

In 1 year after operation, we inspected 56 patients (46,6% from total number). In 7,4% and 27,58% of cases of the surveyed representatives of the main and control groups sites of deformation of a postoperative hem were respectively revealed. Thus at patients in control group sites of its gradualness and a hypertrophy that was caused by a partial divergence of edges of a wound and its healing under a scab were defined. Representatives of the main group the created scar had a roundish form, with a diameter within 1-4 mm (on the average  $2,1 \pm 0,32$ ).

Conclusion: 1. The analysis of clinical course of early postoperative period (the first 7 days) allowed us to establish that the fast decrease of local inflammatory reactions in the patients of the main group promoted the optimization for recovery processes, accelerating terms of wound epitelization, esthetics of postoperative scar and pointed to advantages of the surgical technique offered by us (cystotomy) over conventional (radical) approach. 2. Results of the LDF-monitoring which has been carried out in the early postoperative period, testify to available significant distinctions in microhaemodynamics indicators in the patients of the groups of comparison. As microcirculation disturbances serve as one of typical signs indicating the damage of organs and tissues, it becomes obvious that the expressed changes of microhaemodynamics developing in similar cases are the reflection of reaction to more traumatic surgical intervention as it was in the patients in control group (in comparison with the main group). 3. The analysis of the remote results of the surgeries for patients with facial sebaceous cysts point to the advantages of the surgical technique offered, allowing to carry out operations through small surgical access, to keep thus high medical effect and to raise esthetic indicators of postoperative scars.

УДК: 616.31-001.3..616-084

Горай М. А.

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИРЕЦИДИВНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ МЕХАНІЧНИХ ТРАВМ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

*Проведено диспансерне спостереження та оцінку ефективності протирецидивного лікування і профілактичних заходів у хворих із хронічними травматичними ураженнями слизової оболонки порожнини рота в найближчі та віддалені терміни спостереження після проведеного лікування, за даними клінічного обстеження та показниками рівня гігієни порожнини рота. Встановлено високу ефективність проведеного курсу протирецидивного лікування.*

*Ключові слова:* хронічна механічна травма слизової оболонки, профілактика, індекс гігієни.

### Вступ

Основне значення в етіології та розвитку хронічних пошкоджень слизової оболонки надається місцевим чинникам, а саме зруйнованим коронкам зубів, нависаючим краям пломб, неякісно виготовленим незнімним та знімним протезам, порушенням прикусу, мінералізованим зубним відкладенням, шкідливим звичкам тощо [2]. При довготривалій дії механічних подразників спостерігається розвиток хронічного катарального запалення (що супроводжується набряком та гіперемією), гіперплазією, деструктивними змінами та розвитком кератозу та гіперкератозу з залученням в запальний процес власної слизової оболонки [1]. Частіше хронічні механічні травматичні ураження зустрічаються у людей похилого віку. Це пов'язано з віковими змінами, що відбуваються в слизовій оболонці в похилому та старечому віці [6]. До таких змін відносяться витончення епітеліального покриву, явища дистрофії в епітеліальних клітинах як наслідок склеротичних, атрофічних і дистрофічних змін, пов'язаних з порушенням трофіки. Передумовою виникнення хронічного запального процесу в слизовій оболонці є зниження тургору слизової оболонки, висоти прикусу внаслідок патологічно-

го стирання зубів, повна, або часткова відсутність зубів [4]. У похилому віці сповільнюються процеси регенерації слизової оболонки, що є причиною тривалого загоювання ушкодженої слизової оболонки. Підтримка цілісності бар'єрних властивостей епітеліального шару слизової оболонки порожнини рота забезпечується поєднанням трьох взаємно врівноважених і одночасно протікаючих процесів регенерації, диференціювання і десквамації [5], що регулюється переважно імунною та ендокринною системами.

