітудою рухів, включаючи вправи для м'язів, залучених у патологічний процес (мімічні, жувальні, язик), кожен з яких виконують 10-15 разів поспіль не менше 5 разів на добу, а загальноорозвиваючі вправи виконують 2 рази на добу тривалістю 30-40 хв у співвідношенні з дихальними вправами 3:1.

У віддаленому післяопераційному періоді 1-2 рази на добу впродовж 30-45 хв виконують загальноорозвиваючі вправи з максимальною амплітудою у середньому і швидкому темпі з кількістю повторювань 8-12 разів та зі співвідношення з дихальними вправами – 4:1; 10-14 разів на добу виконують спеціальні вправи на обтяжен-

ня та опір за допомогою пальців, гумових пробок тощо для більш інтенсивної дії на тканини щелепно - лицевої ділянки.

Таблиця 1

Періодизація, задачі та індикатори реабілітаційної програми при запальних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки

Період	Межі періоду	Задачі реабілітації	Компонент реабілітації
Перший період – ранній післяопераційний	до зняття післяопераційних швів, триває приблизно 5-7 днів	загальна тонізуюча дія і поліпшення психологічного стану хворого; посилення місцевого кровообігу, сприяння процесам гідратації в ділянці післяопераційної рани; запобігання розвитку порушень функцій м'язів і жувальних м'язів, утворенню контрактури СНС; профілактика порушень, пов'язаних з обмеженням рухової активності хворого	на першому етапі, діафрагмальне дихання та статичні й динамічні вправи впродовж 5-7 хв у дистальних відділах кінцівок; на другому етапі, впродовж 10-12 хв, без затримки дихання та додаткового напруження виконують вправи для м'язів спини, черевного пресу й рухи голови у різних напрямках та у положенні лежачи на спині; на третьому етапі, впродовж 2-3 хв та у повільному темпі виконують динамічні дихальні вправи з одночасним розслабленням м'язів верхніх і нижніх кінцівок та виконанням діафрагмального дихання
Пізній післяопераційний період	на 5-10 добу після зняття швів	Основне завдання – повне відновлення порушених функцій, психосоціальна адаптація хворого до побутових і виробничих навантажень.	вільний руховий режим та вправи для м'язів і жувальних м'язів з максимальною амплітудою рухів, включаючи вправи для м'язів, залучених у патологічний процес (мімічні, жувальні, язик), кожен з яких виконують 10-15 разів поспіль не менше 5 разів на добу, а загальноорозвиваючі вправи виконують 2 рази на добу тривалістю 30-40 хв у співвідношенні з дихальними вправами 3:1
Третій період – відновлювальний	характеризується залишковими порушеннями функцій ШЛД	Основне завдання – повне відновлення порушених функцій, психосоціальна адаптація хворого до побутових і виробничих навантажень.	1-2 рази на добу впродовж 30-45 хв виконують загальноорозвиваючі вправи з максимальною амплітудою у середньому і швидкому темпі з кількістю повторювань 8-12 разів та зі співвідношення з дихальними вправами – 4:1; 10-14 разів на добу виконують спеціальні вправи на обтяження та опір за допомогою пальців, гумових пробок тощо для більш інтенсивної дії на тканини ШЛД.

Перший період – ранній післяопераційний – до зняття післяопераційних швів, триває приблизно 5-7 днів. Стан післяопера-

ційної рани в цей період характеризується розвитком фази гідратації та початком грануляції.

У перший період вирішуються такі завдання: загальна тонізуюча дія і поліпшення психоемоційного стану хворого; посилення місцевого кровообігу, сприяння процесам гідратації в ділянці післяопераційної рани; запобігання розвитку порушень функцій м'язів і жувальних м'язів, утворенню контрактури скронево-нижньощелепного суглоба; профілактика порушень, пов'язаних з обмеженням рухової активності хворого. У перші 2-3 дні після операції (тобто при постільному режимі) хворому рекомендується дренажне положення – лежати на боці розрізу, що сприяє поліпшенню природного відтікання рідини з післяопераційної рани та зменшує набряк м'яких тканин лица.

