

5. **Козлов В. А.** Динамика морфологических изменений тканей верхнечелюстной пазухи при экспериментальном перфоративном синусите / В. А. Козлов, Г. Б. Трошкова, Н. М. Кочубей, В. В. Некачалов // Стоматология. – 1982. – Т.61. - №1. – С.49-51.

6. **Лузина В. В.** Лечение больных одонтогенным гайморитом в условиях поликлиники: автореф. дис. на получения учёной степени канд. мед. наук: спец.14.00.21. «стоматология» / В. В. Лузина. – Москва, 1987. – 16с.

7. Пат. 1519664 СССР МПК А 61 В 17/00 Способ лечения гайморита / Маланчук В.А., Скворцова И.Г. № 4373659/28-14 от 05.02.1988г.

8. **Мануйлов О. Е.** Объем и методы обследования больных с одонтогенными гайморитами / О. Е. Мануйлов, В. С. Агапов, М. Г. Панин // Проблемы и перспективы научных исследований в теоретической и практической медицине. Москва. – 1980. – С. 41-44.

9. **Лазарев А. И.** Методика неотложной пластики при перфорации дна верхнечелюстной пазухи / А. И. Лазарев, С. Э. Честникова, В. С. Пискунов, И. Г. Бочарова // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 2006. - №3. - С. 228-229.

10. **Скоробогатый В. В.** Способ хирургической реабилитации больных хроническим одонтогенным перфоративным гайморитом / В. В. Скоробогатый // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2004. №5. - С. 44-45.

11. **Тышко Ф. А.** Хирургическое лечение при оросиномаксиллярных свищах, осложненных одонтогенным гайморитом / Ф. А. Тышко, О. К. Дядченко, Д. Ф. Тышко, А. В. Хрукало // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2000. - №2. – С.124-125.

12. **Stammler H.** Functional endoscopic sinus surgery // The essrklinger technique. Philadelphia: B.C. Decker, 1991. – P. 529.

13. **Boenninghaus H. G., Kirsch T., Lehnhardt E.** Diagnostic und operative indikationen der odontogenen und rhinogenen Kieferhohlenerkrankungen // Z. Laryng. Rhinol. – 1973. – Bd. 52, N12. – P.851-865.

Поступила 18.06.12



УДК 616.314 + 616.716.1 /4] – 007 – 089.15

О. А. Кобцева

Донецкий национальный медицинский университет

ОБГРУНТОВАНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ БІОМЕТРИЧНИХ МЕТОДИК ПРИ ПЛАНУВАННІ АПАРАТУРНО - ХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ

Обстежено 46 пар початкових гіпсових моделей щелеп пацієнтів 11-25 років за допомогою методик Н. Г. Снагіной, W. Bolton, R. Little, A. Pont, G. Korkhaus, Nance, H. Gerlach і G. P. Schmuth з метою оцінки інформативності даних методик при плануванні ортодонтичного лікування з видаленням перших премолярів верхньої щелепи. Всі біометричні методики підтвердили свою актуальність для визначення особливостей будови зубощелепної системи пацієнтів, складання плану лікування та послужили ортодонтичним показанням для видалення верхніх перших премолярів.

Ключові слова: біометричні методи діагностики, аналіз діагностичних моделей щелеп, планування ортодонтичного лікування.

Е. А. Кобцева

Донецкий национальный медицинский университет

ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИОМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ АППАРАТУРНО-ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

Обследовано 46 пар исходных гипсовых моделей челюстей пациентов 11-25 лет с помощью методик Н.Г. Снагиной, W.Bolton, R.Little, A.Pont, G.Korkhaus, Nance, H.Gerlach и G. P. Schmuth с целью оценки информативности данных методик при планировании ортодонтического лечения с удалением первых премоляров верхней челюсти. Все биометрические методики подтвердили свою актуальность для определения особенностей строения зубочелюстной системы пациентов, составления плана лечения и послужили ортодонтическим показанием для удаления верхних первых премоляров.

Ключевые слова: биометрические методы диагностики, анализ диагностических моделей челюстей, планирование ортодонтического лечения.

