



УКРАЇНА

(19) UA (11) 45586 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61K 35/48

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА ПСО-  
РІАЗ

1

2

(21) u200908985

(22) 31.08.2009

(24) 10.11.2009

(46) 10.11.2009, Бюл. № 21, 2009 р.

(72) ЧЕГРИНЮК ЛЕЙЛА ТАЛАТІВНА, БОРИСЕН-  
КО АНАТОЛІЙ ВАСИЛЬОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб комплексного лікування генералізо-  
ваного пародонтиту у хворих на псоріаз, що включає  
гігієну порожнини рота, усунення подразнюючих  
травматичних факторів і травматичної оклюзії,

застосування медикаментозних засобів у вигляді  
аплікацій на ясна та інстиляцій у пародонтальні  
кишені, який **відрізняється** тим, що як медикаме-  
нтозний засіб для аплікацій на ясна та інстиляцій в  
пародонтальні кишені використовують препарат  
ербісол внутрішньом'язово дозою 2 мл 2 рази на  
добу за 1-2 години до їжі зранку та через 2-3 годи-  
ни після їжі увечері протягом 10 днів у поєднанні із  
гранулами кверцетину по 2 г за 30 хвилин до їжі  
тричі на добу протягом 10 днів та щодня роблять  
одну аплікацію гелем, який містить кверцетин.

Корисна модель, що заявляється, стосується  
медицини, точніше стоматології, і призначена для  
лікування генералізованого пародонтиту у хворих  
на псоріаз.

Розробка ефективних методів профілактики і  
лікування захворювань пародонту залишається на  
сьогоднішній день одним з головних напрямків  
стоматології. Значною мірою це відноситься до  
найбільш поширеного захворювання - генералізо-  
ваного пародонтиту, лікування якого складає акту-  
альну медичну і соціальну проблему. Це обумов-  
лено його високою поширеністю, складністю  
діагностики початкових проявів, прогресуючою  
течією і тяжкими наслідками, що призводять до  
втрати зубів (1, 2, 3).

На частоту, характер течії і важкість генералі-  
зованого пародонтиту великий вплив має наяв-  
ність спільних соматичних захворювань в організ-  
мі. Одним з таких патологічних станів, при якому  
спостерігається зв'язок з хворобами пародонту, є  
псоріаз. Про взаємозв'язок між захворюваннями  
тканин пародонту з одного боку і хворобами шкіри  
з іншого відомо давно. У поодиноких роботах є  
вказівки, що при цьому збільшується поширеність  
запально-дистрофічних уражень тканин пародон-  
ту, частішають випадки їх атипової і важкої течії. В  
той же час, до теперішнього часу відсутні дані про  
особливості лікування генералізованого пародон-  
титу у хворих псоріазом (6). Лікуванням генералі-  
зованого пародонтиту є цілий комплекс заходів з

використанням терапевтичних, ортопедичних і  
хірургічних методів. У хворих псоріазом воно бага-  
то в чому визначається виявленими особливостя-  
ми клінічної течії, лабораторних і біохімічних пока-  
зників. Захворювання пародонту у цих хворих  
характеризується активним запально-  
деструктивним процесом в пародонті. Несприят-  
ливий перебіг пародонтиту обумовлений імуноло-  
гічними порушеннями в цілому і появою гіперчут-  
ливості до бактеріальних антигенів зокрема (4, 5).

Задача, яку вирішує корисна модель, що заяв-  
ляється, полягає в оптимізації умов для зменшен-  
ня частоти загострень та стабілізації перебігу ге-  
нералізованого пародонтиту на тлі псоріазу.

Технічний результат від використання корис-  
ної моделі полягає у підвищенні ефективності лі-  
кування, подовженні ремісій та скорочення числа  
рецидивів генералізованого пародонтиту у хворих  
на псоріаз, а також у можливості застосування її як  
у спеціалізованих пародонтологічних відділеннях  
поліклінік, стоматологічних відділеннях та клініках  
різної форми власності, так і в домашніх умовах.

Поставлена задача вирішується тим, що у ві-  
домому способі, який передбачає гігієну порожни-  
ни рота, усунення подразнюючих травматичних  
факторів і травматичної оклюзії, застосування ме-  
дикаментозних засобів у вигляді аплікацій на ясна  
та інстиляцій у пародонтальні кишені, згідно кори-  
сної моделі, як медикаментозний засіб для апліка-  
цій на ясна та інстиляцій в пародонтальні кишені

(19) UA (11) 45586 (13) U

використовують препарат ербісол внутрішньом'язево в дозі 2мл 2 рази на добу за 1-2 години до їжі зранку та через 2-3 години після їжі у вечері протягом 10 днів у поєднанні із гранулами кверцетину по 2г за 30 хвилин до їжі, тричі на добу, протягом 10 днів, а для місцевого вживання 2г гранул Кверцетину розчиняють в 10мл гарячої води (або 1г в 5мл) і перемішують до здобуття гелю, щодня роблять одну аплікацію гелем.

