

## КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Манучарян С.В.,<sup>1</sup> Станкевич Блажей,<sup>2</sup> Цеслицька Мирослава,<sup>2</sup> Шевченко Н.И.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Харьковская государственная академия физической культуры, Украина

<sup>2</sup> Университет Казимира Великого, г. Быдгощ, Польша

<sup>3</sup> Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной  
медицинской помощи имени профессора А.И. Мещанинова, Украина

**Аннотация.** В статье приведен обзор программы физической реабилитации больных после операции по поводу флегмоны дна полости рта в условиях стационара.

**Ключевые слова:** физическая реабилитация, медикаментозное лечение, диетотерапия, лечебная физическая культура, лечебный массаж, физиотерапия, флегмона дна полости рта.

**Введение.** Флегмона дна полости рта представляет собой гнойное заболевание, когда в разных сочетаниях поражаются подъязычные, поднижнечелюстные области и подбородочный треугольник. Флегмоны наблюдаются сравнительно часто – 20-30% больных, поступающих в стационары клиник хирургической стоматологии. Это заболевание поражает людей в наиболее активном возрасте, что затем приводит к их нетрудоспособности, так у 52,2% поступивших в стационар наблюдаются острые воспалительные заболевания, возникающие, как правило, при обострении хронических заболеваний полости рта (переодонтит, гингивит, нагноившаяся радикулярная киста, слюнокаменная болезнь и др.). Рост заболеваемости обычно связан с недостаточным вниманием пациентов к своему организму, их чрезмерной занятостью и непониманием проблем, которые могут впоследствии возникнуть.

Опасность флегмоны состоит в том, что она имеет особенность быстро

распространения по клетчаточным пространствам, вдоль сосудов шеи, глотки, средостения, пищевода, сопровождающееся резким нарушением микроциркуляции, биохимических и нейротрофических процессов, способствующих образованию токсических веществ, из-за чего организм не успевает создать ограничительный барьер. В самом очаге процесс начинается с серозного воспаления, которое в зависимости от микрофлоры приобретает гнойную, гнилостную и некротическую форму. При бурном развитии возникает быстро увеличивающийся инфильтрат, резко поднимается температура тела до 39-40°C, сильная пульсирующая боль, нарастает затруднение дыхания, речи, приема пищи, что приводит к расстройству сердечной деятельности и сознания, а в дальнейшем к тяжелым осложнениям (медиастинит, абсцесс, менингит, тромбофлебит вен лица и др.) Поэтому очень важным является своевременная госпитализация и хирургическое вмешательство для данного контин-

гента больных.

При лечении больных с флегмонами дна полости рта ряд медики считают, что необходимо придерживаться старого требования «Ubi pus, ibi evacua», т.е. где гной, там необходима эвакуация. Однако, избавляя больных от страдания, операции в полости рта у многих больных приводят к выраженным формам послеоперационных расстройств. Поэтому вопросы профилактики послеоперационных осложнений, возможно более полного функционального восстановления деятельности полости рта – глотания, жевания, речи, возвращения больным трудоспособности являются на сегодняшний день актуальными.

В связи с вышеизложенным возникает необходимость разработки программы реабилитации оперированных больных сразу после операций на стационарном этапе. После операций полости рта необходима длительная поэтапная реабилитация, включающая в себя медикаментозное лечение, лечебную физическую культуру, лечебный массаж, физиотерапию, диетотерапию. В проблеме восстановительного лечения больных после операций полости рта являются два аспекта: первый заключается в предупреждении послеоперационных расстройств, наиболее полном восстановлении функциональной деятельности полости рта, нейрогуморальной регуляции и иммунологических процессов; второй – в быстрейшем восстановлении трудоспособности после операции и профилактики поздних послеоперационных осложнений.

Физические средства реабилитации в челюстно-лицевой хирургии рассматриваются как патогенетические, направленные на профилактику и быстрейшую ликвидацию возникших осложнений, и восстановление трудоспособности больного. Воздействуя благоприятно на жизненно важные системы организма, улучшая функциональное состояние оперированного участка и усиливая регенеративные процессы.

Они в комплексе с другими методами лечения в значительной мере определяют успехи реабилитации.