Е. А. Kobtseva

Donetsk National Medical University

JUSTIFICATION FOR THE USE OF THE BIOMETRIC METHODS FOR PLANNING OF COMBINED METHOD OF DENTOALVEOLAR ANOMALIES TREATMENT

The informative level of the biometric methods for planning of orthodontic treatment with the extraction of upper first premolars was assessed. 46 pairs of the initial diagnostic casts of patients 11-25 years with the help of methods by N.G.Snagina, W.Bolton, R.Little, A.Pont, G.Korkhaus, Nance, H.Gerlach and G. P. Schmuth were examined. All of the biometric methods proved to be relevant to determine the structural features of the patients' maxillo dental system, the plan of treatment and were served as orthodontic indication for extraction of the upper first premolars.

Key words: the biometric methods of diagnostics, analysis of diagnostic casts, the planning of orthodontic treatment.

Робота є фрагментом НДР кафедри стоматології дитячого віку ДонНМУ «Розробка та апробація нових методик лікування й профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей Донбасу», № державної реєстрації 0109U008706.

Успіх лікування зубощелепних аномалій багато в чому визначається точністю діагностики [2]. Протягом багатьох років ортодонтами були запропоновані різні методи дослідження. Зокрема, в діагностиці аномалій зубів і зубних рядів широко використовуються біометричні дослідження гіпсових моделей щелеп [3]. При метричних дослідженнях істотне значення має дотримання послідовності, тобто алгоритму діяльності. Спочатку необхідно визначити клінічні симптоми, а потім вибрати методи вимірювання [1]. Результати аналізу діагностичних моделей мають велике значення при визначенні мети та плану ортодонтичного лікування.

Мета дослідження. Оцінити інформативність біометричних методів аналізу моделей щелеп при плануванні ортодонтичного лікування з видаленням перших премолярів верхньої щелепи.

Матеріал та методи дослідження. Для вивчення морфометричних показників зубів, зубних рядів та актуальності використання антропометричних методик при плануванні лікування незмінною технікою з видаленням перших верхніх премолярів досліджено 46 пар гіпсових моделей щелеп пацієнтів 11 – 25 років, зроблених до початку ортодонтичного лікування, в постійному періоді прикусу з аномаліями окремих зубів при нейтральному (18 осіб; 39,13 %) і

дистальному (28 осіб; 60,87 %) прикусах. Використовувалися наступні антропометричні методи: Н.Г. Снагіної (1982), W.Bolton (1958), R.Little (1990), A.Pont (1907) з виправленнями Н.Linder і G.Harth (1930), G.Korkhaus (1936), G. P. Schmuth, Nance та H.Gerlach (1966).

Результати дослідження та їх обговорення. За даними вимірювання суми мезіодистальних розмірів чотирьох верхніх і чотирьох нижніх різців, їх розміри дорівнювали у середньому $31,61 \pm 0,34$ мм і $23,09 \pm 0,20$ мм відповідно, що відповідало антропометричній нормі (табл. 1).

Таблиця 1

Характеристика зубів за сумою мезіодистальних розмірів різців (M±m)

Розмір різців	Верхня щелепа			Нижня щелепа		
	Кількість пацієнтів		Середнє значення, мм	Кількість пацієнтів		Середнє значення, мм
	n	%		n	%	
Мікродентія	2	4,35 ± 3,01	27,0±0,20*	2	4,35 ± 3,01	19,35±0,15*
Нормодентія	32	65,57 ± 6,78	30,75±0,22*	44	95,65 ± 3,01	23,26±0,17*
Відносна макродентія	5	15,22 ± 5,29	33,90±0,26*	-	-	-
Абсолютна макродентія	7	10,87 ± 4,59	35,74±0,45*	-	-	-

Примітка: * - $p < 0,001$ між середніми показниками розмірів зубів.

