

СТОМАТОЛОГІЯ

© З.Г. Коротін, 2016

УДК 616.72 – 06:(616.311.2+616.314.17+616.314.19)–002–031.82]–085.326

З.Г. КОРОТІН

Національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра ортопедичної стоматології, Львів

ЕФЕКТИВНІСТЬ ОЗОКЕРИТОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА НА ФОНІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

У статті представлені результати клінічних досліджень хворих із дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба, ускладненою генералізованим пародонтитом із використанням природних факторів. У комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту з патологією скронево-нижньощелепного суглоба важливе місце належить застосуванню дії озокериту на патологічну тканину пародонта у поєднанні з ортопедичним медикаментозним лікуванням. Воно дозволяє усунути травматичну оклюзію, значно зменшити рухомість зубів, скоротити терміни медикаментозного лікування, а також прискорити реабілітацію даної групи хворих.

Ключові слова: озокеритотерапія, генералізований пародонтит, скронево-нижньощелепний суглоб

Вступ. Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), за даними різних авторів, трапляється у 27–67 % пацієнтів, які звертаються до стоматолога. Лікування хворих із патологією (СНЩС) є однією з найактуальніших і найскладніших проблем стоматології, зокрема ортопедичної стоматології [5, 6, 7, 8]. Поряд із патологічними процесами, що супроводжуються вираженими анатомо-морфологічними порушеннями і потребують хірургічних втручань, все частіше діагностуються дисфункціональні стани СНЩС, що супроводжуються захворюванням тканин пародонта, і для лікування яких недостатньо консервативних ортопедичних методів лікування [1, 3, 4].

На сьогоднішній день досить широко використовуються природні фактори при лікуванні основних стоматологічних захворювань із застосуванням озокеритотерапії. Озокерит є мінералом нафтового походження, який містить близько 85,7 % вуглеводів та 14,3 % водню, мінеральні масла, асфальтосмолисті речовини. До його складу входять також і органічні сполуки: метан, етан, етилен, пропілен, вуглекислий газ та сірководень. Озокерит вирізняється підвищенням діелектричного проникнення, а також вмістом біологічно активних речовин (естрогени, холіноподібні сполуки), які надають йому лікувальних властивостей. Він має велику теплоємність і малу теплопровідність,

що обумовлює значний позитивний лікувальний ефект при хронічних захворюваннях запального характеру.

Мета дослідження. Вивчити клінічні зміни у комплексному лікуванні хворих із патологією скронево-нижньощелепного суглоба на фоні генералізованого пародонтиту озокеритотерапією.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження були 24 хворих віком 30–55 років із дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба, ускладненою генералізованим пародонтитом І–ІІ ступенів важкості, яким проводилось комплексне медикаментозне лікування із озокеритотерапією (основна група). Групу порівняння склали 10 пацієнтів, яким проводились традиційні методи лікування без застосування фізіотерапії.

Діагностику генералізованого пародонтиту встановлювали згідно із загальноприйнятими клінічними ознаками та даними параклінічних методів обстеження. Діагноз встановлювали за класифікацією М.Ф. Данилевського (1999) [2].

Хворі з дисфункцією СНЩС скаржились на больові відчуття та хруст у місці ураженого суглоба, дратівливість, загальну слабкість, рухомість зубів. При огляді ротової порожнини ми спостерігали запальні зміни в тканинах пародонта зі значними над'ясенними та під'ясенними відкладеннями, виділеннями з пародонтальних кишень глибиною 1–3 мм.

Ступінь рухомості зубів був I–II ступенів. Спостерігали наявність травматичної оклюзії.

Ступінь активності запальних процесів у тканинах пародонта та їх поширеність визначали за допомогою папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА) та пародонтального індексу (П І), що склали відповідно $42 \pm 3,5$ % та $2,1 \pm 0,3$ до лікування в основній і порівняльній групах. Оцінку функціонального стану судин пародонта проводили за методом В.І. Кулаженко з метою визначення стійкості капілярів ясен. Вакуумна гематома утворювалась у межах $12 \pm 1,5$ с.

Під час лікування всім хворим, після проведення аплікаційної анестезії, проводили ретельне видалення зубних відкладень та інших патологічних подразників тканин пародонта (приясенні каріозні порожнини, неякісні пломби тощо). Пародонтальні кишені обробляли розчином перекису водню та 3 % розчином йоду (одноразово). В подальшому проводили протизапальну медикаментозну терапію із «Метрагіл Дента». При наявності рухомих зубів, з допомогою воскової пластинки або копіювального паперу проводили їх пришліфування з метою усунення травматичної оклюзії та зменшення перенавантаження на тканини пародонта. Після проведення пришліфування зуби покривали фторлаком.