Враховуючи наявність гормональних і імуніологічних дисфункцій у хворих з запально-деструктивними і кератотичними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота перспективним є використання для профілактики розвитку травматичних уражень препаратів, що мають компенсувати наслідки цих дисфункцій і підвищити стійкість слизової оболонки до дії травматичних факторів. Увагу потрібно приділити препаратам та біологічним добавкам на основі рослинних компонентів, що використовують для корекції естрогенного та імунного фону у людей похилого віку в період менопаузи.

### Мета дослідження

Оцінка ефективності профілактичних заходів та протирецидивного лікування у хворих з хронічними травматичними ураженнями слизової оболонки порожнини рота в найближчі та віддалені терміни спостереження.

### Матеріали та методи

Для об'єктивної оцінки ефективності профілактичних заходів та протирецидивного лікування проведено диспансерне обстеження хворих після лікування запально-деструктивних і кератотичних уражень слизової оболонки порожнини рота травматичного походження. 53 хворих склали основну групу (з хронічною травматичною еритемою - 17 осіб, хронічною травматичною ерозією - 9, з декубітальною виразкою - 6, з плоскою формою лейкоплакії - 18, з верукозною - 3) і 57 - порівнювальну (відповідно 18, 10, 7, 19, 3 хворих), віком від 55 до 78 років. Клінічне обстеження включало опитування, вивчення анамнезу захворювання і життя хворого та проведення основних методів дослідження: пальпацію, перкусію і зондування.

При зборі анамнезу враховували тривалість захворювання, його динаміку, наявність рецидивів і терміни ремісії. Уточнювали тривалість проведеного раніше лікування і його ефективність. Враховували навички гігієнічного догляду за порожниною рота, використання нестандартних засобів для гігієни порожнини рота.

Виявляли перенесені та супутні стоматологічні і загально соматичні захворювання, наявність шкідливих звичок: паління, звичного кусання слизової оболонки губ, щік.

При огляді визначали наявність патологічних змін слизової оболонки порожнини рота, язика, губ, піднебіння. Проводили визначення стану зубів, зубних рядів і прикусу. Звертали увагу на наявність у порожнині рота ортопедичних конструкцій, особливо часткових або повних знімних протезів, наявність зруйнованих коронок зубів, порушення прикусу. Виявляли наявність нових подразників слизової оболонки: гострі кути зубів, пломб, протезів, зубних відкладень, зубів, розміщених поза дугою.

У всіх обстежених проводили візуальну оцінку стану слизової оболонки порожнини рота: оцінювали колір, вологість, тургор тканин, визначали рівень гігієни порожнини рота за спрощеним індексом Гріна - Вермільона (ОHI - S) [3]. Проводили пальпацію регіональних лімфатичних вузлів і визначали їх болючість.

Протирецидивне лікування включало біологічно-активну добавку «Аргінін - цинк», по 1 капсулі 1 раз в день підчас їжі протягом трьох тижнів, що містить 500 мг аргініну та 4 мг цинку. Аргінін є умовно - незамінною амінокислотою, основним елементом білків, що не синтезується у дітей та людей похилого віку. Регулює судинну проникність, покращує мікроциркуляцію, підтримує нормальний рівень холестерину в крові, впливає на регенерацію тканин. Цинк - приско-

рює загоювання ран, є непрямим антиоксидантом та проявляє антиандрогенний ефект [9]. Для підвищення реактивності організму хворих і опору негативної дії загальних та місцевих пошкоджуючих факторів хворим з хронічними механічними травмами слизової оболонки порожнини рота призначали полівітамінний комплекс «Декамевіт» по 1 капсулі 1 раз в день після їжі протягом трьох тижнів.