Дефіцит місця для зубів на верхній дузі, за методикою Н.Г. Снагіної, був виявлений у всіх обстежених, оскільки даний показник був критерієм вибору пацієнтів для даного дослідження. Середнє значення показника загальної недостатності місця для верхніх зубів склало $7,00 \pm 0,43$ мм. Виділяли три ступені важкості загального недоліку місця:

- 1 ступінь - недолік місця становив $3,24 \pm 1,14$ мм
- 2 ступінь - недолік місця становив $4,05 \pm 0,41$ мм
- 3 ступінь - недолік місця становив $6,20 \pm 0,32$ мм

Переважає кількість обстежених - 32 пацієнта ($65,58 \pm 6,78$ %) мали 3 ступінь тяжкості дефіциту місця для верхніх зубів ($p < 0,001$). У 6 осіб ($13,04 \pm 4,97$ %) вимірювання показали наявність 2 ступеня тяжкості, і у 8 пацієнтів ($17,38 \pm 5,59$ %) - 1 ступеня тяжкості. Визначення загального дефіциту місця у зубному ряду на нижній щелепі показало, що дана проблема має місце у 38 пацієнтів ($82,61 \pm 5,59$ %). Середнє значення показника загальної недостатності місця для зубів склало $3,67 \pm 0,43$ мм. У 8 обстежених ($17,39 \pm 5,59$ %) був відсутній дефіцит місця для зубів. Перший ступінь тяжкості недостатності місця діагностовано у 19 пацієнтів ($41,30 \pm 7,26$ %). 3 обстежених ($6,52 \pm 3,64$ %) мали 2 ступінь тяжкості. Дефіцит місця для нижніх зубів у 16 пацієнтів ($34,78 \pm 7,02$ %) характеризувався 3 ступенем тяжкості.

Таким чином, біометричний аналіз загальної недостатності місця виявив значний дефіцит місця для зубів верхньої щелепи, у вигляді переважання 3 ступеня тяжкості ($p < 0,001$), що стало одним з показань для ортодонтичного лікування з видаленням перших премолярів верхньої щелепи.

Визначення пропорційності розмірів верхніх і нижніх зубів, яке здійснювалося за допомогою аналізів за Bolton та Little, показав що співвідношення «anterior ratio» тільки у 1 ($2,17 \pm 2,15$ %) обстеженого знаходилося в межах норми. У 19 пацієнтів

($41,30 \pm 7,26$ %) спостерігалася диспропорція розмірів фронтальних сегментів у вигляді переважання розмірів верхніх зубів над нижніми. Величина диспропорції за методом Літтля у цих пацієнтів в середньому склала $1,07 \pm 0,14$ мм. Диспропорція розмірів передніх зубів за рахунок збільшення розмірів нижніх по відношенню до верхніх зубів спостерігалася у 26 пацієнтів ($56,53 \pm 7,31$ %). Кількісний показник диспропорції за методом Літтля в даному випадку склав $1,49 \pm 0,18$ мм.

Аналіз результатів вивчення співвідношення «posterior ratio» показав, що лише у 5 ($10,87 \pm 4,59$ %) обстежених даний параметр знаходився в межах норми. У 23 випадках ($50 \pm 7,37$ %) мала місце диспропорція розмірів зубів з переважанням верхніх зубів над нижніми. Диспропорція розмірів зубів у кількісному вигляді в середньому дорівнювала $2,74 \pm 0,50$ мм. Переважання мезіодистальних розмірів 12-ти нижніх зубів над шириною аналогічних верхніх зубів було діагностовано у 18 пацієнтів ($39,13 \pm 7,19$ %). Величина диспропорції за методом Літтля в даному випадку склала $2,11 \pm 0,28$ мм.

Слід зазначити, що методики W. Bolton і R.Little підтвердили, вищенаведеними даними дослідження, свою актуальність у діагностиці диспропорцій мезіодистальних розмірів зубів.

Для визначення особливостей будови зубних рядів у *трансверсальній* площині проводилося вивчення ширини зубних дуг за методом A.Pont з виправленнями Н.Linder і G.Harth. Отримані нами результати свідчать про те, що ні в одного пацієнта не спостерігалось відповідності ширини *верхньої зубної дуги* в області *перших премолярів* значенням норми даного параметра. Середнє значення показника ширини між *першими верхніми премолярами* серед всіх обстежених склало $33,1 \pm 0,34$ мм, що достовірно менше порівняно зі середнім показником індивідуальної норми, який

дорівнював $37,54 \pm 0,47$ мм ($p < 0,001$). Звуження верхньої зубної дуги в області премолярів зазначалося у 41 ($89,13 \pm 4,59$ %) обстеженого, середня величина звуження склала $5,13 \pm 0,41$ мм. Розширення зубного ряду верхньої щелепи між першими премолярами діагностовано у 5 ($10,87 \pm 4,59$ %) пацієнтів, середня величина невідповідності дорівнювала $2,18 \pm 0,37$ мм. Нами встановлено, що тільки у 2 обстежених ($4,35 \pm 3,01$ %) значення ширини *нижньої зубної дуги* в області перших премолярів знаходилися в межах довірчих інтервалів індексів Linder — Harth. Результати