Схема кінестезіологічної реабілітації при ЗЗ ЩЛД в ранньому післяопераційному періоді: вступна частина триває 3-5 хв у висхідному положенні (ВП) – лежачи, сидючи, стоячи (залежно від стану хворого). Вправи в потягуванні, статичні й динамічні вправи, найпростіші рухи в дистальних відділах кінцівок (згинання, розгинання, обертання кистей і стоп), діафрагмальне дихання. Темп повільний, допустиме прискорення пульсу після виконання вправ не більше ніж на 10-20 %, порівняно зі станом спокою. Відпочинок між вправами має тривати до повернення пульсу до вихідних показників.

Основна частина триває 10-12 хв; добір вправ залежить від ВП, у якому перебуває хворий, вправи для м'язів спини, черевного преса й рухи голови у різних напрямках, які треба виконувати без напруження та затримки дихання. У положенні лежачи на спині з трохи піднятим головним кінцем ліжка імітація їзди на велосипеді, рухів ножиць тощо. Бічні та колові рухи таза з опорою на стопи зігнутих ніг. Спеціальні вправи для м'язів і жувальних м'язів, які потрібно виконувати з малою амплітудою та невеликою кількістю повторень, уникаючи появи (збільшення) болю. Темп і амплітуда рухів середні. Інтенсивність навантаження має бути такою, щоб прискорення пульсу не перевищувало 30-40 %, порівняно зі станом спокою.

Заклучна частина тривалістю 2-3 хв включає динамічні дихальні вправи з одночасним розслабленням м'язів верхніх і нижніх кінцівок. Діафрагмальне дихання з участю м'язів щічної ділянки й рота (вимова звуків «фу-фу-фу»). Темп повільний, до повернення пульсу до вихідної величини. Під час щоденних перев'язок хворому рекомендується кілька разів максимально відкрити рот, викона-

ти бічні та колові рухи нижньою щелепою. Коли в рані з'являється шар грануляційної тканини, її звільняють від дренажу і накладають довгострокову пов'язку з маслянистими речовинами. З цього моменту починається другий період застосування лікувальної гімнастики, що передбачає збільшення рухової активності хворого й широке використання спеціальних вправ.

Другий період – пізній післяопераційний – після зняття післяопераційних швів, на 5-10-й день; хворому призначають вільний режим рухів, рекомендують прогулянки на свіжому повітрі (уникати охолодження!). Вправи для м'язів і жувальних м'язів хворі виконують без обмежень, з максимальною амплітудою рухів; використовується механотерапія. Руховий режим – вільний. Фізичні вправи – у формі лікувальної гімнастики, дозованої ходьби, масажу (за відсутності гнійних виділень). Спеціальні – включаючи вправи для м'язів, залучених у патологічний процес (мімічні, жувальні, язик). Кожну вправу повторювати 10-15 разів поспіль не менше 5 разів на день. Для контролю за ефективністю спеціальних вправ треба щодня визначати ступінь відкриття рота.

Третій період – відновлювальний – характеризується залишковими порушеннями функцій щелепно-лицьової ділянки. Основне завдання занять у цьому періоді – повне відновлення порушених функцій, адаптація хворого до побутових і виробничих навантажень. Зазвичай третій період занять лікувальною фізкультурою проводиться в амбулаторних або домашніх умовах. Хворі виконують спеціальні вправи без обмежень і повторюють їх багато разів протягом дня. Широко використовуються обтяження та опір за допомогою пальців, гумових пробок тощо для більш інтенсивної дії на тканини щелепно-лицьової ділянки. Показане застосування механотерапії, масажу й фізіотерапевтичних процедур.

Висновки

1. Узагальнено існуючий досвід щодо обґрунтування етапів застосування реабілітаційних програм для пацієнтів з ЗЗ ЩЛД залежно від виду та обсягу хірургічних втручань.

2. Визначені періоди, задачі та індикатори ефективності реабілітаційної програми при ЗЗ ЩЛД.

3. Визначені показники адекватності безпосередньої дії фізичних навантажень задля досягнення безпеки і позитивного кумулятивного ефекту, а також клініко-патогенетичні індикатори кумулятивного ефекту реабілітаційної програми у хворих з ЗЗ ЩЛД.

4. Інноваційно вирішено проблему індивідуалізації лікування за рахунок ранньої реабілітаційної тактики ведення пацієнтів з ЗЗ ШЦД [1].

5. Перспективи подальших досліджень з проблематики удосконалення реабілітаційних програм для пацієнтів стаціонару хірургічної стоматології пов'язані з включенням компоненту психофізіологічної реабілітації при комплексному лікуванні пацієнтів з пошкодженнями та запальними захворюваннями ШЦД.