После экстренных операций области дна полости рта все средства физической реабилитации назначаются в стационаре по трем периодам: раннему, среднему и позднему послеоперационному.

В раннем послеоперационном периоде методика лечебной гимнастики составляется с учетом особенностей оперативного вмешательства, течения послеоперационного периода, состояния больного до операции и после нее, возраста, занятий физическими упражнениями в предоперационном периоде.

Задачи лечебной физической культуры в раннем послеоперационном периоде: выведение больного из операционного состояния (улучшение его морально-психологического состояния); содействие быстрейшему выведению наркотических веществ; профилактика возможных осложнений (послеоперационная пневмония, медиастинит, тромбоз и тромбофлебит лицевых вен); восстановление нормальной функции жевания, глотания, речи; рассасывание послеоперационного инфильтрата; улучшение общего и местного крово- и лимфообращения; восстановление нарушенного механизма дыхания; предупредить осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта; нормализовать деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем, системы выделения и обмена веществ; подготовить больного к следующему периоду.

Строго постельный режим раннего послеоперационного периода. В день операции, сразу же после пробуждения больного от наркоза в послеоперационной палате, обычно через 2-3 часа после операции, рекомендуется применять дыхательные упражнения статического характера с акцентом на грудное дыхание. Направленное на скорейшее выведение наркотических веществ из организма че-

рез легкие, что, в свою очередь, уменьшает или устраняет тошноту, которая нередко беспокоит больных в первые 24-48 ч после операции.

Помимо этого дыхательные упражнения активизируют вентиляционную функцию легких и способствуют лучшему отхождению мокроты. Занятия проводятся в исходном положении лежа на спине с приподнятым изголовьем кровати примерно на 45°; упражнения желательно выполнять через каждый час, повторяя каждое по 4-5 раз с паузами для отдыха. Чтобы не вызывать резких болей в прооперированной ране, дыхание не должно быть глубоким.

С целью предупреждения развития тромбозов в периферических сосудах и активизации периферического кровообращения особое внимание должно уделяться сочетанию дыхательных упражнений с упражнениями для дистальных отделов верхних и нижних конечностей. Ритмичные движения в голеностопных и локтевых суставах и мелких конечностей выполняются на медленном выдохе (стараясь не открывать широко рот, чтобы не вызвать кровотечение). Время занятия 5-7 минут количество занятий в день 3-4 раза.

Со 2-3-го дня после операции больным назначается палатный двигательный режим. Предлагается включать в комплекс лечебной гимнастики, кроме дыхательных упражнений общетонизирующие и специальные (мимические) упражнения, выполняемые в исходном положении лежа на спине, для того чтобы расслабить мышцы лица, не вызывая их перенапряжения. Больной может выполнять только те мимические упражнения, которые не вызывают кровотечения в прооперированной ране – это различные упражнения для щек, для верхней части лица: глаза, лоб, брови; исключаются упражнения для языка; активные движения нижней челюстью. В комплекс обязательно необходимо включать упражнения для мышц шеи – повороты головы

вправо-влево, а также упражнения для пояса верхних и нижних конечностей. Чем раньше начинается активизация больного, тем быстрее наступает его выздоровление. Пациентам с этой патологией разрешается вставать с постели через 3-4 часа после операции, т.е. они сразу автоматически могут находиться на палатном двигательном режиме

К 3-4 дню прекращается экссудация, рана покрывается сочными мелкими грануляциями, что является основанием к наложению вторичного шва – это происходит на 4-5 сутки. В эти дни все также больной продолжает выполнять те же упражнения только в исходном положении сидя перед зеркалом чтобы контролировать правильность выполнения упражнений, не вызывая перекоса, асимметричности работы мышц лица.

Средний период послеоперационного лечения характеризуется тем, что к 5-6 дню при нормальном течении заболевания обычно клиническая картина стабилизируется. Больные осваиваются со своим положением, становятся более активные. На 6-7 сутки им снимаются лицевые наружные швы.

Задачи среднего периода: улучшение функции общего и местного кровообращения; способствовать скорейшему рассасыванию послеоперационного инфильтрата; восстановить полноценную функцию дыхания; нормализовать функцию глотания, жевания и речи; нормализовать деятельность сердечно-сосудистой системы; предупредить осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта; оказать психо-эмоциональное воздействие.

