

4. Бабов Е.Д. О классификации заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / Е.Д. Бабов, Й.М. Репужинский, А.В. Глухов // Межотраслевое решение проблем височно-нижнечелюстного сустава. Сб. статей. – Днепропетровск, 2009, - С.55 – 58.
5. Мирза А.И. Диагностика и лечение болевого синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: дис....докт.мед.наук. (14.01.22 Стоматология) / А.И. Мирза // – Полтава, 2002. – 260 с.
6. Сысолятин П.Г. Классификация заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава / П.Г. Сысолятин, А.А. Ильин, А.П. Дергилев // М.: Мед. книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 128 с.
7. Рибалов О.В. Анатомо-функціональна нестабільність скронево-нижньощелепного суглоба / О.В. Рибалов, І.В. Яценко // Галицький лікарський вісник, 2005. - №1. – С.27 – 30.
8. Москаленко П.О. Клініко-функціональні характеристики неповного вивиху нижньої щелепи / П.О. Москаленко // Вісник Сумського державного університету. Серія Медицина, 2009. - №2. – т.2. – С.100 – 104.
9. Новіков В.М. Протокол електроміографічних досліджень рефлекторно-адаптаційних процесів при функціональних порушеннях зубощелепного апарату / В.М. Новіков // Вісник проблем біології і медицини, 2006. – Вип. 4. – С.96.

Резюме

**РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ БІОПОТЕНЦІАЛІВ  
ВЛАСНЕ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ У ХВОРИХ З  
РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ГІПЕРМОБІЛЬНОСТІ  
ГОЛОВКИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО  
СУГЛОБА**

**Рибалов О.В., Москаленко П.А., Семененко Ю.І.**

Аналіз клінічних проявів гіпермобільності суглобової головки скронево-нижньощелепного суглоба 46 пацієнтів дозволив виділити три ступеня важкості патології: легку, середнього ступеня, важку. Об'єктивним підтвердженням такого підрозділу стало вивчення біоелектричної активності власно жувальних м'язів на підставі їх електроміографії. Отримані дані дозволяють обґрунтувати розробку біомеханічної моделі оклюзійно-компресійних порушень скронево-нижньощелепного суглоба і намітити адекватне комплексне лікування.

**Ключові слова:** скронево - нижньощелепний суглоб, гіпермобільність, електроміографія.

Стаття найшла 18.11.10 р.

**RESULTS OF STUDY OF BIOPOTENTIALS  
ACTUALLY MASSETERS AT PATIENTS WITH  
THE DIFFERENT DEGREE OF  
HYPERMOBILITY OF HEAD OF TEMPORO-  
SUBMANDIBLE JOINT**

**Rybalov O.A., Moskalenko P.A., Semenenko Yu.I.**

The analysis of clinical implications of hypermobility of an articulate head of temporal-mandibular joint of 46 patients has allowed to allocate three severity levels of a pathology: easy, average and serious degree. Studying of bioelectric activity actually masseters muscles on the basis of their electromyography became objective acknowledgement of such sectioning. The obtained results give the chance to prove working out of biomechanical model occlude-compressive disturbances of function of temporal-mandibular joint and to plan adequate complex treatment.

**Key words:** temporal-mandibular joint, hypermobility, electromyography.

УДК: 616.853-036-07-085-053.2

Р. А. Стецюк

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Пуника, м. Київ

**ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНАЦІЇ ПРЕПАРАТІВ КЕПРИ І ЛАМІКТАЛУ ПРИ ЛІКУВАННІ  
СИНДРОМУ ЛЕННОКСА – ГАСТО**

Вивчено ефективність застосування комбінації препаратів Кеппра і Ламікталу у 14 дітей при лікуванні резистентного синдрому Леннокса – Гасто. Доведена клінічна ефективність даної комбінації, що проявляється у стійкій ремісії епілептичних припадків з кореляцією на електроенцефалограмі.

