

Література

1. Вейн А.М. Болезненный мышечный спазм: алгоритм диагностики и терапии / А. М. Вейн, О. В. Воробьева // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т.11. – №8. – С. 438-440.
2. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. А.М.Вейна. – М.:МЕДпресс-информ, 2001. – 368 с.
3. Данилов А.Б. Боль и обезболивание / А. Б. Данилов, А.М. Вейн // – М.: Медицина, 1997. – С. 27-45.
4. Жданова М.П. Стан неврологічної служби в Україні в 2006 році та перспективи розвитку / М.П.Жданова, М.В.Голубчиков, Т.С.Міщенко// - Х., 2007.- 24 с.
5. Карлов А. В., Мышечно-скелетная боль // А.В. Карлов, В.А. Карлов / Неврол. журн.— 1999.— №2.—С.59-60.
6. Левит К. Мануальная медицина / Левит К., Захсе Й., Янда В.: пер. с нем. - М.: Медицина (1993).
7. Мачерет Е.Л. Руководство по рефлексотерапии / Е. Л. Мачерет, И. З. Самосюк, В. П. Лысенюк // - Киев:Здоровье, 1987.- 480с.
8. Хабилов Ф.А. Клиническая неврология позвоночника / Ф. А. Хабилов// - Казань, 2003.- 472 с.
9. Фергюсон Л.У. Лечение миофасциальной боли. Клиническое руководство/ Фергюсон Л.У.: пер. с англ.; Под общ.ред.М.Б.Цыкунова, М.А.Еремущкина. - М.:МЕДпресс-информ, 2008.-544 с.
10. Ярошевский А.А. Интенсивность болевых ощущений и личностная тревожность у пациентов с цервикогенной цефалгией мышечного напряжения / А. А. Ярошевский // Медицинская психология. - 2008.- №4.- С. 89-92.
11. Ярошевский А.А. Особенности функционирования вегетативной нервной системы и состояние церебральной нейродинамики при рефлексорных мышечно-тонических синдромах / А. А. Ярошевский // Клінічна та експериментальна медицина.- 2010.- №1.- С.43-47
12. Haldeman S. Modern Development in the Principles and Practice of Chiropractic / Haldeman S // Appleton-Century-Crofts: NewYork, 1980. – 94 s.

Реферат

ДИНАМІКА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ЦЕРВІ КАЛЬНІ РЕФЛЕКТОРНІ МІОТОНІЧНІ СИНДРОМИ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОЇ НЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

О.А.Ярошевський

У статті наведені результати не медика-ментозного лікування 78 пацієнтів з рефлексорними міотонічними синдромами з аналізом динаміки болювого синдрому та психофізіологічного статусу. Дослідження показали ефективність немедикаментозного лікування та необхідність комплексного підходу до терапії даної категорії пацієнтів із використанням методів біомеханічної корекції хребта, мануальної терапії та акупунктури, що дає більш виразний клінічний ефект.

Ключові слова: церві кальні рефлексорні міотонічні синдроми, вегетативна дисфункція, немедикаментозні методи терапії

Стаття надійшла 24.04.10

DYNAMICS OF PSIKHOFIZIOLOGICHNOGO STATUS OF PATIENTS WHICH SUFFER ON CERVI KAL'NI REFLEX MIOTONICHNI SYNDROMES UNDER ACT OF COMPLEX NOT MEDICINAL THERAPY

О.А.Yaroshevskiy

In the article the resulted results of unmedicinal treatment 78 patients with reflex miotonichnimi syndromes with the analysis of dynamics of pain syndrome and psikhofiziologichnogo status. Research was rotined by efficiency of not medicinal treatment and necessity of the complex going near therapy of this category of patients with the use of methods of biomechanics correction of spine, manual'noy therapy and acupuncture which gives more expressive clinical effect.

Key words: cervi kal'ni reflex miotonichni syndromes, vegetative disfunction, unmedicinal methods of therapy

УДК 616.314.9:616.314.19-08

О.В.Шенюкова

ВДНЗ України «Крайсєва медицина стоматологічна академія», м.Полтава

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПЕРІОДОНТИТІВ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ

Інфекційна етіологія захворювань періодонту є загальноновизнаною. Значний вплив мікробних пародонтопатогенів на розвиток запалення пріодонту тимчасових зубів у дітей вимагає розробки сучасного способу лікування періодонтитів, що включає застосування адекватних антибактеріальних препаратів. Представлено спосіб лікування періодонтиту тимчасових зубів шляхом ерадикації основних мікроорганізмів – представників періодонтопатогенної інфекції з урахуванням імунних реакцій у перикореневих тканинах зуба. За результатами клінічних спостережень доведена його ефективність.