вимірювання ширини між першими премолярами нижньої щелепи серед всіх обстежених в середньому склали $34,42 \pm 0,38$ мм, при середньому показнику індивідуальної норми - $37,54 \pm 0,47$ мм ($p < 0,001$). У 38 пацієнтів ($82,61 \pm 5,59$ %) відзначалося звуження нижнього зубного ряду в області премолярів, середнє значення невідповідності склало $3,96 \pm 0,37$ мм. Збільшення трансверзального розміру в даній ділянці діагностовано в 6 осіб ($13,04 \pm 4,96$ %), середня величина розширення дорівнювала $1,82 \pm 0,29$ мм (рис. 1).

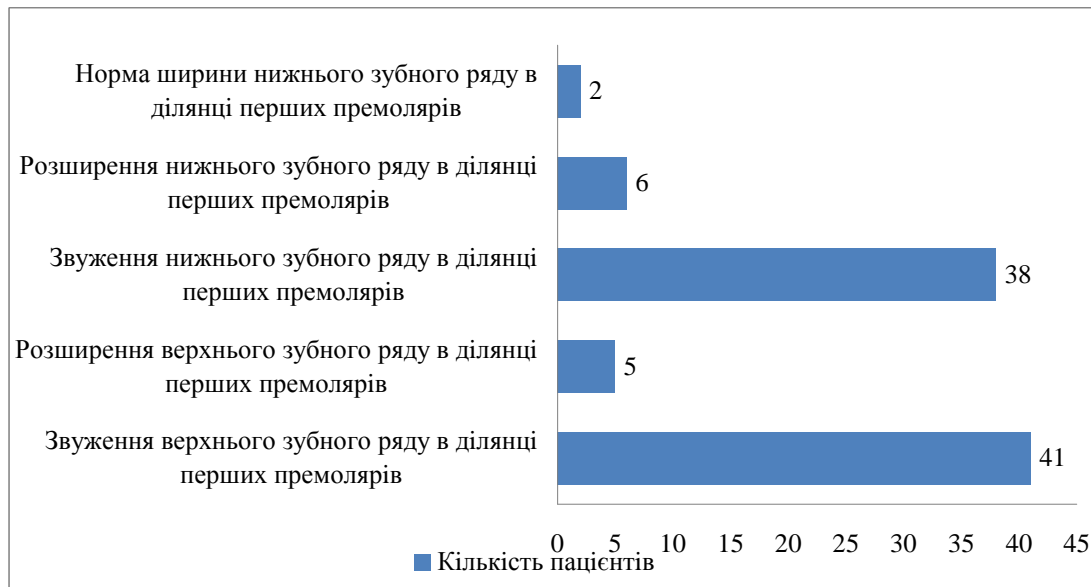


Рис. 1. Результати вимірювання ширини верхнього та нижнього зубних рядів у ділянці перших премолярів за методом A.Pont.

Відповідність ширини *верхньої зубної дуги* в області *перших молярів* значенням норми даного параметра за Linder - Harth було виявлено у 1 обстеженого ($2,17 \pm 2,15$ %). Середнє значення показника ширини між першими верхніми молярами серед всіх обстежених склало $44,55 \pm 0,36$ мм, що достовірно менше порівняно із середнім показником індивідуальної норми, який дорівнював $48,82 \pm 0,51$ мм ($p < 0,001$). Звуження спостерігалось у 39 пацієнтів ($84,78 \pm 5,29$ %) і склало в середньому $5,29 \pm 0,47$ мм. Розширення зубного ряду верхньої щелепи між першими молярами діагностовано у 6 ($13,04 \pm 4,96$ %) пацієнтів, середня величина невідповідності дорівнювала $1,50 \pm 0,35$ мм. Визначення ширини *нижнього зубного ряду* в області *перших молярів* виявило відповідність нормативу індивідуальної ширини у 3 пацієнтів ($6,52 \pm 3,64$ %). Трансверзальний розмір зубної дуги між першими нижніми молярами серед всіх пацієнтів в середньому дорівнював $47,12 \pm 0,38$ мм, при середньому значенні індивідуальної норми $48,82 \pm 0,51$ мм ($p < 0,001$). Аналіз вимірювань в ділянці перших нижніх молярів виявив звуження зубної дуги у 32 обстежених ($69,56 \pm 6,78$ %), величина невідповідності в середньому склала $3,29 \pm 0,39$ мм. Розширення в цій області було визначено у 11 пацієнтів ($23,91 \pm 6,29$ %), середній показник відхилення в даному випадку дорівнював $2,14 \pm 0,33$ мм. Отже, як і у випадку з дослідженням ширини зубних дуг між першими премолярами, кількість випадків зі звуженням зубних рядів в області перших молярів верхньої та