На этом этапе больным разрешается более активно использовать упражнения для мышц лица. добавляя упражнения для языка, находящегося в полости рта, а также активные движения нижней челюстью. Добавляется количество повторений с 4-5 раз до 8-12 и, следовательно, увеличивается длительность занятия – до 10-12 минут. Количество за-

нятий в день остається незмінним 3-4 рази в день.

На 8-10 сутки снимаються інтрадермальні (внутренні) шви, більні переходять на пізній післяопераційний період.

Задачі пізнього післяопераційного періоду: формування еластичності післяопераційних рубців, не сп'янутих з підлежачими тканинами; розтягивання післяопераційного рубця; попередження спаєчного процесу; відновлення функції жевання, глотання, дихання і мови; налаштувати роботу дихальної і кардіореспіраторної системи; боротьба з застоїними явленнями; психоемоційне вплив; остаточне відновлення втрачених функцій.

На цьому етапі використовуються всі можливі мимічні вправи, вправи для язика як в порожнині рота, так і поза неї. Кількість повторень виконуваних вправ – по 15-20 раз кожне, темп середній, з використанням дихальних вправ. Довжина заняття збільшується до 25-30 хвилин. Кількість занять в день приблизно 4-5 раз. Не можна протягом всього заняття допускати переупоколення і перенапруження мимічних, жувальних м'язів, щоб не викликати їх спазмування.

Заняття проводяться тільки індивідуальним методом, сідючи перед дзеркалом. На протяженні всього післяопераційного періоду і після виписки більним необхідно продовжувати тренувати постраждалі ділянки обличчя і прооперовану зону.

Більні, після операції по відкриттю флегмони порожнини рота, звичайно сідять в напівогнутої скорченої напруженої позі, у них часто отекають задній край, м'язи шиї і грудної клітки. В зв'язі з цим, виникла необхідність в призначенні процедури лікувального масажу, який після відкриття флегмон застосовують після того, як видаляються

дренажі, припиняється ексудация рани, утворюється грануляція і більному накладаються вторинні шви. Масаж, в відміння від ЛФК, не потребує напруження більного і є найекономічнішою формою підвищення загального тону організму. При даному захворюванні масаж цілеспрямовано призначають на середньому післяопераційному періоді перебігу хвороби.

Задачі масажу: підвищення загального тону організму; відновлення функціональних порушень серцево-судинної і дихальної системи; зменшення більових відчуттів на післяопераційному ділянці; стимуляція регенеративних процесів; усунення остаточних явищ застою, виведення мокроты; попередження післяопераційних ускладнень (пневмонії, тромбозів, емболії, і др.).

Фізіотерапія є одним з провідних ланок в відновленні прооперованих більних під'язичної флегмою. Фізичні методи покращують кровопостачання, надають противовпалительне і розсмоцтєє дієвство. Знімають більовий синдром, деякі мають бактеріцидний вплив, підвищують імунітет, а також стимулюють регенеративні процеси, покращують обмін речовин і трофіку тканин.

Після проведення хірургічного втручання, видалення гнійної ексудату або підлежачих видаленню некротизованих м'яких і кісткових тканин завдання фізіотерапії заключається в впливі на раневу інфекцію, впалительний інфільтрат, більовий симптом і стимуляції репаративної регенерації тканин.

Високоєфективною мірою є ультразвукова низькочастотна обробка рани через шар рідини. Її склад може бути різним. Цим методом досягається часткове або повне придушення розвитку мікрофлори, дезодорація рани, відторгнення некротиче-

ских тканей, усиление фагоцитоза, глубокое проникновение лекарственного препарата в очаг воспаления и окружающие ткани, уменьшение болевых ощущений и стимуляции местного кровообращения. Со вторых суток назначают УВЧ-, СВЧ-терапию, УФ-облучение.

Питание – одна из важнейших функций живого организма – имеет большое значение для больного человека. Рациональное питание больного является одним из важнейших условий правильного и эффективного ухода за ним и при некоторых заболеваниях имеет не только гигиеническое, но и прямое лечебное значение. Каждому больному независимо от его заболевания и общего состояния назначают определенную диету. Под диетой понимают определенный режима питания больного, предусматривающий качественный состав пищи, общее ее количество и количество ее составных частей, время, а также частоту приема пищи в течение суток.

