

DOI 10.36074/logos-04.07.2025.043

ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ТА СПОЛУЧЕНОЇ ФІЗІОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОГО ТА ВИРАЗКОВО-НЕКРОТИЧНОГО ГІНГІВІТУ

Жук Дмитро Дмитрович¹**1.** кандидат медичних наук*Одеський національний медичний університет МОЗ України**Державна установа «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії**НАМН України», УКРАЇНА*

Виразковий і виразково-некротичний гінгівіт частіше зустрічаються у молодому віці 20-40 років та мають в основному гострий перебіг. Ця патологія являє собою запальний процес у слизовій оболонці ясен з перевагою альтеративного компоненту, порушенням цілісності та некрозом тканин. Провідна роль в етіології цієї патології належить фузоспірілярному симбіозу. Як правило, гострий виразково-некротичний гінгівіт розвивається на тлі зниженої імунологічної реактивності організму у наслідок перенесених захворювань бактеріальної етіології, дефіциту аскорбіонової кислоти. Виникненню виразково-некротичного гінгівіту сприяє дефіцит місцевого імунітету порожнини рота, наявність локальних травмуючих факторів, відсутність раціонального гігієнічного догляду за порожниною рота.

Таким чином, слід зазначити, що фузобактерії та спірохети, будучи бактеріальним антигеном, визивають ураження слизової оболонки ясен, внаслідок чого порушується мікроциркуляція, посилюється тромбоутворення та виникають некротичні зміни.

Враховуючи етіологічні, патогенетичні особливості та патоморфологічні зміни виразково-некротичного гінгівіту, а також комплексний підхід до лікування цієї патології, нами розроблена і запропонована схема сполученої фізіотерапії у комбінації з лікарськими препаратами, що передбачає підвищення ефективності терапії та скорочення строків лікування.

Після попереднього усунення умов для розвитку фузобактеріальної інфекції за рахунок видалення некротичних тканин та зубного нальоту на



ABSCHNITT 19.

MEDIZINISCHE WISSENSCHAFTEN UND GESUNDHEITSWESEN

першому етапі проводили сеанси лазерофотофореза 0,05 % мазі Клобетазола пропіоната, що має виражену протизапальну, протиалергійну, протисвербіжну, глюкокортикоїдну дію. Клобетазол індукує утворення білків – ліпокортинів, що інгібують активність фосфоліпази A_2 , гальмує утворення арахідонової кислоти та продуктів її метаболізму – простагландинів. Активно усуває набряк, гіперемію. Крім цього, лазерне випромінювання низької інтенсивності підвищує ферментативну і каталазну активність, проникність цитоплазматичних мембран, сприяє прискоренню транспортних процесів в тканинах. Посилення кисневого обміну сприяє зменшенню гіпоксії, що супроводжує процеси запалення. Низькоінтенсивне лазерне випромінювання стимулює регенеративні процеси при патологічних станах за рахунок зміни клітинного складу в ділянці ерозії або виразки, завдяки збільшенню кількості нейтрофілів, а також за рахунок прискорення зростання капілярів і накопичення продукованого ними колагену, від якого залежить активність епітелізації ранової або виразкової поверхні.

Для проведення сеансів лазерофотофореза 0,05 % мазь Клобетазола наносили тонким шаром безпосередньо на уражені ділянки. Опромінювання одразу проводили, використовуючи апарат BTL-5000 та червоний зонд. Щільність потужності низькоінтенсивного лазерного випромінювання складала 50мВ/см², питома доза 3 Дж/см², методика дистанційна лабільна, загальний час опромінення всієї площі ураження становив до 20 хвилин. Враховуючи високу глюкокортикоїдну активність Клобетазола, сеанси проводили через день. На курс призначали 7-8 процедур.

На другому етапі проводили курс сполученої фізіотерапії, який передбачав застосування 7-8 сеансів ультрафонофорезу 10 % мазі Метілурацила з чергуванням через день 7-8 сеансів лазерофотофореза препарату «АЕВІТ».

Так, Метілураціл виявляє анаболічні та антикатаболічні властивості, прискорює регенерацію, загоєння ран, стимулює клітинні та гуморальні фактори імунітету, має протизапальну дію. «АЕВІТ» являє собою комбінований препарат, дія якого залежить від жиророзчинних вітамінів А, Е, які входять до його складу. Вітамін А є кофактором у різних біохімічних процесах, стимулює регулювання поділу та диференціації клітин епітелію. Вітамін Е, як антиоксидант, гальмуючий розвиток вільно-радикальних реакцій, попереджає утворення перекисей, що пошкоджують клітинні та субклітинні мембрани, являється кофактором деяких ферментних систем. Крім цього, вітамін Е поповнює капілярний кровообіг, нормалізує тканинну проникливість, підвищує стійкість тканин до гіпоксії.

Ультразвук низької інтенсивності є ідеальним фактором для сполученого застосування з лікарською терапією, практично поєднується з більшістю видів

фізіотерапії. В зоні дії ультразвук активує крово- та лімфообіг, підвищує фагоцитоз, активує механізми обміну, прискорює процеси репаративної регенерації, а враховуючи, що ультразвук підвищує судинну та епітеліальну проникливість, його використовують для методики ультрафонофорезу.

Ультрафонофорез мазі метілурацилу проводили за допомогою апарату BTL-5000, використовували випромінювач з робочою поверхнею площею 1 см². Інтенсивність ультразвуку складала у перші три процедури 0,2-0,4 Вт/см², наступні три – 0,4-0,6 Вт/см², останні – 0,6-0,8 Вт/см². Режим генерації був безперервний, методика лабільна. Попередньо на слизову в зоні ураження наносили мазь метілурацила, а озвучування ультразвуком проводили через шкіру, використовуючи у якості контактного середовища спеціальний гель. Для проведення сеансів лазерофотофореза препарату «АЕВІТ» використовували також апарат BTL-5000 та червоний зонд. Попередньо наносили на зону ураження аплікації з цим препаратом на 15 хвилин, потім проводили опромінення за параметрами як на першому етапі: щільність потужності складала 50 мВт/см², питома доза 3 Дж/см², методика лабільна, загальний час опромінення всієї площі ураження – до 20 хвилин.

Таким чином, запропонована методика комбінованої та сполученої фізіотерапії в комплексному лікуванні виразкового та виразково-некротичного гінгівіту значною мірою сприяє підвищенню ефективності лікування, що у свою чергу виявляється у більш швидкому загоєнні ураженої поверхні та в цілому у скороченні термінів лікування.