**Ключові слова:** синдром Леннокса – Гасто, резистентні епілептичні синдроми, політерапія, ремісія.

Синдром Леннокса-Гасто (СЛГ) - одна з резистентних, вікозалежних, найбільш важких в діагностиці, протіканні та лікуванні генералізованих форм дитячої епілепсії. Даний синдром, за даними різних авторів, зустрічається в 3 – 10,7% випадків [4]. Дебют захворювання припадає на період від 1 до 7 років [3,4,5]. На початку 30-х років Леннокс описав клінічний випадок "епілептичної енцефалопатії", який проявлявся поліморфними припадками та затримкою психічного розвитку. Наприкінці 30-х років Ленноксом і Гіббсом була описана повільна пік-хвильова активність як варіант описаної раніше тими ж авторами пік-хвильової активності при petit mal. В 1945 (Lennox) і 1950 (Lennox and Davis) описали триаду симптомів: 1 - повільна пік-хвильова активність на ЕЕГ; 2 - дефект інтелекту; 3 - три типи припадків (атипові абсанси, міоклонічні і кивальні припадки, які закінчуються тонічними судомами і падіннями).

За останні 50 років діагностичні критерії СЛГ уточнювались, але залишились незмінними. 1 – поліморфність припадків: атипові абсанси, тонічні, міоклонічно-астатичні з падіннями, а також генералізовані

тоніко-клонічні і парціальні; 2 – на ЕЕГ повільна (менше 2,5 Гц) пік-хвильова активність в міжкільцевому періоді і спалахи швидких хвиль (10 - 12 Гц) під час сну; 3 – порушення пізнання, відставання в розумовому розвитку. Розрізняють криптогенні та симптоматичні форми СЛГ. Криптогенні форми характеризуються нормальним розвитком дитини до дебюту захворювання, симптоматичні – наявністю органічних пошкоджень чи вад розвитку мозку та відставанням в нервово – психічній сфері до маніфестації захворювання. Криптогенні та симптоматичні форми СЛГ складають в середньому 25% і 75% відповідно [4].

**Метою** роботи було визначення ефективності застосування комбінації препаратів Кеппра і Ламіктал у дітей при лікуванні резистентного синдрому Леннокса – Гасто.