Відмінною особливістю способу комплексного лікування генералізованого пародонтиту у хворих на псоріаз є додаткове призначення препаратів ербісолу та кверцетину, які володіють вираженою антиоксидантною, імуномодулюючою, радіопротективною, репаративною, протизапальною діями. Це дозволяє значно поліпшити ефект від лікування за рахунок коригування змін імунної системи та мінімальній кількості побічних дій. За відомими літературними даними, такий спосіб лікування генералізованого пародонтиту на тлі псоріазу не відомий.

Запропонований спосіб лікування генералізованого пародонтиту на тлі псоріазу здійснюється наступним чином:

у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту проводять ряд лікувальних втручань. Перш за все, враховуючи значну мікробну обсіаність, порожнину рота зрошують розчинами антисептиків. Потім ретельно, але обережно видаляють зубні відкладення. В середньому за одне відвідування проводять обробку 6–8 зубів. Міжзубні проміжки та пародонтальні кишені зрошують зі шприца розчином антисептика для видалення з них залишків зубних відкладень. Паралельно проводять усунення інших місцевих подразників тканин пародонту: неповноцінних пломб, нераціонально виготовлених протезів і тому подібне. Істотне значення має пломбування каріозних порожнин, особливо на контактних поверхнях зубів і в пришийковій ділянці. Обов'язковим етапом лікування є усунення травматичної оклюзії. За наявності рухливості зубів I–II, а при загостренні, і III ступеня місцевого лікуванню передувала тимчасова їх імобілізація строком на 3–4 тижні. Найчастіше для цього використовували комбіновані лігатурні шини з покриттям з композиційних матеріалів. За наявності аномалії прикусу і положенні окремих зубів хворим рекомендувалося ортодонтичне лікування. Проводять депульпування зубів, розташованих в ділянках атрофії альвеолярної кістки II–III ступеня, з подальшим внутріканальним шинуванням. Безпосередньо після видалення зубних відкладень та інших подразників тканин пародонту застосовують відповідне медикаментозне лікування.

Різною була тактика при лікуванні пародонтальних кишень. Якщо їх глибина не перевищувала 1–3мм, то застосовували, в основному, медикаментозне лікування. При глибині кишень більше 4мм використовували додатково хірургічні методи: кюретаж, вакуум-кюретаж. Для лікування одиночних абсцесів проводили гінгивотомію.

Після усунення місцевих подразнюючих чинників та явищ загострення в тканинах пародонту призначали фізичні методи лікування: лікарські зрошування, різні види масажу, електропроцедури

і ін. Вибір конкретних методів лікування визначався станом пародонту і організму хворого в цілому.

По показанням хворим призначалося ортопедичне лікування і постійне шинування зубів. Ортопедичні втручання проводили в процесі медикаментозного лікування і після його завершення.

План спільного лікування хворих псоріазом складався спільно з дерматологом. В комплексну терапію псоріазу включали медикаментозні засоби: гіпосенсибілізуючі препарати, антигістамінні, полівітамінні комплекси з мікроелементами, седативні препарати, гепатопротектори, імунокоректори. За наявності захворювань внутрішніх органів хворих консультували у відповідних фахівців і проводили відповідне лікування.

Форми вживання кверцетину та ербісола в комплексній терапії генералізованого пародонтиту у хворих псоріазом були різні: аплікації на ясна, інстиляції в пародонтальні кишені, введення в тканини пародонту за допомогою електрофорезу. Парентеральний за схемою: ербісол по 2мл, внутрішньом'язево, 2 рази на добу (6-8 година ранку, за 1-2 години до їжі та 20-22 година, 2-3 години після їжі) протягом 10 днів у поєднанні із гранулами кверцетину по 2г (попередньо розчинивши і перемішавши в 10мл склянки води ) за 30 хвилин до їжі, тричі на добу, протягом 10 днів. Для місцевого вживання 2г гранул Кверцетину розчиняють в 10мл гарячої води (або 1г в 5мл) і перемішують до здобуття гелю. Щодня роблять одну аплікацію гелем.

Ербісол - це препарат, який містить небілковий комплекс (глікопептиди, пептиди, нуклеотиди, амінокислоти) природних органічних сполук негормональної природи, виділених із ембріональної тканини великої рогатої худоби. До його складу входять низькомолекулярні специфічні "сигнальні" молекули, які активують природні механізми пошуку і усунення патологічних змін в органах і тканинах. За даними літератури, ербісол володіє оригінальним механізмом дії, зокрема впливає не лише на саме захворювання, але і на весь організм у цілому, активуючи при цьому контролюючі системи організму, які відповідають за пошук та усунення патологічних змін. Однією із таких систем є імунна система, яка приймає участь в усуненні не лише основного патологічного процесу, але й супутніх захворювань, головним чином, за рахунок клітин макрофагального ряду, відповідальних за репарацію пошкоджених клітин та відновлення функціональної активності органів і тканин, а також через N- і T-кілери, які відповідальні за знищення пошкоджених клітин, не здатних до регенерації, або аномальних клітин (мутантних, злоякісних, клітин-вірусоносіїв тощо) і тканин.