нижньої щелепи значно переважає над числом обстежених з розширенням зубного ряду в цієї області ($p < 0,001$).

Вивчення особливостей будови зубних рядів пацієнтів у *сагітальній площині* ми починали з дослідження *довжини передніх відрізків зубних дуг* за методом G.Korkhaus. Результати дослідження представлені на рис. 2. Тільки у 2 пацієнтів ($4,35 \pm 3,01$ %) величини передніх відрізків верхньої та нижньої зубної дуги відповідали сумі мезіодистальних розмірів чотирьох верхніх різців. Вкорочення переднього відрізка верхнього зубного ряду виявлено у 39 обстежених ($84,78 \pm 5,29$ %), величина невідповідності склала $3,09 \pm 0,27$ мм. Схожу ситуацію діагностовано на нижній щелепі у 41 пацієнта ($89,13 \pm 4,59$ %). Розбіжність показника довжини переднього відрізка з даними норми дорівнювало $2,45 \pm 0,26$ мм. Подовження переднього сегмента верхнього зубного ряду по відношенню до значень антропометричної норми цього показника виявлено у 5 обстежених ($10,87 \pm 4,59$ %), середня величина невідповідності склала $1,08 \pm 0,58$ мм. На нижній щелепі аналогічне порушення визначено у 3 осіб ($6,52 \pm 3,64$ %) і у середньому склало $1,66 \pm 0,27$ мм.

Аналізуючи результати дослідження вимірювання величин передніх сегментів зубних дуг слід відзначити поширеність вкорочення фронтального відділу верхнього і нижнього зубних рядів серед обстежених ($p < 0,001$).

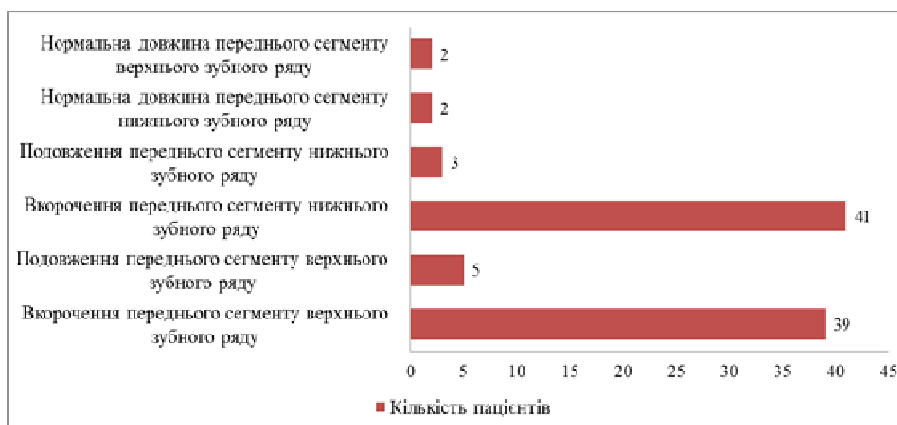


Рис. 2. Результати вимірювання довжини передніх сегментів зубних рядів за методом G.Korkhaus.