**Матеріал та методи дослідження.** Об'єктом дослідження було 14 дітей віком від 2 до 14 років, обох статей з верифікованим діагнозом СЛГ. Всім дітям було проведено клініко-неврологічне дослідження. Всі обстежені діти мали виражений інтелектуальний дефект. Всім хворим проведено електроенцефалографічне дослідження головного мозку (ЕЕГ), магнітно – резонансну томографію (МРТ) і однофотонну емісійну комп'ютерну томографію головного мозку (ОФЕКТ). Для проведення ОФЕКТ - дослідження використовувався <sup>99m</sup>Tc-ексаметазім, відомий в літературі як d,l – ізомер гексаметилпропіленаміноксима, або d,l – НМРАО. Цей препарат є маркером регіонального мозкового кровотоку. Всі діти з СЛГ отримували протиепілептичні препарати. Використовувалася як монотерапія так і політерапія. Ремісія епілептичних випадків спостерігалася у 2 дітей від комбінації Депакін (30 мг/кг/добу) + Ламіктал (2,4 мг/кг/добу). В інших 12 дітей ефективності від застосованої терапії не спостерігалася [3,4]. 12 дітям було запропоновано схему Леветірацетам + Ламіктал. Леветірацетам (торгівельна назва – Кеппра. Виробник – ЮСБ С.А., Бельгія) є одним із останніх протиепілептичних препаратів. Перші клінічні випробування при епілепсії почалися з 1995 р. [Neuens et al., 1995]. Практичне застосування препарату в США з 1999 р., в країнах ЄС – 2000 р., в Росії – 2003 р. [1,2]. Основу молекули Леветірацетама складає п'ятикутне кільце ноотропного препарату - пірацетама. Леветірацетам є похідним S-енантомеру піролідину і має формулу:  $\alpha$ -етил-2-окси-1-піролідин ацетамід. Препарат характеризується доброю розчинністю у воді, швидкою і повною абсорбцією після перорального використання, відсутністю впливу на мікросомальні ферменти печінки і тим самим на метаболізм інших препаратів (в том числі протиепілептичних) [1,2]. Позитивним є те, що даний препарат створений на основі пірацетама і тому, крім ноотропної дії має ще і протиепілептичну. Все це має велике значення для лікування епілепсії та епілептичних синдромів, оскільки епілептичні випадки, які часто повторюються, негативно впливають на когнітивні функції [2]. Відмінністю в дії Леветірацетама є те, що він не змінює електрофізіологічні характеристики незмінених нейронів як *in vitro*, так і *in vivo* і в той же час пригнічує епілептичні розряди патологічно змінених. Точні механізми впливу Леветірацетама поки що невідомі. Вважається, що препарат діє на іонні канали ( $Ca^{2+}$ ,  $K^{+}$  збуджуючими і гальмівними нейротрансмітерними системами) [2]. Леветірацетам виводиться нирками переважно незміненим (більше 66% від отриманої дози через 24 години) і частково шляхом гідролізу (в тканинах і крові) ацетамідної групи до неактивного метаболіту. Період напіврозпаду складає приблизно 8 годин, що обумовлює адекватність двократного прийому препарату, с урахуванням його більш тривалої затримки в центральній нервовій системі [2]. Слід відмітити, що при використанні комбінації Леветірацетам + Ламіктал побічної дії препаратів виявлено не було.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Обстежено 14 хворих (8 дівчаток – (57,1%) і 6 хлопчиків – (42,9%) віком від 2 до 6 років (1 – 4 р. – 6 дітей (42,9%), від 5 – 8 р. – 6 дітей (42,9%), від 9 – 14 р. – 2 дітей (14,2%)). Середній вік їх складав  $5,54 \pm 1,44$  р. і коливався у межах від 1,10 до 14 років включно. В 14 (36,8%) хворих з синдромом Леннокса-Гасто епілептичні випадки носили поліморфний характер. Так у 9 (64,3%) хворих епілептичні випадки були трьох типів: - у 7 (50,0%) – генералізовані тоніко-клонічні, атонічні випадки, абсанси, у 2 - генералізовані тонічні, атонічні і міоклонічні випадки, у 5 (35,7%) хворих – у вигляді двох типів: у 2 - генералізовані тоніко-клонічні і міоклонічні випадки, у 2 – генералізовані тонічні і міоклонічні випадки, у 1 – генералізовані міоклонічні і прості парціальні випадки. Частота проявів епілептичних випадків у 14 (36,8%) хворих з синдромом Леннокса-Гасто була високою, спостерігалася від 2 до 8 випадків на добу. В неврологічному статусі у 9 (64,3%) обстежених хворих з резистентним епілептичним синдромом Леннокса-Гасто було виявлено неврологічну симптоматику, а в 5 (35,7%) хворих, спостерігали симптоми пошкодження пірамідної системи, які проявлялися у вигляді спастичного тетрапарезу в 4 (28,6%) дітей, і монопарезу правої руки – 1 дитини.

При проведенні ЕЕГ-дослідження у 14 (36,8%) хворих з резистентним епілептичним синдромом Леннокса-Гасто в міжприступний період, було виявлено виражені зміни у вигляді дезорганізації і сповільнення коркових ритмів – білатеральну, синхронну дифузну повільну пік-хвильову активність з частотою 1 – 2,5 Гц. В результаті проведеного МРТ - дослідження у 5 (35,7%) хворих змін виявлено не було. В інших 7 (50,0%) обстежених хворих з резистентним епілептичним синдромом Леннокса-Гасто, виявили вроджену аномалію розвитку головного мозку і ще у 2 - виявили: патологію шлуночкової системи головного мозку, яка проявлялася у вигляді помірної вентрикулоділяції шлуночків – 1; поренцефалічну кисту лівої скроневої ділянки - 1.

Серед вроджених аномалій розвитку головного мозку за даними МРТ у обстежених хворих з резистентним епілептичним синдромом Леннокса-Гасто, виявили: перивентрикулярну лейкомаляцію у 3 (21,4%) дітей; атрофію кори головного мозку – 1 (7,1%); пахігірію – 1 (7,1%); синдром Арнольда-Кіарі – 1 (7,1%); дизгенезію мозолистого тіла – 1 (7,1%). При проведенні ОФЕКТ головного мозку з застосуванням перфузійного радіофармапрепарату у 14 дітей з СЛГ відмічалися зони підвищення радіоактивності в лобно-скроневої ділянці білої речовини головного мозку, які корелювали з типом епілептичного випадку і відповідали

характеру змін на ЕЕГ. При використанні комбінації лікування препаратами Леветірацитам (50-60 мг/кг/добу) + Ламіктал (3-5 мг/кг/добу) - у 6 (50,0%) дітей з СЛГ спостерігається ремісія (більше 3-х років) епілептичних випадків з кореляцією на ЕЕГ. У 4 (33,3%) дітей спостерігалось зменшення кількості епілептичних випадків до 1-2 на місяць з кореляцією на ЕЕГ. І у 2 дітей епілептичні випадки не купувалися.