Кверцетин-препарат, що володіє втраженою антиоксидантною, імуномодулюючою, радіопротективною, репаративною протизапальною діями. Гранули кверцетину - це комбінована лікарська форма Р-вітамінного кверцетину та яблучного пектину, які обумовлюють вищевказані ефекти.

Застосування вітчизняних антиоксидантних, імуномодулюючих препаратів кверцетин та ербісол в поєднанні з традиційним комплексним лікуванням генералізованого пародонтиту призводить

до більш швидкої позитивної клінічної динаміки перебігу захворювання, нормалізації імунологічних показників резистентності організму, зменшення частоти загострення псоріатичної хвороби.

Приклад конкретного втілення.

Хворий Д., 47 років. Знаходився під нашим спостереженням в пародонтологічному відділенні стоматологічної поліклініки НМУ ім. О. О. Богомольця, а також у відділенні міського шкірно-венерологічного диспансера м. Києва з жовтня 2007 по листопад 2008, картка амбулаторного хворого №243. Діагноз: Генералізований пародонтит I-II ступеня, хронічний перебіг.

Скарги на біль та кровоточивість ясен. Об'єктивно: гіперемія, синюшність, набряк слизової оболонки ясен, наявність над- та під'ясенного зубного каменя. Патологічна рухливість зубів I-II ступеня. Наявність пародонтальних кишень 2-3мм з серозно-гнійним ексудатом.

Згідно з загальноприйнятою методикою лікування порожнину рота зрошували розчинами антисептиків (фурацилін, мірамістин, хлоргексидин). Потім ретельно, але обережно видаляли зубні відкладення. В середньому, за одне відвідування проводилась обробка 6-8 зубів. Паралельно проводилось усунення інших місцевих подразників тканин пародонту: неповноцінних пломб, нераціонально виготовлених протезів. Проводилось пломбування каріозних порожнин. Для усунення травматичної оклюзії проводилась тимчасова іммобілізація зубів строком на 3-4 тижні за допомогою комбінованих лігатурних шин з покриттям з композиційного матеріалу. Безпосередньо після видалення зубних відкладень й інших подразників тканин пародонту застосовували відповідне медикаментозне лікування, на ясна накладали та вводили в пародонтальні кишені мефенамінову пасту. Після її видалення проводилась аплікація пасти, що складається з р-на ербісола, гелю кверцетину і білої глини. Для пролонгації дії медикаментозних засобів оброблені ділянки пародонту закривали пародонтальною лікувальною пов'язкою. Після усунення явищ загострення в тканинах пародонту призначали фізичні методи лікування: лікарські зрошення, різні види масажу, електропроцедури з ербісолом та кверцетином.

План спільного лікування хворих псоріазом складався спільно з дерматологом. В комплексну

терапію псоріазу включали медикаментозні засоби: гіпосенсибілізуючі препарати, антигістамінні, полівітамінні комплекси з мікроелементами, седативні препарати, гепатопротектори, імунокоректори.

Під впливом комплексного лікування, вже протягом перших 6-7 днів помітно покращав загальний стан, знизилась кровоточивість і болючість ясен. Основні симптоми пародонтита ліквідовувалися повністю на 10-12 день.

Через 12 місяців після комплексної терапії спостерігалась клініко-рентгенологічна стабілізація процесу в пародонті. Відзначалась відсутність болючості і кровоточивості ясен, не поновлювались неприємні відчуття в ділянках ураження, покращувалась статика рухливих зубів. Об'єктивно реєструвалась відсутність гіперемії, кровоточивості ясен, виділення ексудату з пародонтальних кишень. Слизова оболонка ясенного краю щільно охоплювала коріння зубів.

Впродовж 2006 - 2009 років на базі пародонтологічного відділення стоматологічної поліклініки НМУ ім. О. О. Богомольця м. Києва за способом, що заявляється, в амбулаторних умовах було проліковано 120 пацієнтів.

Середній термін спостереження склав 4 роки. Результати лікування (клініко-рентгенологічна стабілізація) були хорошими у всіх пацієнтів. Порівняно з лікуванням за способом-прототипом досягнуто більш стійкого ефекту. Спостерігалось зменшення частоти загострення псоріазу.

Використана література:

1. Данилевский Н. Ф., Магид Е. А., Мухин Н. А., Миликевич В. Ю. Заболевания пародонта. - М.: Медицина, 1993 - 320с.
2. Иванов В.С. Заболевания пародонта. - М.: Медицина, 1989г. - 272с.
3. Мащенко И. С. Особенности патогенеза .клиники и лечения пародонтита у больных с аутоиммунизацией организма; Автореф.дис. ...д-ра мед.наук- К., 1980.- 37с.
4. Скрипкин Ю. К.Кожные и венерические болезни //Изд.Триада.: Москва.- 2000.-303с.
5. Машкилейсон А. К., Скрипкин Ю. К. Лечение кожных болезней // Москва:М.- 1990.-с.301
6. Cristopher E. Psoriasis - epidemiology and clinical spectrum // Clin. Exp. Dermatol. - 2001/- Vol/26/-320p.