Література

1. Григорова А.О. Спосіб реабілітації при запальних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки // Заявка до Державної служби інтелектуальної власності на видачу патента України на корисну модель від 23.12.2013 р.
2. Медицинская реабилитация: руководство / Под ред. В.А. Епифанова. - М., 2005. - С. 168-190.
3. Физические методы в лечении и медицинской реабилитации больных и инвалидов / И.З. Самосюк, Н.В. Чухраев, С.Т. Зубкова [и др.]. - Київ: Здоров'я, 2004. - 624 с.
4. Физическая реабилитация: руководство / Под ред. С.Н. Попова. - Ростов-на-Дону, 2005. - 359 с.
5. Фомин Н.А. Адаптация: общебиологические и психофизиологические основы / Н.А. Фомин. - М., 2003. - 382 с.
6. Медична та соціальна реабілітація: навч. посібник/ [І.Р. Мисула, Л.О. Вакуленко, М.І. Швед та ін]; за заг. ред. І. Р. Місули та Л.О. Вакуленко. - Тернопіль: ТДМУ, 2005. - 402 с.
7. Characteristics and management of patients requiring hospitalization for treatment of odontogenic infections / L. Gonçalves, L. Lauriti, M.K. Yamamoto, J.G. Luz // J Craniofac Surg. - 2013. - Vol. 24 (5). - P. 458-462.
8. Management of complex multi-space odontogenic infections / T.A. Bratton, D.C. Jackson, T. Nkungula-Howlett [et. al.] // J. Tenn. Dent. Assoc. - 2002. - Vol. 82(3). - P. 39-47.
9. Scutari P.Jr. Epidemiologic review of pediatric and adult maxillofacial infections in hospitalized patients / P.Jr. Scutari, T.B. Dodson // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. - 1996. - Vol. 81(3). - P. 270-274.

Резюме

Григорова А.О. Клініко-патогенетичний аналіз реабілітаційної тактики хірурга-стоматолога при запальних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки: проблемні питання та інноваційне удосконалення.

Узагальнено існуючий досвід етапів застосування реабілітаційних програм для пацієнтів з запальними захворюваннями ШЦД. Визначені показники адек-

ватності безпосередньої дії фізичних навантажень при контролі досягнення безпеки і позитивного кумулятивного ефекту, а також клініко-патогенетичні індикатори кумулятивного ефекту реабілітаційної програми. Інноваційно вирішено проблему індивідуалізації комплексного лікування за рахунок ранньої реабілітаційної тактики ведення пацієнтів з запальними захворюваннями ШЦД.

Ключові слова: хірургічна стоматологія, запальні захворювання, реабілітація.

Резюме

Григорова А.А. Клинико-патогенетический анализ реабилитационной тактики хирурга стоматолога при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области: проблемные вопросы и инновационное совершенствование.

Обобщён существующий опыт применения реабилитационных программ для пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в зависимости от вида и объёма хирургического вмешательства. Определены показатели адекватности непосредственного влияния физических факторов при контроле достижения безопасности и позитивного кумулятивного эффекта, а также клинико-патогенетические индикаторы кумулятивного эффекта реабилитационной программы. Инновационно решена проблема индивидуализации комплексного лечения за счёт ранней реабилитационной тактики ведения пациентов специализированного стационара хирургической стоматологии.

Ключевые слова: хирургическая стоматология, воспалительные заболевания, реабилитация.

Summary

Grigороva A.O. Clinical pathogenetic analysis of surgeon-dentist's rehabilitation management at the inflammatory diseases of maxillofacial area: problem questions and innovative improvement.

It is generalized the existent experience of application of the rehabilitation programs for patients with inflammatory diseases of maxillofacial area depending on the kind and volume of surgical interference. It is determined the indexes of adequacy of direct influence of physical factors at control of safety achievement and positive cumulative effect, and also it is determined clinical pathogenetic indicators of cumulative effect of the rehabilitation program. The problem of individualization of integrated treatment is decided innovative due to early rehabilitation policy of case management of the specialized in-patient department of maxillofacial surgery.

Key words: maxillofacial surgery, inflammatory diseases, rehabilitation.

Рецензент: д.мед.н., проф. І.І. Зельоний