

**МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ
ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ**
Свидло О.А.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Введение. Несмотря на развитие современной медицины, в частности стоматологии, остаётся достаточно актуальной тема одонтогенных воспалительных заболеваний. К сожалению, более чем 50% пациентов челюстно-лицевых стационаров составляет именно эта патология.

Зачастую одним из первых клинических признаков флегмон челюстно-лицевой области является затруднённое открывание рта, особенно, если гнойный процесс локализуется в глубоких клетчаточных пространствах, границами которых являются мышцы, участвующие в движении нижней челюсти. Контрактура, длительное время, сохраняясь в послеоперационном периоде, остается одной из причин жалоб пациентов в период реабилитации. Тем не менее, несмотря на все указанное выше, научных разработок по изучению и лечению данной патологии практически нет. Единичные работы по изучению состояния мышечных тканей в области гнойного очага носят экспериментальный характер.

Цель работы – морфологическое обоснование лечения воспалительной контрактуры жевательных мышц.

Объекты и методы. Было изучено морфологическое, гистохимическое и иммуногистохимическое состояние жевательных мышц в очаге гнойного поражения окологлазничных клетчаточных пространств у 20 пациентов с флегмонами мягких тканей челюстно-лицевой области. После клинико-лабораторного обследования, установления топического диагноза и степени выраженности контрактуры, пациентам под комбинированным обезболиванием проводили первичную хирургическую обработку гнойного очага с его дренированием, некроэктомией поражённых тканей, во время которой брали участок мышцы в очаге поражения для морфологического, гистохимического и иммуногистохимического исследования.

Результаты. Анализируя проведенные исследования, было выделено две группы пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области, у которых воспалительный процесс проходил по двум путям развития. В первой группе: при клинически значительном отёке и резко выраженной контрактуре, и локализации гнойного очага в глубоких клетчаточных пространствах в микропрепаратах определялся слабо выраженный склероз и резко выраженный отёк мышечного компонента. Тогда как во второй группе (пациенты с флегмонами расположенными в поверхностных клетчаточных пространствах), клинически отёк мягких тканей практически не выражен, а степень открывания рта значительно выше, при морфологическом исследовании в мышечной ткани отмечается слабо выраженный отёк с разволокнением соединительнотканного компонента, на фоне дистрофических и некробиотических изменений в миоцитах.

Заключение. На основании сказанного выше можно сделать вывод о том, что развитие воспалительной контрактуры находится в прямой

зависимости от степени выраженности отёка в мышечной ткани и межмышечных структурах. В связи с этим был предложен метод сокращения сроков и степени выраженности контрактуры путём назначения пациентам в послеоперационном периоде в качестве противоотёчной терапии раствора L-лизина эсцинат, а также проведении миогимнастики жевательной группы мышц. Все это в комплексе позволяет значительно сократить сроки существования воспалительной контрактуры, тем самым сократить сроки реабилитации пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области в послеоперационном периоде, что подтверждалось электромиографическим исследованием жевательных мышц до и после лечения.