

А.В. Зивенко<sup>2</sup>, И.О. Походенько-Чудакова<sup>1</sup>, Е.А. Зивенко<sup>3</sup>

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АКУПРЕССУРЫ НА КРИТЕРИИ ЭСТЕТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет,<sup>2</sup>Белорусский Сотрудничающий Центр Европейской Ассоциации черепно-челюстно-лицевой хирургии,<sup>3</sup>УЗ «Бобруйская городская стоматологическая поликлиника»

Цель работы – исследование влияния акупрессуры на критерии эстетического состояния послеоперационного рубца в челюстно-лицевой области на основании коэффициента эстетичности рубца (КЭР) и показателей его составляющих. Под наблюдением находилось 40 пациентов, которым в амбулаторных условиях выполнялась операция в челюстно-лицевой области. Указанные пациенты были разделены на две группы. Группа 1 (20 больных) получала только стандартный курс лечения. Данная группа служила контролем. Группа 2 (20 пациентов) получала курс реабилитации, дополненный 10 сеансами акупрессуры. Оценка эффективности лечения проводилась на 30 сутки после оперативного вмешательства на основании КЭР. Сравнительный анализ КЭР и показателей его составляющих у 1 и 2 групп больных свидетельствуют об эффективности введения акупрессуры в комплекс медицинской реабилитации у пациентов с оперативными вмешательствами в челюстно-лицевой области.

Специалисты всех хирургических специальностей и особенно челюстно-лицевые хирурги многие десятилетия заняты разработкой оптимальных способов соединения краев кожной раны и обеспечения наиболее благоприятных условий регенерации тканей, способствующих формированию наиболее эстетичных, менее заметных рубцов. Анализ многочисленных работ, посвященных результатам исследований, проведенных в этом направлении, свидетельствуют о значительных успехах, достигнутых учеными на пути поиска решения указанного вопроса [1, 8, 9]. Однако и на современном этапе предлагаемые решения обозначенной проблемы далеки от совершенства [7]. Известно, что одним из наиболее важных факторов, определяющих качественные характеристики рубца в процессе заживления раны, являются особенности воспалительной реакции [3]. В источниках специальной информации имеются сообщения о позитивном влиянии рефлексотерапии на течение воспалительного процесса [10], в том числе и послеоперационную воспалительную реакцию в челюстно-лицевой области [5, 6]. При

этом вопрос о влиянии одного из самых распространенных неинвазивных рефлексотерапевтических воздействий – акупрессуры на критерии эстетического состояния послеоперационного рубца в челюстно-лицевой области остался не освещенным.

Цель работы – исследование влияния акупрессуры на критерии эстетического состояния послеоперационного рубца в челюстно-лицевой области на основании коэффициента эстетичности рубца (КЭР) и показателей его составляющих.

**Объекты и методы.** Под наблюдением находилось 40 пациентов, которым в амбулаторных условиях выполнялась операция – удаление доброкачественного новообразования (до 2,5 см в диаметре) в челюстно-лицевой области с последующим устранением первичного дефекта пластикой местными тканями по Ю.К. Шимановскому. Всем больным в послеоперационном периоде проводили стандартное лечение, включавшее: 1) с целью купирования боли в области послеоперационной раны – анальгетики в течение двух суток после операции; 2) для профилактики гнойно-воспалительных осложнений – антибактериальные препараты в течение 7 суток; 3) ежедневные перевязки. Указанные пациенты были разделены на две группы. Группа 1 состояла из 20 больных, которым в послеоперационном периоде проводили только стандартный курс лечения. Данная группа служила контролем. Группа 2 включала 20 пациентов, которым курс послеоперационной реабилитации был дополнен 10 сеансами точечного массажа – акупрессуры, выполняемыми ежед-

Таблица

Результаты сравнительного сопоставления показателей эстетического состояния послеоперационного рубца в области лица и шеи у пациентов со стандартной схемой послеоперационного лечения и у больных, которым в составе комплексного лечения использовалась акупрессура

Показатели эстетического состояния послеоперационного рубца	Группа 1 (контроль) n = 20	Группа 2 n = 20	t – критерий Стьюдента-Фишера и уровень достоверности результатов
Ширина рубца	1,9±0,07	2,0±0,09	0,91
Эластичность рубца	2,76±0,47	1,8±0,12	1,96 *
Окраска рубца	2,86±0,46	2,25±0,08	1,3
Отношение с подлежащими тканями	2,67±0,44	1,9±0,1	1,71 #
Степень нарушения рельефа кожной поверхности	2,95±0,46	2,2±0,07	1,6 #
Степень нарушения функции соседних органов и тканей	2,3±0,41	1,5±0,08	1,95 *
Наличие странгуляционных меток	2,67±0,45	1,6±0,1	2,33 **

Примечание: различия достоверны по отношению к данным контрольной группы 1. Причем: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,02$ ; # – тенденция к достоверному различию.