При патології СНЩС ми призначали електрофорез 2 % лідокаїну з метою усунення болю, психоемоційний стан знімали за допомогою пірацетаму в дозі 0,2 тричі на день.

Після проведеного нами лікування в обох групах хворих, після усунення запальних явищ в основній групі призначали озокеритотерапію на тканину пародонта та аплікацію в ділянки ураження суглоба при t 40–45 ° С, тривалістю дії 20 хв, на курс лікування 12 процедур.

Статистичну обробку отриманого нами матеріалу виконували за допомогою програмного пакету Statistica.

Результати досліджень та їх обговорення. Після проведеного комплексного лікування у

хворих основної групи запальні явища патології тканин пародонта зменшились на 2–3-тє відвідування, ясна набували блідо-рожевого кольору, виділення з пародонтальних кишень були незначні та мали серозний характер. Резистентність судин пародонта збільшувалась до 28 ± 3 с. Зменшилась глибина пародонтальних кишень. Після лікування запальні зміни в тканинах ясен також зменшились, про що свідчать визначення ступеня індексної оцінки РМА та П І (вони знизились до $19,2 \pm 2,3$ % та $1,7 \pm 1,0$ відповідно). Патологічна рухомість зубів змінилась з II–I ступенів до I ступеня. Больові відчуття в ділянці ураженого суглоба зменшились або зникли, дратівливість пацієнтів зникла. Таким чином, вдалося досягнути усунення дискомфорту та неприємних відчуттів через дисфункцію суглоба.

В контрольній групі, після лікування даних патологічних змін, спостерігалось також покращення стану тканин пародонта та функції скронево-нижньощелепного суглоба, однак отримані результати були менш суттєвими. Так, патологічна рухомість зубів залишилась практично без змін, виділення з пародонтальних кишень продовжувались, больові відчуття в ділянці суглоба зменшились, але продовжували турбувати пацієнтів. Індексна оцінка стану пародонта, відповідно, не суттєво змінилась. Так, ПІ та РМА були в межах $2,0 \pm 0,1$ і 30 ± 2 %. Зі скарг хворих було з'ясовано, що вони частково залишались дратівливими та відчували незначний дискомфорт у скронево-нижньощелепному суглобі.

Висновки. Враховуючи вищесказане, слід зазначити, що при виборі у таких випадках методів лікування хворих із патологією скронево-нижньощелепного суглоба, ускладненню патологією тканин пародонта, з використанням озокеритотерапії, можна не тільки скоротити терміни лікування даної групи хворих, але й досягти більш ефективної стабілізації щелепно-лицевої ділянки в цілому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Генералізований пародонтит / Т.Д. Заболотний, А.В. Борисенко, А.В. Марков, І.В. Шилівський. — Львів: Гал Дент, 2011. — 239 с.
2. Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. — К.: Здоров'я, 2000. — 461 с.
3. Машенко И.С. Заболевания пародонта / И.С. Машенко. — Днепропетровск: КОЛО, 2003. — 272 с.
4. Мельничук Г.М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування / Г.М. Мельничук, М.М. Рожко, Н.В. Нейко. — Івано-Франківськ, 2004. — 284 с.
5. Рожко М.М. Ортопедична стоматологія / М.М. Рожко, В.П. Неспрядько. — К.: Книга Плюс, 2003. — 584 с.
6. Семкин В.А. Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов: клиника, диагностика, лечение / В.А. Семкин, Н.А. Рабухина. — М.: ЗАО Редакция журнала «Новое в стоматологии». — 2000. — 56 с.
7. Klinische Funktionsanalyse. Interdisziplinäres Vorgehen mit optimierten Befundbogen / M.O. Ahlers, H.A. Jakstat, U.K. Bingel [et al.]. — Hamburg: DentaConcept, 2007 — P. 590.
8. Manfredini D. Current concepts on temporomandibular disorders / D. Manfredini. — London, Berlin, Chicago: Quintessence publishing Co. Ltd, 2010. — 498 p.

Z.G. KOROTIN

Danylo Halytskyi National Medical University, Department of Orthopedic Dentistry, Lviv

THE EFFICIENCY OF OZOKERIT THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT ON THE BACKGROUND OF GENERALIZED PERIODONTITIS

This article presents results of clinical studies of patients with dysfunction of the temporomandibular joint, complicated with generalized periodontitis with the use of natural factors. In the complex treatment of generalized periodontitis with dysfunction of temporomandibular joint the important place belongs to the use of ozokerite on the pathological tissue of the periodontium in conjunction with orthopedic medical treatment. It enables you to eliminate traumatic occlusion, significantly to reduce mobility of teeth, reduce the time of medical treatment, and to speed the rehabilitation of this group of patients.

Key words: ozokerit therapy, generalized periodontitis, temporomandibular joint

Стаття надійшла до редакції: 27.01.2016 р.