Відповідність загальної довжини зубних дуг сумі мезіодистальних розмірів 12 постійних зубів вивчалася за методом Nance і була виявлена у 2 обстежених (4,35±3,01 %) на верхній дузі і у 9 пацієнтів (19,57±5,85 %) на нижній дузі. Зменшення загальної довжини верхнього зубного було виявлено у 41 пацієнта (89,13±4,59 %), середня величина вкорочення дорівнювала 5,61±0,57 мм. Аналогічну ситуацію діагностовано на нижній щелепі у 36 пацієнтів (78,26±6,08 %), середня величина вкорочення склала 5,03±0,55 мм. Отримані результати також показали, що загальна довжина

верхнього зубного ряду у 3 обстежених (6,52±3,64 %) і у 1 пацієнта на нижній щелепі перевищувала суму ширини коронок 12 зубів зі середнім показником 4,90±1,84 мм та 4,5 мм відповідно. Швидше за все, подовження зубного ряду в цих випадках можна пояснити протрузією різців.

При вивченні сегментів верхнього і нижнього зубних рядів за методикою Н. G. Gerlach були встановлені наступні варіанти співвідношення їх величин (табл. 2):

Таблиця 2

Показники розмірів сегментів зубних рядів (M ± m)

Сегменти зубних дуг	Верхня щелепа	Нижня щелепа
Фронтальний сегмент, мм	31,61 ± 0,34***	23,09 ± 0,20**
Довжина правого бічного сегменту, мм	30,57 ± 0,43*	29,97 ± 0,39*
Довжина лівого бічного сегменту, мм	30,59 ± 0,39*	30,38 ± 0,32*

Примітка. * - p > 0,05 між бічними сегментами зубних дуг; ** - p < 0,001 по відношенню до довжини бічних сегментів; *** - p < 0,05 по відношенню до довжини бічних сегментів.

- Середня величина фронтального сегмента верхньої щелепи дорівнювала 31,61±0,34 мм, що було достовірно більше середньої величини SI' (добутку суми мезіодистальних розмірів нижніх різців на індекс Тона -1,33), яка склала 30,67±0,28 мм (p<0,05). А це свідчить про те, що величини переднього сегмента верхнього і нижнього зубних рядів непропорційні в розмірах, що також підтверджувалося результатами аналізу за Bolton.

- Розмір переднього сегмента верхнього зубного ряду був достовірно більше величин правого і лівого бічних сегментів верхньої щелепи у 23 (50,0±7,37 %) пацієнтів (p<0,05). Розмір переднього сегмента нижнього зубного ряду був достовірно менше величин правого і лівого бічних сегментів нижньої щелепи у всіх 46 (100 %) пацієнтів (p<0,001).

- Величини бічних сегментів верхньої та нижньої щелепи між собою були достовірно еквівалентні (p>0,05).

Таким чином, дослідження пропорційності зубних сегментів за методикою Н. G. Gerlach виявило,

що найбільш характерними порушеннями сегментарних співвідношень були превалювання величини фронтального сегмента верхньої щелепи над розмірами бічних сегментів і непропорційність співвідношення розмірів передніх ділянок верхнього і нижнього зубних рядів.

Результати визначення мезіального зсуву перших верхніх премолярів за методикою G. P. Schmutz, свідчать про те, що нормальне розташування перших премолярів щодо діагностичної лінії RPT (шовно-сосочкової поперечної лінії) було виявлено у 25 пацієнтів (54,35 ± 7,34 %), а патологічний зсув бічних зубів мали 21 (45,65 ± 7,34 %) з обстежених (p > 0,05). Серед пацієнтів, у яких діагностовано дану патологію, 13 осіб (28,26 ± 6,64 %) мали одностороннє мезіальне зміщення бічного сегмента і у 8 обстежених (17,39±5,59 %) виявлений двосторонній мезіальний зсув (p > 0,05).

Висновки. З огляду на вищевикладене можна зробити висновок про те, що методи біометричного аналізу моделей щелеп пацієнтів підтвердили свою актуальність для визначення особливостей будови зу-

бошелепної системи та плану ортодонтичного лікування. Показанням для видалення перших верхніх премолярів з подальшим лікуванням незнімною технікою обстежених пацієнтів стали результати аналізу гіпсових моделей щелеп за методиками Н. Г. Снагіної, W. Bolton, R. Little, A. Pont, G. Korkhaus, Nance, H. Gerlach та G. P. Schmutz. На цій підставі можна говорити про обґрунтованість застосування біометричного аналізу моделей щелеп для планування апаратурно-хірургічного методу лікування зубощелепних аномалій з видаленням перших премолярів верхньої щелепи в період постійного прикусу.