Ключові слова: захворювання періодонта, мікробні пародонтопатогени, тимчасові зуби, спосіб лікування.

Робота є фрагментом теми «Імунні взаємодії в слизовій оболонці порожнини рота і їх роль в патогенезі стоматологічних захворювань», № ДР 01000U000389.

Запальні захворювання щелепно-лищевої ділянки – одна із головних проблем стоматології дитячого віку. У більшості дітей джерелом запальних процесів є зуби із захворюваннями періодонту [2]. За останні десятиріччя визначено, що верхівковий періодонтит частіше асоційований з анаеробною резидентною мікрофлорою, виявлені також деякі види факультативних і облигатно-анаеробних мікроорганізмів *Str.sanguis*, *Str.milleri*., *Fusobacterium spp.*, *Prevotella spp.*, *Actinomyces spp.* [4]. Метод ПЛР додав до асоціації вищезазначених збудників ще і *P.gingivalis*, *P. Endodontalis*, *P. intermedia*, *Tr.denticola*. [3]. Широковідомий спосіб лікування періодонтиту тимчасових зубів, який передбачає ендодонтичне лікування та проведення курсу системної антибіотикотерапії остеотропними антибіотиками або антибіотиками широкого спектру, керуючись загальним станом та супутніми захворюваннями пацієнта [1], має свої недоліки. Недоліками даного способу є: емпіричний метод вибору антибіотиків, неспецифічність спектру дії антибіотиків щодо періодонтопатогенної мікробної асоціації.

Метою роботи була розробка способу лікування періодонтиту тимчасових зубів шляхом ерадикації основних мікроорганізмів – представників періодонтопатогенної інфекції з урахуванням імунних реакцій у перикорневих тканинах зуба, місцевою дією антисептиків та додатковим системним призначенням курсу антибіотику з імуномодулюючою дією досягти підвищення ефективності лікування захворювання, профілактики загострень, а також профілактики періоститів, абсцесів, флегмон та запальних захворювань тканин пародонта.

Матеріал та методи дослідження. Для лікування періодонтиту тимчасових зубів нами запропонований спосіб, що передбачає на основі діагностики періодонтопатогенних збудників та локальних імунних розладів ретельну механічну обробку корневих каналів, антисептичну обробку кореневого каналу 0,05% розчином хлоргексидину біглюконату та гелем «ЕндАсепт», з послідовним обтуруванням корневих каналів пастою на основі гелю «ЕндАсепт» та додатковим призначенням курсу антибіотикотерапії з використанням антибіотика з імуномодулюючою дією – кларитроміцину у віковому дозуванні. Хлоргексидин біглюконат – хімічна сполука, яка належить до похідних бігуанідину та відрізняється високою протимікробною активністю (навіть при великому розведенні) і низькою токсичністю. Механізм бактерицидної дії солей хлоргексидину пов'язаний з порушенням рибосомальної РНК і зупиненням синтезу клітинної оболонки бактерії. Хлоргексидину біглюконат відрізняється сильною бактерицидною і бактеріостатичною дією проти грампозитивних бактерій і менш вираженою дією проти грамнегативних бактерій. Фунгістатична та фунгіцидна активність хлоргексидину включає грибки виду *Candida*, дріжджі та деякі дерматофіти. Мінімальна кількість препарату, що може залишитися в організмі, не викликає токсичних реакцій. Препарат не проявляє канцерогенної та мутагенної дії.

Гель «ЕндАсепт» містить антисептики: метронідазол (10%), хлоргексидину біглюконат (2%), - що активно пригнічують анаеробну флору корневих каналів. Метронідазол володіє широким спектром дії відносно найпростіших, облигатних анаеробних бактерій (споро - і неспоротворних), активний відносно бактероїдів, фузобактерій, кластридій. Механізм протимікробної дії полягає в пов'язанні нітрогрупи метронідазола з мікробною ДНК і припиненні у зв'язку з цим синтезу нуклеїнових кислот. У змішаному анаеробно-аеробному середовищі метронідазол надає переважну дію на аеробні бактерії, оскільки в результаті розкладання метронідазола бактеріодами з'являються метаболіти, що пригнічують зростання аеробних бактерій. Завдяки гідрофільній основі гель легко вводиться в канали, глибоко просочуючи дентинні каналці і добре вимивається з каналів водою.