#### Висновок

Використання препарату Леветірацитам у комбінації з Ламикталом є ефективним при лікуванні резистентного епілептичного синдрому Леннокса – Гасто; ефективність застосування даної схеми підтверджено клінічною ремісією (більше 3-х років) епілептичних випадків з кореляцією даних при електроенцефалографічному дослідженні.

#### Література

1. Калинин В.В. Препарат леветирацетам (Кеппра) в эпилептологии. - Журнал неврологии и психиатрии. – 3. – 2007. – с. 12-14.
2. Карлов В.А., Власов П.Н. Эффективность кеппры в составе комплексной терапии при фармакорезистентной эпилепсии у взрослых. Журнал неврологии и психиатрии. – 7. – 2005. – с. 7-13.
3. Мухин К.Ю., Петрухин А.С. Идиопатические формы эпилепсий: семиотика, диагностика, терапия. - М.- 2000. – 319 с.
4. Петрухин А.С. Эпилептология детского возраста. - М., "Медицина". - 2000. – 622 с.
5. Темин П.А., Никанорова М.Ю. Диагностика и лечение эпилепсий у детей. "Можайск-Терра". - 1997. – 655 с.

#### Резюме

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ ЛЕВЕТИРАЦЕТАМА И ЛАМИКТАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ЛЕННОКСА – ГАСТО

Стецюк Р.А.

Изучена эффективность использования комбинации препаратов Леветирацетама и Ламиктала у 14 детей при лечении резистентного эпилептического синдрома Леннокса – Гасто. Доведена клиническая эффективность использованной комбинации, которая проявляется в стойкой ремиссии эпилептических приступов с корреляцией на электроэнцефалограмме.

**Ключевые слова:** синдром Леннокса – Гасто, политерапия, ремиссия.

Стаття надійшла 2.12.10 р.

### APPLICATION EXPERIENCE OF KEPBRA AND LAMICTAL PREPARATIONS' COMBINATION IN TREATMENT OF LENNOX-GASTAUT SYNDROME

Stetsyuk R.A.

It was examined the effectiveness of Keppra and Lamictal preparations' combination application to 14 children in treatment of resistant Lennox-Gastaut syndrome. It was proved the clinical effectiveness of the given combination, which manifests in lasting remission of cerebral seizures with correlation on electroencephalogram.

**Key words:** Lennox-Gastaut syndrome, polytherapy, remission.

УДК 616.716.1/4-002.1-08

П.М. Гуменюк, С.О. Власов, П.М. Юхмалова  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

### КЛІНІКО-ЦИТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АЛЬВЕОЛІТУ У ДІТЕЙ

У статті представлені результати комплексного лікування гострого альвеоліту у дітей з місцевим використанням мазей «Офлакаїн-Дарніца» і «Альгофін», а також клініко-цитологічна оцінка його ефективності. Доведено, що запропонований метод дозволив скоротити терміни клінічного одужання на 2-3 доби, і може бути рекомендований як метод вибору в терапії даної нозологічної форми у дітей. Отримані дані є основою для більш ширшого використання запропонованого комплексу в стоматологічній практиці з метою створення сприятливих умов для ходу репаративних процесів на тлі вираженого знеболюючого ефекту.

**Ключові слова:** гострий альвеоліт, діти, лікування, мазь «Офлакаїн-Дарніца», мазь «Альгофін».

*Робота є фрагментом планової наукової роботи ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України «Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації і профілактики вроджених та набутих захворювань, дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки», (номер державної реєстрації 0105U00481).*

За клініко-статистичними даними, екстракція зуба займає провідне місце в структурі амбулаторних маніпуляцій у практиці хірургічної стоматології і є, на думку фахівців, доволі серйозною хірургічною