Список літератури

1. **Арсенина О. И.** Диагностика и планирование ортодонтического лечения пациентов со скученным положением зубов с использованием эластомерных корригирующих капп / О. И. Арсенина, А. Н. Ряховский, Н. М. Сафарова // Ортодонтия. – 2011. - №2. – С.78-80.
2. **Булекова О. В.** Пределы ортодонтического вмешательства при лечении аномалий зубочелюстной системы: автореф. дис. на здобуття наук ступеня канд. мед. наук: спец.14.00.21 «Стоматологія» / О. В. Булекова - Тверь, 2007. – 24с.
3. **Дьячкова Я. Ю.** Совершенствование методов диагностики зубочелюстных аномалий посредством компьютерных технологий: автореф. дис. на здобуття наук ступеня канд. мед. наук: спец.14.00.21 «Стоматологія» / Я. Ю. Дьячкова - Москва, 2009. – 58 с.

Надійшла 07.07.12



УДК 616-08+616.9+616.724

Э. Т. Ахмедов

Азербайджанский Медицинский Университет

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ АРТРИТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Среди челюстно-лицевых патологий заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава по сложности диагностики и лечебного процесса остаются очень актуальными проблемами. В нашей клинике в патогенетическом лечении хронических инфекционных артритов височно-нижнечелюстного сустава мы применили два новых метода – селективный ингибитор циклооксигеназа-2 препарат Нимесулид и ультразвуковую терапию с препаратом Кортоспан. А это привело к быстрому выздоровлению больных, улучшению функции сустава и предотвращению осложненных хронических воспалительных процессов. Изучения отдаленных результатов подтвердили эффективность проведенного патогенетического лечения больных с хроническими инфекционными артритами височно-нижнечелюстного сустава.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, хронические инфекционные артриты, новые методы лечения.

Е. Т. Ахмедов

Азербайджанський Медичний Університет

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ АРТРИТІВ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛІПНОГО СУГЛОБУ

Серед скронево-лицьових патологій захворювання і пошкодження скронево-нижньощелепного суглобу по складності діагностики і лікувального процесу залишаються дуже актуальними проблемами. У нашій клініці в патогенетичному лікуванні хронічних інфекційних артритів скронево-нижньощелепного суглобу ми застосували два нові методи – селективний інгібітор циклооксигеназа-2 препарат Німесулід і ультразвукову терапію з препаратом Кортоспан. А це привело до швидкого одужання хворих, поліпшення функції суглобу і запобігання ускладненням хронічних запальних процесів. Вивчення віддалених результатів підтвердили ефективність проведеного патогенетичного лікування хворих з хронічними інфекційними артритами скронево-нижньощелепного суглобу.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, хронічні інфекційні артрити, нові методи лікування.

E. T. Ahmedov

Azerbaijan Medical University

THE PATHOGENETIC TREATMENT OF CHRONICAL INFECTIOUS ARTHRITIS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINTS

The temporomandibular joints diseases and damages are more actual problems in the maxillofacial pathology due to complicated diagnostics and treatment process. In our clinic we implemented two new methods of the pathogenetic treatment of chronic infectious arthritis of the temporomandibular joint. We used selective inhibitors of cyclooxygenase-2 preparate Nimesulid and ultrasonic therapy with preparate Kortospan in the complex treatment. As a result of this the functions of joint, has been improved the patients recovered quickly and chronic inflammatory been prevented as well. The study of postponded results of our clinical exploration confirmed the effectiveness of treatment methods.

Key words: temporomandibular joint, chronic infectious arthritis, new treatment methods.

Актуальность проблемы. Патология височно - нижнечелюстного сустава по сложности диагностики и лечения отличается от других заболеваний и повреждений челюстно-лицевой области [5, 7]. Правильное и своевременное лечение больных с патологиями височно-нижнечелюстного сустава является одной из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии и современной стоматологии.

Среди всех нозологических форм височно-нижнечелюстного сустава патогенетическое лечение хронических инфекционных артритов имеет важное значение и является одним из распространенных патологий [2, 6]. Сложность клиники, трудность диагностики, проблема неэффективности проведенной терапии и выбор тактики комплексного лечения больных с хроническими инфекционными артритами височно-нижнечелюстного сустава доказывает специфичность