Для підвищення естрогенної насиченості організму хворих призначали відвар кореня солодки голої по 1 столовій ложці 3 рази на день, протягом 3 тижнів [8]. Методика приготування відвару: 15 г кореня солодки на 1 стакан води, кип'ятити 10 хвилин, настоювати 1 годину. Відвар кореня солодки призначали по 1 ст. ложці 3 рази у день. Для усунення дефіциту лактоферину в організмі всім хворим рекомендували випити 2 літри молока в день. За даними авторів [7] в 2 літрах молока міститься 0,1-0,2 г/л лактоферину, що забезпечує добову норму цього ферменту. Протирецидивний курс проводили 1 раз на рік хворим на хронічну травматичну еритему, ерозію і декубітальну виразку, 2 рази на рік - хворим з лейкоплакією слизової оболонки порожнини рота.

Враховуючи поганий рівень гігієни у хворих для щоденного догляду за ротовою порожниною, ми рекомендували обов'язкове використання: зубної пасти 2 рази на день для чистки зубів PresiDENT Classic з вмістом екстракту шавлії, екстракту ромашки, екстракту ехінацеї та фториду натрія; зубної щітки PresiDENT Z3 м'яку для видалення зубного нальоту в міжзубних проміжках, масажу ясен, стимуляції кровообігу, яка забезпечує ретельне очищення зубів та ясенневого краю з урахуванням анатомічних особливостей; зубної нитки PresiDENT Mint & Fluoride з м'ятним смаком та вмістом фтору для очищення міжзубних проміжків та профілактики розвитку зубного каменю. Після чистки зубів рекомендували 2 рази у день використовувати ополіскувач PresiDENT Classic Plus, що пролонгує та доповнює дію зубної пасти. Містить екстракти шавлії, меліси, ромашки аптечної, ксилітол, натрію фторид (0,05%). Пацієнтам, що мають мостоподібні конструкції, рекомендували використовувати інтердентальні щітки та міжзубні йоржики.

Для догляду за зубними протезами рекомендували використовувати PresiDENT Дентпрограмм - таблетки для очищення зубних протезів, та ортодонтичну щітку PresiDENT з круглою голівкою для чистки протеза. Проводити чистку зубних протезів щодня, як мінімум перед сном, як максимум - після кожного прийому їжі.

Пацієнти групи порівняння самостійно обирали засоби гігієни порожнини рота та не приймали протирецидивного лікування.

Диспансерний огляд пацієнтів з визначенням ефективності лікування, а також проведенням проти- рецидивного лікування проводили через 6, 12, 18, 24 місяці після лікування.

### Результати та обговорення

Профілактика розвитку хронічних механічних травм полягає в усуненні гострих країв зубів, пломб, видаленні зубних відкладень, у виготовленні протезів, що відповідають анатомічним деталям слизової оболонки, і в старанній правильній обробці контактної поверхні протеза. Для попередження виникнення хронічної еритеми, хронічної ерозії та декубітальної виразки після здачі протезів, проведення їх корекції, контрольні огляди рекомендували проводити через 1-3 дні, 1-2 тижні, 1-2 місяці щоб забезпечити усунення зон підвищеного тиску, особливо при наявності екзостозів.

При протезуванні хворих на лейкоплакію необхідно оптимально відновити висоту нижньої третини обличчя, проводити об'ємне моделювання базисів протезів, правильну орієнтацію оклюзійних площин та відновлення бугоркового перекриття для попередження травмування слизової оболонки.

Велике значення ми приділяли санації хронічних вогнищ інфекції в порожнині рота, усували місцеві подразнюючі фактори: видаляли зубний камінь, зішлифовували гострі кути зубів, проводили заміну неякісних пломб, заміну старих протезів, професійну гігієну порожнини рота. Мотивували пацієнтів до підтримання адекватної гігієни порожнини рота, рекомендували виключити гарячу та гостру їжу, алкоголь, куріння. Необхідно виключити використання амальгами в якості пломби, заборонити виготовлення протезів з різномірних металів, не залишати знімні протези на ніч [5].

