КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СКЭНАР-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Фан Г.С., Ефимов С.В., Воробьев Б.И., Курбатов М.Г., Курбатова Э.В., Морозов С.П.
Ростовский государственный медицинский университет

Целью работы явилось обосновать применение СКЭНАР-терапии при лечении больных с переломами нижней челюсти с учетом динамики болевого синдрома по объективным и субъективным показателям.

В основу работы положены результаты обследования и лечения 117 больных с переломами нижней челюсти, находившихся в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБ №20 г.Ростова-на-Дону. Больные в зависимости от организации лечения были разделена на 2 группы: 1.клиническая группа (n=56), где пациентами в послеоперационный период проводили СКЭНАР-терипию и 2. группа сравнения (n=61) – больные, у которых лечение было организованно по стандартной схеме.

Схема комбинированного лечения у больных двух групп включала следующие этапы: репозицию и иммобилизацию отломков; лекарственную терапию. Иммобилизацию переломов осуществляли ортопедическими и хирургическими методами. У больных в клинической группе дополнительно проводили СКЭНАР-терапию. Лечение выполняли по методике «3 дорожки, 6 точек» с дополнительным воздействием на область перелома (5-7 ежедневных сеансов по 25-30 минут).

Клиническую эффективность проведенного лечения оценивали по динамике основных симптомов в ранний послеоперационный период. При оценке интенсивности и особенностей болевого синдрома применяли визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), а также шкалу боли, предложенную Р.Мелзаком (1981) в модификации А.В. Степанченко (1990).

В результате проведенного оперативного лечения анатомическая форма кости, височно-нижнечелюстного сустава и прикус зубов восстановлены у всех пострадавших в двух группах. Во всех случаях непосредственные анатомические и функциональные результаты расценены как хорошие.

У больных клинической группы наблюдалась более ранняя активная безболезненная мобилизация мышц лица и височно-нижнечелюстного сустава. Так, возобновление полных движений нижней челюсти происходило в клинической группе на 2,20,2 сутки, а в группе сравнения – на 3,70,4 сутки после операции. Раннее возобновление движений нижней челюсти у больных клинической группы способствовало более полной и ранней функциональной реабилитации.

У больных клинической группы рассасывание послеоперационных отеков и гематом происходило быстрее (на 2-4 сутки), был характерен низкий уровень послеоперационной болезненности в ране при пальпации. У больных группы сравнения выраженность отека ближайших к перелому мягких тканей снижалась лишь на 7-8 сутки, в большем проценте наблюдений (55,7%) имели место разлитые послеоперационные гематомы.

У больных с переломом нижней челюсти исследование исходных особенностей болевого синдрома по шкале боли Р. Мелзака показало следующее: пациенты использовали в среднем 11,3 слова, по аффективной шкале - 6,9, по оценочной шкале - 4,4; длительность максимального усиления боли составила в среднем 47,5 мин. Средний уровень самооценки боли по ВАШ составил 7,5±0,4 баллов.

В клинической группе уже после первых двух сеансов СКЭНАР-терапии отмечалось статистически достоверное снижение уровня самооценки боли с 7,5±0,4 до 3,3±0,1 баллов по ВАШ. К окончанию курса лечения болевой синдром, независимо от локализации перелома, полностью регрессировал у 49 (87,5%) больных, а в остальных случаях не превышал 2 баллов. В группе сравнения у пациентов уровень самооценки боли через 7 дней после операции составил в среднем 4,1±0,2 баллов, что на 24,2% выше, чем в клинической группе. В группе сравнения по окончании 7 дней послеоперационного периода полный регресс болевого синдрома отмечен лишь у 29 (47,5%) пациентов, а в остальных случаях уровень самооценки боли по ВАШ снизился, но оставался в диапазоне от 3 до 4,5 баллов. При оценке характера и длительности боли по шкале Р. Мелзака до и после курса лечения оказалось, что в клинической группе в отличие от группы сравнения наблюдалось достоверное уменьшение количества слов, используемых для описания болевого синдрома. При этом максимальная продолжительность боли также достоверно уменьшилась.

Средний койко-день в общем по клинической группе составил 7,3±0,2, а в группе сравнения - 9,1±0,3 дней. Таким образом, у больных клинической группы происходило достоверное укорочение койко-дней на 19,8% ($p<0,05$).

Итак, в комплексном лечении больных с переломами нижней челюсти СКЭНАР-терапия позволяет в более ранние сроки и с большей интенсивностью сгладить клинические проявления течения патологического процесса посттравматического периода, в том числе и болевого синдрома.