ельные осложнения – антибактериальные препараты в течение 7 суток; 3) ежедневные перевязки. Указанные пациенты были разделены на две группы. Группа 1 состояла из 20 больных, которым в послеоперационном периоде проводили только стандартный курс лечения. Данная группа служила контролем. Группа 2 включала 20 пациентов, которым курс послеоперационной реабилитации был дополнен 10 сеансами точечного массажа – акупрессуры, выполняемыми ежед-

ственно, при завершении перевязки. Раздражение на акупунктурные точки (АТ) наносили при помощи приспособления – металлического шупа с шариком на конце. Диаметр последнего составлял 0,3 см. Акупрессуру проводили седативным методом, который осуществлялся надавливанием на АТ с одновременными вращательными движениями до появления «предусмотренных ощущений» – заспириания, легкой болезненности, иррадиации боли. Затем переходили к прессуре в вертикальном направлении с ритмичностью 2 движения в 1 секунду, после чего через 1 – 2 минуты возвращались к вращательным движениям [2, 4]. На один сеанс задействовали 3 локальные и 2 общие АТ. Общая продолжительность сеанса не превышала 25 минут. Для воздействия определяли локально-сегментарные акупунктурные точки, располагавшиеся вблизи послеоперационной раны и на дистальные общие АТ, локализованные на меридианах тела пациента, выходящих в зону послеоперационной раны. Оценку эффективности лечения проводили на 30 сутки после оперативного вмешательства на основании коэффициента эластичности рубца (КЭР), вычисляемого по формуле:

$$\text{КЭР} = \frac{\text{сумма баллов}}{\text{количество критериев оценки (показателей)}}$$

а также каждого из показателей, входящих в состав критериев коэффициента: ширины эластичности, окраски рубца, отношения к подлежащим тканям, степени нарушения рельефа кожной поверхности, степени нарушения функции соседних органов и тканей, наличия странгуляционных меток. Каждый из показателей оценивался на основании трехбалльной шкалы [3].

**Результаты.** Анализ полученных результатов свидетельствовал о позитивном влиянии акупрессуры на показатели эстетического состояния послеоперационного рубца в челюстно-лицевой области. Сравнительная оценка показателей качества послеоперационного рубца в наблюдаемых группах пациентов выявила положительную динамику у 71,4% изученных параметров. Причем по 42,9% критериям позитивные изменения были достоверны, а в 28,6% определялась четкая тенденция к положительной динамике. Данные сравнительного сопоставления результатов показателей эстетического состояния послеоперационного рубца в области лица и шеи у пациентов со стандартной схемой послеоперационного лечения и у больных, которым в составе комплексного лечения использовалась акупрессура, приведены в табл. 1.

Сравнительная оценка коэффициента эстетичности

послеоперационного рубца у больных в группе контроля ( $2,71 \pm 0,46$ ) и в группе 2 ( $1,86 \pm 0,02$ ) также убеждает в достоверно лучших качественных характеристиках регенерации кожи у пациентов, которым в курс реабилитационных мероприятий была включена акупрессура ( $p < 0,05$ ).

**Вывод.** Результаты сравнительного анализа коэффициентов эстетичности послеоперационных рубцов и показателей их составляющих у 1 и 2 групп больных убедительно свидетельствуют об эффективности и целесообразности введения рефлексотерапии вообще и акупрессуры в частности в комплекс реабилитационных мероприятий у пациентов с оперативными вмешательствами в челюстно-лицевой области.

## Литература

1. Белоусов, А. Пластическая хирургия рубцов: возможности и проблемы // Эстетическая медицина: научно-практический журнал. - 2005. - Т. 4. - № 2. - С. 145 – 152.
2. Лувсан, Г. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. М.: Наука, 1990. – 576 с.
3. Мельничук, И. В. Оптимальный шов в хирургии лица. Минск, 1994. – 18 с.
4. Молостов, В. Д. Справочник по применению точечного массажа, электротона и иглокалывания при лечении различных заболеваний. Минск: ООО «СЛК», 1996. - 320 с.
5. Походенько-Чудакова, И. О., Самсонов, С. В., Казакова, Ю. М. Результаты комплексного лечения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области с использованием рефлексотерапии и лечебной физкультуры // Медицинский журнал. - 2006. - № 4(18). - С. 75 – 77.
6. Походенько-Чудакова, И. О., Шевела, Т. Л. Влияние акупунктуры на состояние тканей периодонта при дентальной имплантации по данным визуальной клинической оценки // Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Труды XI съезда стоматологической ассоциации России и VIII съезда стоматологов России. М.: ФГУП производ. изд. комбинат ВИНТИ, 2006. - С. 78 – 80.
7. Тенчурина, Т. Г. Процессы клеточной регуляции при заживлении ран с развитием гипертрофических рубцов // Успехи современного естествознания. - 2006. - № 2. - С. 20 – 23.
8. Харин, Г. М., Челышев, Ю. А., Джорджикия, Т. Р. и др. Иммуногистохимический анализ динамики заживления кожных ран // Альманах судебной медицины. - 2001. - № 2. - С. 7 – 9.
9. Чудаков, О. П., Мельничук, И. В. К разработке оптимального шва в хирургии лица // Lietuvos Stomatologu Sajungos II Kongreso Darbai. Друскининкай, 1993. - С. 256 – 259.
10. Lin, F., Choong, P. Soft tissue abscess and osteomyelitis secondary to acupuncture // ANZ J. Surg. - 2003. - Vol. 73. - № 9. - P. 770.