Слід відмітити, що клінічне обстеження хворих основної групи через 6, 12, 18, 24 місяців після проведеного лікування не виявило рецидиву захворювань. При цьому скарг хворі не пред'являли, їх загальний стан не порушений, самопочуття, настрої, сон добрі. При об'єктивному обстеженні хворих з позитивним наслідком лікування запально-деструктивних захворювань слизової оболонки травматичного походження паталогічних змін не виявлено: колір блідо-рожевий, помірна зволоженість, тургор нормальний, відсутність елементів ураження. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені і не болючі при пальпації.

Суб'єктивна та об'єктивна симптоматика хворих основної групи на лейкоплакію слизової оболонки порожнини рота через 1 рік після лікування не змінилися. Позитивних змін клінічного стану у двох хворих з неефективним лікуванням (1 – з плоскою формою лейкоплакії і 1 з верукозною) не встановлено. В останніх випадках слизової оболонки порожнини рота у хворих відповідала анатомо-фізіологічній нормі.

Хворим основної групи з незадовільним результатом лікування проведений повторний

курс, а всім останнім профілактичне протирецидивне лікування. Після проведення повторного курсу лікування у хворого з плоскою формою лейкоплакії відмічено зникнення вогнища кератозу і повне відновлення слизової оболонки. Зникнення усіх об'єктивних симптомів захворювання настало на 10-й день лікування.

Наступний огляд хворих через 18 місяців після лікування виявив відсутність скарг і змін слизової оболонки порожнини рота. Стан хворих і слизової оболонки порожнини рота залишався на рівні попереднього спостереження.

Спостереження за хворими основної групи через 2 роки після лікування встановило високу ефективність запропонованого методу лікування та засобів профілактики. При цьому рецидив хронічної травматичної еритеми, хронічної травматичної ерозії і плоскої форми лейкоплакії слизової оболонки порожнини рота не встановлено і ефективність лікування склала 100%.

У 1 хворого даної групи діагностована декубітальна виразка з розташуванням в іншій ділянці слизової оболонки порожнини рота, ніж при першому зверненні, травмуючим фактором виявились тверді зубні відкладення в ділянці молярів верхньої щелепи зліва, що вказувало на незадовільний догляд хворого за порожниною рота. З анамнезу встановлено, що хворий не дотримувався рекомендацій щодо гігієни ротової порожнини. При огляді також встановлена велика кількість м'якого зубного нальоту, індекс Гріна - Вермільона склав 2,8. Ефективність лікування даного захворювання у основній групі хворих склала 83,3%.

Неефективним було оцінено лікування 1 хворого з верукозною формою лейкоплакії слизової оболонки порожнини рота, яку, завдяки лікувальним заходам, переведено у менш важку – плоску. Однак повного зникнення вогнища кератозу у цього хворого не відбулося, тому прийнято рішення направити на хірургічне лікування - висікання ділянки ураження слизової оболонки порожнини рота. Завдяки малій вибірці хворих цієї групи ефективність лікування склала 66,7%.

В цілому клінічна ефективність лікування основної групи хворих на хронічну механічну травму слизової оболонки порожнини рота у віддалені терміни спостереження склала 90%.

На відміну від основної у хворих групи порівняння ефективність лікування була значно гірша. Так, протягом 2 років спостереження за хворими групи порівняння рецидиви захворювання встановлені в 2 (22,3%) випадках при хронічній травматичній ерозії, в 2 (28,7%) - при декубітальній виразці, в 2 (10,5%) - при плоскій формі лейкоплакії. Крім того, лікування верукозної форми лейкоплакії у всіх 100% хворих групи порівняння було теж незадовільним – повного зникнення вогнища кератозу не відбулося. Тільки у

хворих на хронічну травматичну еритему спостерігали повне видужування та відсутність рецидиву захворювання. Отже, ефективність лікування традиційним методом групи порівняння складала 100% при хронічній травматичній ерите-

мі, 77,7% при хронічній травматичній ерозії, 71,4% при декубітальній виразці. 89,4% при плоскій формі лейкоплакії і 0% при верукозній формі лейкоплакії, в цілому, по групі – 67,7%.

