

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-81-5-1.13>

ЗАСТОСУВАННЯ МОВІНАЗИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРИЮВАНЬ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Воловар О. С.

*доктор медичних наук,
професор кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

Крижанівська О. О.

*асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

Швидченко В. С.

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Остеоартроз скронево-нижньощелепного суглоба (ОА СНЩС) – дегенеративно-дистрофічне захворювання поліетіологічної природи, що супроводжується больовими відчуттями та звуками у суглобі, порушенням його функцій. Складність будови та біомеханіки СНЩС обумовлюють значні труднощі лікування, незважаючи на широкий спектр існуючих препаратів і методів. Для досягнення позитивних результатів лікування слід диференційовано та комплексно підбирати медикаментозну терапію для кожного клінічного випадку [1, 2].

При лікуванні ОА СНЩС враховують клінічну картину, стадію захворювання, біль. Своєчасність і повноцінність проведення лікувальних заходів важливі для сповільнення патологічного процесу. Лікування направлене на пригнічення активності запального процесу, запобігання деградації суглоба, відновлення його функції тощо [2, 3].

Останнім часом препарати системної ензимотерапії набули популярності завдяки своїй вираженій протизапальній, протинабряковій та знеболювальній дії [4]. Серратіопептидаза (Serratia E-15 протеаза), відома також як серралізін, сератіо-протеаза, серапептаза, являє собою протеолітичний фермент, виділений з непатогенної кишкової бактерії Serratia E15. Пероральна форма цього ферменту широко застосовується в різних галузях медицини, таких як хірургія, ортопедія, отоларингологія, гінекологія, стоматологія тощо. Обґрунтуванням

такого широкого її використання є те, що її фібринолітична, протизапальна та протинабрякова активність в уражених тканинах перевищує таку у інших протеолітичних ферментів [4, 5].

У ділянці запалення серратіопептидаза блокує вивільнення больових амінів з уражених тканин, внаслідок чого зменшується вираженість больового синдрому. Вона зв'язується з α_2 -макроглобуліном крові у співвідношенні 1:1, котрий маскує її антигенність, але зберігає ферментативну активність. Гідролізуючи брадикінін, гістамін та серотонін, серратіопептидаза знижує рівень медіаторів запалення та болю, зменшує розширення капілярів і контролює їх проникність. Окрім того, цей фермент блокує інгібітори плазміну, чим сприяє його фібринолітичній активності, та гідролізує фібрин, перешкоджаючи утворенню спайок, покращує мікроциркуляцію, завдяки чому підвищується біодоступність НПЗП, антибіотиків і деяких інших фармакологічних речовин [6,7,8]. Клінічно це проявляється фібринолітичним, протизапальним, протинабряковим та анальгетичними ефектами.

Мета роботи: оцінити ефективність застосування серратіопептидази у пацієнтів із дегенеративно-дистрофічними захворюваннями СНЩС із больовим синдромом.

Матеріали та методи: 36 пацієнтів (ч-11, ж-25) із захворюваннями СНЩС, середній вік $45,2 \pm 7,3$ років, у яких в анамнезі були відсутні порушення згортання крові, алергічні реакції на будь-які компоненти досліджуваних препаратів, тяжка супутня патологія внутрішніх органів. Пацієнти були розділені на 2 групи: основна – 18 осіб, порівняння – 18 осіб.

Обстеження хворих проводили за класичною методикою обстеження пацієнтів із захворюваннями СНЩС: до лікування, на 7, 21, 30 добу після призначеного курсу медикаментозної терапії. Вираженість больового синдрому оцінювали за шкалою Verbal Descriptor Scale (VDS), згідно якої: 0 балів – немає болю, 2 бали – слабкий біль, 4 бали – помірний біль, 6 балів – сильний біль, 8 балів – дуже сильний біль, 10 балів – нестерпний біль [8].

Пацієнти групи порівняння приймали НПЗП 14 днів (мелоксикам у формі ОДТ – 15 мг/добу), хондропротектори протягом 2-3 місяців (хондроїтину сульфат і глікозаміну гідрохлорид – по 1000 мг/добу), комбіновані препарати кальцію та вітаміну D3 протягом 2-3 місяців (500 мг – 2 таб/добу). Пацієнти основної групи додатково приймали серратіопептидазу 10 мг по 1 таблетці 3 рази/добу протягом 20 днів при вираженості больового синдрому до 6 балів і 30 днів при наявності болю більше 8 балів. Пацієнтів спостерігали на 7, 21, 30 день лікування.

Результати: Більшість хворих – 30 (83,3 %) скаржилися на біль у СНЩС. Помірний тупий ниючий біль у СНЩС у стані спокою був у 19 (52,8 %) пацієнтів, середнє значення якого за VDS становило $3,5 \pm 1,1$ балів. У цих осіб під час жування твердої їжі чи активних рухах нижньої щелепи біль посилювався та складав $6,1 \pm 1,3$ бали. У 12 (33,3 %) осіб були скарги на сильний біль ($5,9 \pm 1,0$ балів) у СНЩС лише при відкриванні рота та жуванні твердої їжі, в стані спокою біль не виникав.

