



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **32790** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
A61C 8/02МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ ГІПЕРТРОФІЧНИХ ГІНГІВІТІВ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ЩЕЛЕП**

1

2

(21) u200801579

(22) 07.02.2008

(24) 26.05.2008

(46) 26.05.2008, Бюл.№ 10, 2008 р.

(72) ГАВРІЛОВ ВОЛОДИМИР ОЛЕКСІЙОВИЧ, UA,  
ГАЙДАШ ДМИТРО ІГОРЕВИЧ, UA, ШУБЛАДЗЕ  
КРИСТИНА КОКИЙОВНА, UA, ШУБЛАДЗЕ ГЕО-  
РГІЙ КОКИЙОВИЧ, UA, КИСЕЛЬОВ БОРИС ВО-  
ЛОДИМИРОВИЧ, UA, ТИЩЕНКО ІВАН ПАВЛО-  
ВИЧ, UA, ПРОСКУРІНА ОЛЕНА В'ЯЧЕСЛАВІВНА,  
UA, ФЕДОРЕНКО ПАВЛО АНДРІЙОВИЧ, UA(73) ГАВРІЛОВ ВОЛОДИМИР ОЛЕКСІЙОВИЧ, UA,  
ГАЙДАШ ДМИТРО ІГОРЕВИЧ, UA, ШУБЛАДЗЕ  
КРИСТИНА КОКИЙОВНА, UA, ШУБЛАДЗЕ ГЕО-  
РГІЙ КОКИЙОВИЧ, UA, КИСЕЛЬОВ БОРИС ВО-  
ЛОДИМИРОВИЧ, UA, ТИЩЕНКО ІВАН ПАВЛО-ВИЧ, UA, ПРОСКУРІНА ОЛЕНА В'ЯЧЕСЛАВІВНА,  
UA, ФЕДОРЕНКО ПАВЛО АНДРІЙОВИЧ, UA(57) 1. Спосіб профілактики хронічних гіпертрофіч-  
них гінгівітів при консервативному лікуванні хворих  
з переломами щелеп, що включає двощелепне  
шинування та медикаментозну терапію, який **від-  
різняється** тим, що двощелепне шинування вико-  
нується із застосуванням модифікованої стандар-  
тної шини Васильєва, що розташовується  
пародонтопротекторно відносно слизуватої обо-  
лонки альвеолярних відростків.2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як  
антипроліферативний засіб місцево використовую-  
ють мазь Контрактубекс.3. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що мазь  
Контрактубекс наносять на ясна 4 рази на день  
після їжі.

При консервативному лікуванні хворих з пере-  
ломами нижньої щелепи (ПНЩ) від подразнення  
тканин пародонту дратовими шинуючими констру-  
кціями та у зв'язку з погіршенням умов досконалої  
гігієни порожнини рота виникають хронічні запаль-  
ні захворювання з боку тканин пародонту, набряк,  
гіпертрофія та гіперплазія ясен, утворюються хибні  
пародонтальні кишені. Відомо, що механічний  
тиск, надаваний на тканини пародонту назубними  
шинуючими конструкціями, викликає активацію  
фіброblastів ясен, підсилюючи їхню проліферацію  
й диференціацію, а також вироблення ними ком-  
понентів міжклітинної речовини [1-3].

Відомі заходи лікування переломів щелеп не  
передбачають цілеспрямованого впливу на попе-  
редження та усунення розвитку гіпертрофічних  
гінгівітів та проліферативних розростань ясен. Це  
стосується аналогів та прототипів пропонуємої  
корисної моделі: Деклараційний [патент на винахід  
61601A Україна, A61C8/02. "Пристрій Гаврілова  
В.О. для міжщелепної фіксації", Деклараційний  
патент на винахід 64239A Україна, A61C8/02 "Спо-  
сіб Назаренко Т.М. шинування нижньої щелепи у  
ментальному відділі у хворих із патологією шлун-  
ково-кишкового тракту", Патент України на корисну

модель №21839 «Спосіб профілактики та лікуван-  
ня запальних ускладнень тканин пародонту, що  
виникають у хворих при консервативному лікуванні  
переломів щелеп» [4-6].

Мета корисної моделі - підвищити якість кон-  
сервативного лікування хворих з ПНЩ шляхом  
запобігання та зниження частоти виникнення ятро-  
генних післяопераційних запальних ускладнень з  
боку тканин пародонту і ступеня проліферативних  
гіпертрофічних процесів в яснах.