Таблиця 1.

Результати дослідження індексу Гріна-Вермільона у хворих в найближчі та віддалені терміни спостереження

Хронічні механічні травми СОПР	Основна група, n=53		Порівнювальна, група n=57	
	Після лікування	Через 2 роки	Після лікування	Через 2 роки
Хронічна еритема травматична	0,42±0,2	0,5±0,04 p>0,05	0,6±0,04	0,76±0,05 p<0,05
Хронічна ерозія травматична	0,42±0,04	0,48±0,05 p>0,05	0,75±0,1	1,2±0,2 p<0,05
Декубітальна виразка	1,2±0,1	1,47±0,1 p>0,05	1,8±0,2	2,44±0,2 p>0,05
Лейкоплакція плоска форма	0,35±0,03	0,41±0,03 p>0,05	0,48±0,04	0,55±0,04 p>0,05
Лейкоплакція верукозна форма	0,4±0,007	0,46±0,03 p>0,05	0,5±0,1	0,63±0,1 p>0,05

Примітка. P – достовірність різниці між основною групою та групою порівняння після лікування та через 2 роки.

Визначення стану порожнини рота за показниками індексу Гріна-Вермільона (табл.1) виявило, що через 2 роки спостереження хворих основної групи його середньостатистичні значення коливались у несуттєвих межах і достовірно не відрізнялись від таких після проведеного курсу лікування. Так, при хронічній травматичній еритемі індекс ОНІ-S склав 0,5±0,04 (проти 0,42±0,2), при хронічній травматичній ерозії 0,48±0,05 (проти 0,42±0,04), при декубітальній виразці 1,46±0,3 (проти 1,2±0,1), при плоскій формі лейкоплакії 0,41±0,03 (проти 0,35±0,03), при верукозній 0,46 (проти 0,4±0,07), при p>0,05 в усіх групах досліджуваних. В той же час через 2 роки спостереження за хворими групи порівняння з хронічною травматичною еритемою і хронічною травматичною ерозією показник гігієни порожнини рота з вірогідністю 95% відрізнявся від аналогічної величини після проведеного традиційного курсу лікування. Незважаючи на недостовірні зміни цього показника у хворих на деку-

бітальну виразку (з 1,8±0,2 до 2,44±0,4, p>0,05), його значення відповідали поганому рівню гігієни ротової порожнини. Звертає на увагу висока ступінь достовірності (p<0,001) розбіжностей показників індексу Гріна-Вермільона між основною і порівнювальною групою через 2 роки спостереження, що також підтверджувало невисоку ефективність традиційного методу гігієнічного догляду за ротовою порожниною. При лейкоплакії слизової оболонки порожнини рота незначні зміни показника ОНІ-S у віддалені строки спостереження, рівно як і відразу після проведеного курсу лікування, були недостовірні (p>0,05), що підтверджувало неінфекційний характер захворювання. Отже, хворі на запально-деструктивні та кератотичні ураження слизової оболонки порожнини рота травматичного походження мають потребу в проведенні ретельної індивідуальної і професійної гігієни для формування адекватної мотивації щодо її підтримки.