Кларитроміцин – антибактеріальний засіб групи макролідів, напівсинтетичне похідне ерітроміцину. За рахунок зміни молекули речовини поліпшується біодоступність, підвищується стабільність в умовах кислої рН, розширюється спектр антибактеріального ефекту, підвищується вміст кларитроміцину в тканинах. Завдяки подовженню періоду напіввиведення можна призначати двічі на добу. Кларитроміцин після внутрішнього застосування абсорбується швидко. Максимальна концентрація речовини в плазмі крові досягається через 2-3 години. З калом виводиться 52%, з сечею - 36% від прийнятої дози. На лікуванні знаходилися 23 дитини віком від 2 до 10 років, з них з хронічним періодонтитом тимчасових зубів 8 осіб, із загостренням – 15, діагноз підтверджений рентгенологічно. Всі діти мали субкомпенсовану (30,4%) чи декомпенсовану (59,6%) ступінь активності каріозного процесу.

Всім пацієнтам здійснювали розширену діагностику періодонтопатогенної інфекції у комплексі з визначенням відхилень з боку основних імунних клітин, локалізованих у периапікальній та прифуркаційній тканині, що є обґрунтуванням вибору і використання антибіотикотерапії для попередження ускладнень, тісно пов'язаних з особливостями мікрофлори порожнини рота. Для цього

шляхом занурення паперового штифта у порожнину зуба через сполучення з каріозною порожниною відбирали пробу для проведення ПЛР-діагностики вмісту кореневих каналів враженого зуба на п'ять основних періодонтопатогенів: *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus*, *Prevotella intermedia*, *Treponema denticola*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. У випадку ідентифікації одного і більше пародонтопатогенних мікроорганізмів проводили медикаментозну обробку з використанням препаратів, активних проти періодонтопатогенів - хлоргексидину біглюконату 0,05% та на етапі тимчасової obturaції кореневих каналів використовували гель „ЕндАсепт” (фірма „Владміва”, Росія). Одночасно з локальним лікуванням призначали курс системної терапії антибіотиком, який володіє активністю проти періодонтопатогенів та імуномодуючими властивостями – кларитроміцином у віковому аспекті. Для постійної obturaції кореневих каналів використовували пасту, яку готували *ex tempore*, до складу якої входить гель „Ендосепт” (фірма „Владміва”, Росія), еugenol та окис цинку. Якщо протягом 6-7 днів після пломбування кореневого каналу загострення не відбувалося, лікування закінчували накладенням постійної пломби. Віддалені результати прослідковані у 21 дитини. Через 12-18 місяців після лікування випадків загострення, видалення зубів не виявлено.

Результати дослідження та їх обговорення. *Приклад використання 1.* Пацієнту Д, 6 років, встановлено діагноз „субкомпенсована форма карієсу, загострення хронічного гранулюючого періодонтиту 75” за результатами загальноприйнятих клініко-інструментальних методів. В перше відвідування отримано пробу для ПЛР-діагностики з 75 шляхом занурення паперового штифта у порожнину зуба через сполучення з каріозною порожниною. Проведено розкриття порожнини зуба, механічну обробку кореневих каналів та медикаментозну розчином хлоргексидину біглюконату 0,05% «Фаргомед». Зуб залишено відкритим на 2 доби. ПЛР-діагностика показала наявність 3-х пародонтопатогенних мікроорганізмів: *A.actinomycetemcomitans*, *B.forsythus* і *T.denticola*. Призначено курс кларитроміцину: по 7,5 мг/кг ваги кожні 12 годин – 7 діб. У друге відвідування відзначено позитивну динаміку локального статусу, проведено механічну і медикаментозну обробку кореневих каналів 75, тимчасово obturovano кореневі канали гелем „ЕндАсепт” (фірма „Владміва”, Росія) на 3 доби під герметичну пов'язку. У третє відвідування відзначена позитивна динаміка. Отримано пробу для повторної ПЛР-діагностики. Кореневі канали 75 obturovano пастою, приготованою *ex tempore* на основі гелю „Ендосепт”, поставлено пломбу з склоіономерного цементу. Результати ПЛР-діагностики не виявили періодонтопатогенної мікрофлори. Протягом двох років загострення хронічного періодонтиту 75 не відзначається.