Диетотерапия помогает восстановить нарушения в обмене веществ, воздействовать на воспалительный процесс. Цель назначения диеты: значительное (механическое, химическое и термическое) щажение ротовой полости после проведенной операции, уменьшение воспаления, улучшение заживления ран. Характеризуется диета незначительным снижением энергоценности за счет углеводов при нормальном содержании белков и жиров; резким ограничением продуктов и блюд возбуждающих секрецию желудка и слизистую полости рта. Пищу готовят на воде или на пару, протирают, дают в полужидком или пюреобразном виде. Количество соли ограничивают. Исключают очень холодные и горячие блюда. Режим питания – 6 раз в день. На ночь принимают молоко.

#### **Выводы.**

Для профилактики и ускорения ликвидации возникших осложнений и

восстановление трудоспособности больного необходимо использовать физические средства реабилитации, включающие лечебную физическую культуру, лечебный массаж, физиотерапию, диетотерапию и др. Воздействуя благоприятно на жизненно важные системы организма, улучшая функциональное состояние полости рта, дыхательной, пищеварительной системы, усиливая процессы регенерации, физические средства реабилитации в комплексе другими методами лечения в значительной мере определяют успехи реабилитации. Способствуют повышению общего жизненного тонуса и сопротивляемости организма, укрепляют функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, улучшают кровообращение в прооперированной зоне, предотвращают послеоперационные осложнения.

#### **Литература:**

1. Бирюков А.А. Лечебный массаж: [учебник для вузов] / А.А. Бирюков. – М.: Академия, 2004. – 368 с.
2. Большая медицинская энциклопедия. – М.: Изд-во Эксо, 2005. – 864 с.
3. Вайнер Э.Н. Лечебная физическая культура: [учебник] / Э.Н. Вайнер. – М.: Флинта: Наука, 2009. – 424 с.
4. Васичкин В.И. Большой справочник по массажу / В.И. Васичкин. – СПб.: Невская книга, М.: Изд-во Эксмо, 2004. – 535 с.
5. Восстановительная медицина: [учебник] / под ред. В.А. Епифанова. – М.: ГОЭТАР-мед, 2013. – 304 с.
6. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. Хирургическая стоматология. М.: Медицина, 1964, 482с.
7. Ефіменко П.Б. Техніка та методика масажу: [навчальний посібник] / П.Б. Ефіменко. – Харків: «ОВС», 2001. – 144 с.
8. Ефіменко П.Б. Техника та методика класичного масажу: [навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту] / П.Б. Ефіменко. – Х.: ХНАДУ, 2013. – 296 с.
9. Заусаев В.И., Наумов П.В., Новоселов Р.Д. Хирургическая стоматология.-М.: Медицина, 1981. – 395 с.
10. Клячкин Л.М. Физиотерапия: [учебник] / Л.М. Клячкин, М. Н. Виноградова. – М.: Медицина, 2005. – 240 с.

11. Медицинская реабилитация (руководство) / под ред. акад. РАМН, проф. В.М. Боголюбова.-Москва-Пермь: ИПК «Звезда», 2007.

12. Милукова И.В., Евдокимова Т.А. Полная энциклопедия лечебной гимнастики. - СПб.: Сова, М.:ЭКСМО, 2003. – 509 с.

13. Самусев Р.П. Атлас анатомии человека: [учеб. пособие для студентов сред. мед. учеб. заведений] / Р.П. Самусев, В.Я. Липченко. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ООО «Издательство Оникс»: ООО «Издательство «Мир и Образование», 2007. – 544с.:ил.

#### *Информация об авторах:*

**Манучарян Светлана Валентиновна**, старший преподаватель кафедры физической реабилитации и рекреации ХГАФК

Харьковская государственная академия физической культуры

**Станкевич Блажей**, д-р наук, Ph.D.

**Цеслицка Мирослава**, д. мед. н., Ph.D.

Университет Казимира Великого, г. Быдгощ, Польша

**Шевченко Наталья Игоревна**, инструктор лечебной физической культуры высшей категории  
Отделение физиотерапии

Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи имени профессора Мещанинова