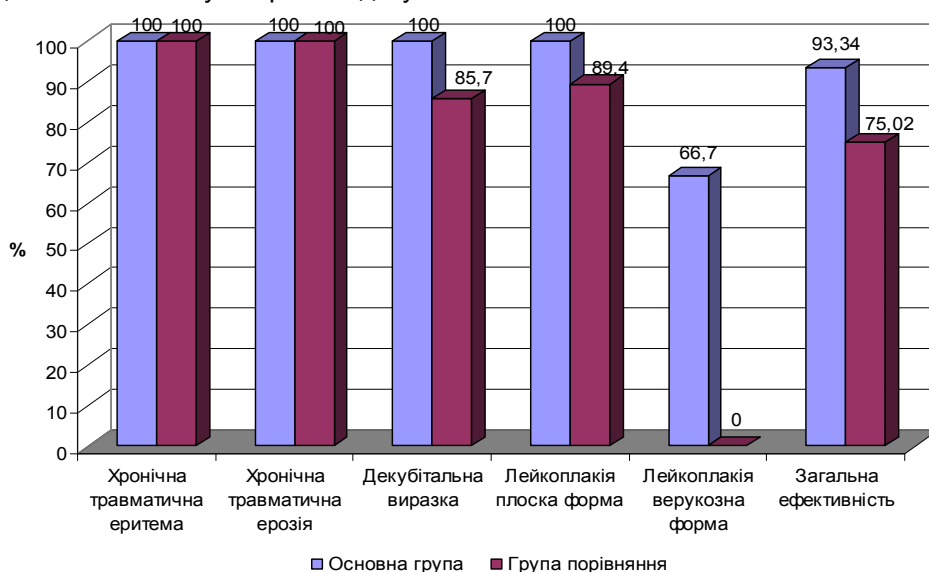


Рис. 1. Ефективність лікування через 1 рік після лікування.

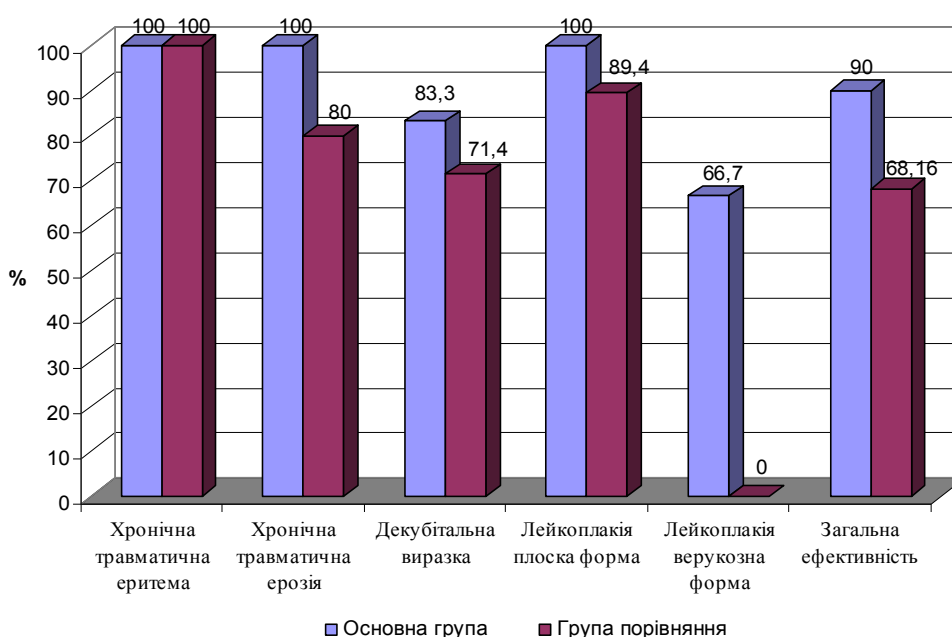


Рис. 2. Ефективність лікування через 2 роки після лікування.

Диспансерне спостереження за хворими підтвердило високу ефективність запропонованого методу профілактики та протирецидивного курсу. Відсутність рецидивів захворювання протягом 2 років в основній групі ствердили у 100% хворих з хронічною травматичною еритемою, ерозією та плоскою формою лейкоплакії, у 83,3% - з декубітальною виразкою й у 66,7% - з верукозною формою лейкоплакії. Ефективність лікування хворих основної групи безпосередньо після лікування склала 92,2%, через 12 місяців – 93,34%, через 24 місяці - 90% (рис.1), в групі порівняння – безпосередньо та через 12 місяців – 75%, через 24 місяців - 68,16% (рис.2).