У 20 (55,6%) пацієнтів відмічалася ранкова скутість у ділянці ураженого суглоба від 15 до 20 хвилин, що поступово зменшувалася і зникала. При відкриванні рота 100 % пацієнтів відмічали появу крепітації чи хрускоту у суглобі. При об'єктивному обстеженні у хворих виявлено обмеження рухів нижньої щелепи, відкривання рота складало $3,25 \pm 0,86$ см. Діагностовано зміщення щелепи при відкриванні рота в бік ураженого СНЩС, хрускіт чи крепітацію в суглобі.

Під час опитування у 100 % пацієнтів обох груп через 7 днів лікування з'ясовано, що біль у СНЩС зменшився, майже не турбував в стані спокою – $2,1 \pm 1,1$ бали. Під час жування біль зберігався, однак став менш інтенсивним ($4,3 \pm 1,0$ бали): у 22 (61,1 %) осіб біль був помірним і 14 (38,9 %) пацієнтів відмічали біль слабкий. У хворих обох груп під час повторних відвідувань відмітили збільшення відкривання рота до $4,0 \pm 1,0$ см, покращення об'єму рухів нижньої щелепи, зменшився хрускіт і крепітація в суглобі.

На 21 день лікування з'ясовано, що біль у СНЩС у пацієнтів обох груп у стані спокою після закінчення прийому НПЗП був меншим, ніж до початку лікування та складав в основній групі $2,1 \pm 1,1$ балів, а в групі порівняння $3,5 \pm 1,1$ балів. Під час жування біль у пацієнтів основної групи були також меншими ($2,2 \pm 0,8$ бали), ніж у пацієнтів групи порівняння ($3,8 \pm 0,9$ бали).

Пацієнти основної групи під час повторних відвідувань через 1 місяць спостереження мали достовірно кращі показники зменшення болю як в стані спокою так і під час жування: відповідно $0,6 \pm 0,4$ та $2,1 \pm 1,1$ бали ($p < 0,05$) – стан спокою; $1,6 \pm 1,1$ та $3,3 \pm 1,0$ бали ($p < 0,05$) – під час активних рухів нижньої щелепи. Така ж закономірність відмічалася і в покращенні об'єму рухів нижньої щелепи та відкриванні рота в пацієнтів основної групи, порівняно з групою порівняння, відповідно $4,3 \pm 0,9$ см та $3,9 \pm 0,7$ см ($p < 0,05$).

Висновки:

1. Застосування серратіопептидази в комплексному лікуванні пацієнтів із захворюваннями СНЩС із вираженим больовим синдромом зменшує біль у суглобі як в стані спокою, так і при активних рухах нижньої щелепи, дозволяє покращити об'єм рухів у СНЩС, ступінь

відкриття рота до $4,4 \pm 1,0$ см, порівняно з групою порівняння ($p < 0,05$).

2. Препарат сerratіопептидази добре переносився пацієнтами, не було скарг з боку травної, сечовидільної систем, алергічних реакцій. Виявлено достовірне поступове зниження болю, покращення відкриття рота, зменшення хрускоту та крепітації в СНЩС у обох групах протягом усього часу дослідження ($p < 0,05$).

3. Сerratіопептидаза може використовуватися у хворих із захворюваннями СНЩС для усунення болю, зменшення набряку в периартикулярних тканинах, потенціювання дії НПЗП, хондропротекторів при лікуванні захворювань суглоба. При вираженості больового синдрому ≤ 6 балів за шкалою VDS рекомендований курс лікування – 21 день, при больовому синдромі ≥ 6 балів – 30 днів.

Література:

1. Воловар О.С. Діагностика та лікування захворювань скронево-нижньощелепного суглоба на фоні соматичних захворювань: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.22. Київ, 2013. 40 с.

2. Murphy M.K., MacBarb R.F., Wong M.E., Athanasiou K.A. Temporomandibular Joint Disorders: A Review of Etiology, Clinical Management, and Tissue Engineering Strategies. *The International Journal of oral & maxillofacial implants*. 2013. Vol. 28(6). P. e393–e414.

3. Wang X.D., Kou X.X., Mao J.J. et al. Sustained inflammation induces degeneration of the temporomandibular joint. *Journal of Dental Research*. 2012. Vol. 91. № 5. P.499–505.

4. Tiwari M. The role of serratiopeptidase in the resolution of inflammation. *Asian journal of pharmaceutical sciences*. 2017. Vol. 12. P. 209–215.

5. Поворознюк В.В., Орлик Т.В., Бистрицька М.А. Застосування препаратів Мовекс® і Мовіназа® в комплексному лікуванні хворих старших вікових груп з остеоартрозом великих суглобів. *Здоров'я України*. 2013. № 22(323). С. 16–18.

6. Garg R., Aslam S., Garg A., Walia R. A prospective comparative study of serratiopeptidase and aceclofenac in upper and lower limb soft tissue trauma cases. *Intern. J. Pharmacol. Pharmaceut. Technol.* 2012. Vol. 1(2). P. 2277–3436.

7. Воловар О.С., Крижанівська О.О. Сerratіопептидаза в комплексному лікуванні захворювань скронево-нижньощелепного суглоба. *Вісник стоматології*. 2019. № 4(109). С. 50–56.