Поставлена мета вирішується тим, що з метою  
усунення подразнень тканин пародонту шинуючи-  
ми пристроями пропонується використовувати  
модифіковану стандартну шину Васильєва, а для  
профілактики гіпертрофічних та проліферативних  
процесів у яснах пропонується місцево використо-  
вувати Контрактубекс.

Контрактубекс [виробник - "Мерц Фарма ГмбХ і  
К", Німеччина] - засіб для профілактики та лікуван-  
ня рубців і колоїдів, застосовують для місцевого  
лікування та профілактики утворення нефізіологіч-  
них рубців.

Контрактубекс містить такі фармакологічно ак-  
тивні речовини, як Extractum oerae (екстракт ци-  
булі), гепарин і алантолін. Кожна з цих речовин

(13) **U**  
(11) **32790**  
(19) **UA**

має особливий механізм дії, що є частиною загального терапевтичного ефекту Контрактубексу.

Екстракт цибулі чинить виражену протизапальну, антипроліферативну й антимікробну дію, пригнічує PDGF - індукований хемотаксис фібробластів шкіри людини й продукцію компонентів позаклітинного матриксу, таких як протеоглікани й колаген, що особливо важливо для запобігання рубцевої гіпертрофії й утворення колоїдів.

Гепарин - використовують для місцевого лікування запальних і набрякових змін на шкірі, а також для системної профілактики тромбозу, а також впливає на регенераторні процеси. У сполучній тканині гепарин зв'язується з молекулою колагену, пригнічуючи його подальшу полімеризацію.

Алантаїн має ранозагоювальну, кератолітичну, зволожувальну, епітелізуючу, заспокійливу та протизапальну дію, він сприяє проникненню інших компонентів у рубцеву тканину і тим самим підвищує ефективність препарату.

Позитивні терапевтичні властивості Контрактубексу, які беруться до уваги при профілактиці хронічних гіпертрофічних гінгівітів під час консервативного лікування хворих з ПНЩ:

- 1) підтримка нормального процесу загоєння ран;
- 2) запобігання зягаванню фази запалення;
- 3) усунення таких ознак запалення, як почервоніння, набряк і біль;
- 4) запобігання утворенню патологічної рубцевої тканини;
- 5) поліпшення процесу формування рубцевої тканини;
- 6) зменшення подразнення в ділянці рубця.

Для зменшення здатності шини пошкоджувати та травмувати ясні, затримувати залишки їжі, бути активним ретенційним пунктом для бактерій пропонується для використання модифікована стандартна шина Васильєва. З метою її удосконалення вона робиться по ширині менше й тонше, більше гладкою і полірованою. Шляхом рівномірного зашлифовування її різцевого краю у фронтальному відділі й приясенного краю в дистальних відділах, зменшення й полірування зачіпних гачків вона робиться більш мініатюрною та малотравматичною.

Щоб зменшити негативний вплив «мертвого простору» (площа зуба під шинуючими конструкціями, що позбавлена можливості бути вичищеною й доглянутою) й негативний вплив шин на тканини пародонту у ділянці пришийкових поверхонь зубів, шина під час лікування фіксується в набагато більше безпечному для м'яких тканин пародонта місці - на екваторах зубів. Ця здатність реалізується за рахунок того, що всі латеральні зачіпні гачки розгинаються, залежно від кількості зубів й якості міжзубних проміжків та пломб. Лікар приймає рішення, який з розігнутих гачків знову загибається до первісного стану, а який використовується для перетворення його в гачок-стопер для утримання шини на зубах у запланованому положенні. Створення з існуючих зачіпних гачків - гачків-стоперів дозволяє шині в бічних відділах розташовуватися на тім рівні віддаленості від ясен, що визначає лікар у кожному конкретному випадку, підгинаючи або згинаючи їх краплонними щипцями.

Модифіковані стандартні шини Васильєва, розташовані на вестибулярній поверхні зубів на рівні екваторів, не торкаються до слизової оболонки коміркового відростку, ясенних сосочків, не травмують та не подразнюють їх, не сприяють розвитку проліферативних захворювань ясен, запальним захворюванням тканин пародонту або загостренню пародонтиту, не сприяють затриманню, накопиченню та гноїнню залишків їжі, накопиченню та розмноженню там мікроорганізмів, забезпечують умови для ретельної гігієни ротової порожнини. Використання Контрактубексу при консервативному лікуванні ПНЩ попереджає виникнення гіпертрофічних гінгівітів та проліферативних захворювань тканин пародонту.