### Висновок

Клінічна ефективність запропонованого методу профілактики та протирецидивного лікування хворих на хронічну механічну травму слизової оболонки порожнини рота підтверджена показниками рівня гігієни ротової порожнини та клінічними спостереженнями.

Таким чином, запропонований метод профілактики та протирецидивного лікування хворих на хронічну механічну травму слизової оболонки порожнини рота показав високу терапевтичну ефективність порівняно з традиційним методом.

### Реферат

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВРЕЦИДИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ МЕХАНИЧЕСКИХ ТРАВМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Горай М. А.

Ключевые слова: хроническая механическая травма слизистой оболочки, профилактика, индекс гигиены.

Проведено диспансерное наблюдение и оценка эффективности противорецидивного лечения и профилактических мероприятий у пациентов с хроническими травматическими повреждениями слизистой оболочки полости рта в ближайшие и отдаленные периоды наблюдения после проведенного лечения по данным клинического обследования и показателями уровня гигиены полости рта. Установлена высокая эффективность проведенного курса противорецидивного лечения.

Що дозволяє рекомендувати його для лікування хворих з хронічними механічними травмами слизової оболонки порожнини рота в клініці терапевтичної стоматології.

### Література

1. Банченко Г. В. Лейкоплакия и близкие к ней поражения слизистой оболочки полости рта / Г. В. Банченко, В. А. Молочков, С. С. Кряжева, Д. Г. Бальшун // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2001. – № 5. – С. 4-8.
2. Данилевский Н. Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н. Ф. Данилевский, В. К. Леонтьев, А. Ф. Несин, Ж. И. Рахний. – К., 2001. – 271 с.
3. Данилевский Н. Ф. Атлас заболеваний пародонта / Н. Ф. Данилевский, Е. А. Магид, Н. А. Мухин. – [2-е изд.]. – М.: Медицина, 1999. – 327 с.
4. Власова Л. Ф. Цитологический анализ поверхностных слоев эпителия слизистой оболочки полости рта / Л. Ф. Власова, Л. М. Непомнящих, Е. О. Резникова // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2000. – Т. 129, № 1. – С. 113-116.
5. Воскресенский О. Н. Влияние растительных полифенолов на регенерационные процессы при экспериментальной травме десны / О. Н. Воскресенский, М. А. Кузембаева, Е. К. Ткаченко // Вісник стоматології. – 2008. – № 4. – С. 8-9.
6. Гемонов В. В. Защитные свойства поверхностных слоев эпителия слизистой оболочки полости рта / В. В. Гемонов, М. А. Могильный // Стоматология. – 1996. – Т. 25, № 3. – С. 4-6.
7. Ладодо К. С. Основы рационального питания / К. С. Ладодо, В. Д. Отт, Е. М. Фатеева. – К.: Здоровье, 1987. – 25 с.
8. Мазнев Н. И. Энциклопедия лекарственных растений / Мазнев Н. И. – [3-е изд., испр. и доп.]. – М.: Мартин, 2004. – 496 с.
9. Ярилин А. А. Система цитокинов и принципы ее функционирования в норме и при патологии / А. А. Ярилин // Иммунология. – 1997. – № 5 – С. 7-14.

### Summary

ASSESSMENT OF EFFICACY OF THE ANTI-RELAPSE TREATMENT AND PREVENTION OF CHRONIC MECHANICAL INJURIES OF THE ORAL MUCOSA

Goray M.A.

Key words: chronic mechanical trauma, mucosa, prevention, hygiene index.

**Introduction.** In cases of long-lasting influence produced by mechanical irritants the development of chronic catarrhal inflammation, hyperplasia, keratosis and hyperkeratosis can be observed. Taking into account the hormonal and immunological dysfunctions in patients with inflammatory, destructive and keratotic diseases of the oral mucosa the application of herbal remedies for preventing the traumatic injuries as well as for correcting of estrogenic and immune balance in aged persons seems to be promising.