Приклад використання 2. У пацієнтки М., 4 років, встановлено діагноз „Декомпенсована форма карієсу, загострення хронічного гранулюючого періодонтиту 84. Хронічний гранулюючий періодонтит 74” за результатами загальноприйнятих клініко-інструментальних методів. За показаннями видалено 84 під відповідним знеболенням. Призначено курс кларитроміцину: по 7,5 мг/кг ваги дитини, двічі на добу – 7 діб, наступне відвідування призначене через 3 доби. Відібрано пробу для ПЛР-діагностики з верхівок кореневих каналів видаленого зуба. ПЛР-діагностика показала наявність 2-х пародонтопатогенних мікроорганізмів: *P.intermedia* та *B.forsythus*. У друге відвідування проведено лікування хронічного гранулюючого періодонтиту 74 за схемою: розкриття порожнини зуба, механічна й медикаментозна обробка кореневих каналів розчином хлоргексидину біглюконату 0,05% , тимчасова obturaція кореневих каналів гелем „Ендосепт” на 3 доби під герметичну пов'язку. У третє відвідування отримано пробу для повторної ПЛР-діагностики. Кореневі канали 74 obturovano пастою, приготованою *ex tempore* на основі гелю „Ендосепт”, поставлено пломбу з склоіономерного цементу. Результати повторної ПЛР-діагностики не виявили періодонтопатогенної мікрофлори.

Висновок

Наведені результати досліджень свідчать про успішну ерадикацію періодонтопатогенної інфекції і профілактику загострень періодонтитів тимчасових зубів у дітей.

Література

1. Терапевтическая стоматология детского возраста / Л.А. Хоменко, Ю.Б. Чайковский, А.В. Савичук, Н.О. Савичук / Под ред. Л.А. Хоменко. – К.: Книга плюс, 2007.– 815с.
2. Терехова Т.Н. Периодонтит у детей. Часть 1: Клиника / Терехова Т.Н., Кармалькова Е.А., Козловская Л.В. // Современная стоматология.-2005.-№2.-С.20.
3. Царев В.Н. Диагностика хронического периодонтита с помощью полимеразной цепной реакции и перспективы эндодонтического применения макролидов и цефалоспоринов / В.Н. Царев, А.В. Митронин, Ю.М. Максимовский и др. // Стоматология для всех.-2004.-№ 1.-С.8-11.]

4. Siqueira J. Molecular detection of black-pigmented bacteria in infection of endodontic origin / J.F. Siqueira, I.N. Roca, J.C. Oliveira, K.R. Santos // J.Endod.-2001.-Vol.27, N9.-P.563-566

Резюме

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТОВ
ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ**

Шешукова О.В.

Инфекционная этиология заболеваний периодонта является общепризнанной. Весомое влияние микробных пародонтопатогенов на развитие воспаления периодонта временных зубов требует разработки способа лечения периодонтитов, который включает применение адекватных антибактериальных препаратов. Представлен способ лечения периодонтитов временных зубов путем эрадикации основных микроорганизмов – представителей периодонтопатогенной инфекции с учетом иммунных реакций в перикорневых тканях зуба. По результатам клинических наблюдений доказана его эффективность.

Ключевые слова: заболевания периодонта, микробные пародонтопатогены, временные зубы, способ лечения.

Стаття надійшла 29.04.10

**PECULARITIES OF TEMPORARY TEETH
PERIODONTITIS TREATMENT**

Sheshukova O.V.

Contagious etiology of periodontium disease is the most conventional. The influence of microbic paradontopathogens on development of periodontium inflammation of temporary teeth in children is necessary make a modern way of treatment of periodontitis which includes the using of adequate antibacterial medications. The way of temporary teeth periodontium by means of eradication of the main microorganisms - representative of periodontopatogens infections taking into account of immune reaction of periapical tooth tissue. The effectiveness is approved on the base of clinical observation results.

Key words: periodontium disease, microbic periodontopathogens, temporary teeth, the way of treatment.