The objective of the study was to assess the efficacy of the preventive measures and anti-relapse treatment in patients with chronic traumatic injuries of the oral mucosa during the earliest and long-lasting observation periods.

**Materials and methods.** To assess the efficacy of the preventive measures and anti-relapse treatment the prophylactic medical examination of 53 patients aged from 55 up to 78 years was performed. All the patients were clinically examined and their oral cavity hygiene level was determined according to the simplified Green-Vermillion index (OHI - S).

The anti-relapse treatment included: biologically active supplement "Arginine-Zn", multivitamin complex "Decamevitum", common licorice root decoction – 1 tablespoon 3 times a day; it was recommended to drink milk. The anti-relapse course was carried out once a year for patients with chronic traumatic erythema, erosion and decubital ulcer, and twice a year for patients with leukoplakia of the oral mucosa.

**Results and discussion.** The dispensary observation of the patients confirmed a high efficacy of the proposed method of prevention and anti-relapse course. There was no recurrence within 2 years in the main group in 100% of patients with chronic traumatic erythema, erosion and flat leukoplakia, in 83,3% – with decubital ulcer and in 66,7% – with verrucous leukoplakia. The efficacy of treatment using the traditional method in the comparison group made up 100% in case of chronic traumatic erythema, 77,7% in case of chronic traumatic erosion, 71,4% in case of decubital ulcer, 89,4% in case of flat leukoplakia and 0% in case of verrucous leukoplakia, 67,7% in total within the group.

The treatment efficacy of the patients from the main group immediately after the treatment made up 92,2%, after 12 months – 93,34%, after 24 months - 90%, in the comparison group – immediately and after 12 months – 75% , after 24 months – 68,16%.

**Conclusion.** The clinical efficacy of the method proposed for prevention and anti-relapse treatment of patients with chronic mechanical injury of the oral mucosa has been confirmed by the indices of the oral cavity hygiene level and clinical observations. Thus it can be recommended for therapy of chronic mechanical injuries of the oral mucosa.

УДК 616.314.25-007.481+616.716-007]-089.23

*Дмитренко М.І.*

### **ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕ- ЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ, УСКЛАДНЕНИМИ СКУПЧЕНІСТЮ ЗУБІВ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Встановлено, що використання у ортодонтичному лікуванні пацієнтів із зубощелепними аномаліями, ускладненими скупченістю зубів, запропонованих комплексних методів застосування разом із апаратурним методом диференційного масажу та міогімнастики для покращення функціонального стану власне жувальних, скроневих м'язів та колового м'яза рота сприяє скороченню тривалості лікування.*

Ключові слова: комплексне ортодонтичне лікування, зубощелепні аномалії, скупченість зубів.

У структурі зубощелепних аномалій (ЗЩА) найбільш поширеною є скупченість зубів (СЗ) верхньої та нижньої щелеп [1]. Серед ортодонтичних порушень у школярів вони здебільшого реєструються у період змінного прикусу у 33,54%, постійного – у 68,67% [2]. Тому вибір оптимальної стратегії і тактики лікування цієї патології потребує особливої уваги.

Ефективність ортодонтичного лікування необхідна для забезпечення оптимальних результатів лікування з меншою затратою клінічного часу і більш коротким терміном лікування [3]. Протоколами надання стоматологічної допомоги МОЗ

України [4] передбачені лікувальні заходи при СЗ, які включають психотерапевтичну підготовку; усунення етіологічних факторів; нормалізацію функцій; нормалізацію форми, розмірів та співвідношення зубних рядів; ретенцію досягнутих результатів, при цьому особлива увага звертається на використання комплексних методів – поєднання апаратурного, функціонального, хірургічного, протетичного. Однак в останні роки ефективна корекція скупченості зубів досягається завдяки впровадженню у практику виключно апаратурних методів [5-7].