Порядок використання модифікованої шини Васильєва наступний: заздалегідь стандартні стрічкові шини Васильєва «відпускаються» нагріваним на вогні, гачки в бічних відділах розгинаються й вирівнюються за допомогою маленького молотка. За допомогою бормашини карборундовим диском, каменем або спеціальною фрезою сточуються краї шини (меншої робиться її ширина) у центральній і бічній ділянках шини, зачіпні гачки робляться тонше й коротше. Шини шліфуються, поліруються й стерилізуються. Після проведення знеболювання шини припасовуються до зубів. Відтинаються ножицями зайві зачіпні гачки, проводиться регулювання положення й припасування до жувальних поверхонь гачків-стоперів. Регулюванням вигинів стоперних гачків шина встановлюється й утримується при її фіксації на необхідному горизонтальному рівні відносно ясенного краю. Якщо вимагає клінічна ситуація особливо дбайливого відношення до естетично важливих ділянок тканин пародонту у фронтальному відділі, то модифіковані шини Васильєва устанавлюються з їх розворотом на 180°, для того щоб частина гачків фронтального відділу перетворилася в гачки-стопери. При необхідності з лінії перелому видаляється зуб (зуби) і шини фіксуються до зубів лігатурним дротом.

Позитивний ефект застосування модифікованої стандартної шини Васильєва полягає в тім, що зменшений обсяг шини, змінена її форма й новий горизонтальний рівень розташування на зубах забезпечує непошкодуюче, дбайливе відношення до тканин пародонту протягом усього терміну проведення міжщелепної фіксації (відсутність здавлення м'яких тканин й порушення кровообігу в яснах, повна відсутність або мінімальність контакту з ясенними сосочками й шийкам зубів, чутливих до процесів гіпоксії й демінералізації). Застосування технології «шина на екваторі» дозволяють уникнути проявів травматичного пародонтиту з наступною ретракцією і рецесією маргінальних ясен, а також попереджає їх виразку, гіпертрофію, атрофію, гіперплазію й надлишкову проліферацію ясенних сосочків, що в остаточному підсумку сприяє скороченню строків лікування хворих із ПНЩ і гарантує отримання прогнозованого оптимального функціонального та естетичного результату.

Фіксація шини не на яснах і ясенних сосочках, не на шийках зубів, а на вестибулярній поверхні зубів на рівні екваторів дозволяє запобігти подра-

зненню та виникненню гіпертрофічних проліферативних розростань ясен.

Оскільки шину укладають пародонтопротекторно - на вестибулярну поверхню зубів, а шийки зубів залишаються неприкритими шинами, тобто шина не є не тільки ловичкою для мікроорганізмів та залишків їжі, а і залишає не подразненими тканини пародонту, це забезпечує зручність гігієнічного догляду за зубами, яснами та шиною під час лікування. Шини не викликають запальних захворювань тканин пародонту або загострення пародонтиту, бо не лежать на яснах та на ясенних сосочках, не пошкоджують і не подразнюють їх, не сприяють гіпоксії, не погіршують кровопостачання.

Технічним та клінічним результатом застосування запропонованої корисної моделі є створення нового способу профілактики гіпертрофічних гінгівітів та проліферативних їх розростань у хворих із ПНЦ. У порівнянні з аналогами та прототипами, поліпшуються умови гігієни ротової порожнини у процесі усього терміну фіксації відламків. В реабілітаційному періоді зберігається функція ясен та тканин пародонту, надається можливість домогтися усунення явищ гіпоксії та проведення лікування тканин пародонту.

Застосування протипроліферативного препарату Контрактубекс попереджає виникнення та усуває наявні грубі рубцеві зміни у яснах, які знаходяться в час лікування під впливом провокуючих умов, що виникають при консервативному лікуванні хворих із ПНЦ з використанням назубних шинуючих пристроїв.

Уся сукупність істотних ознак забезпечує ефективне лікування переломів нижньої щелепи у хворих із високим естетичними вимогами, попереджає виникнення гіпертрофічних гінгівітів та пародонтитів, скорочує термін лікування на 3-4 дні, його можливо використовувати для лікування переломів удітей, хворих із зниженим імунітетом та з хворобами шлунково кишкового тракту, при консервативному лікуванні аномалій прикусу ейджуаз-технікою.

Клінічний приклад 1.

Хворий А., 26 років, історія хвороби №77, потрапив до клініки щелепно-лицевої хірургії 10.06.07 на другий день після травми з діагнозом перелом нижньої щелепи біля лівого кута. Після обстеження та підтвердження діагнозу 11.06.07 під місцевим знеболюванням ультракаїном проведено двощелепне шинування модифікованими стандартними шинами Васильєва та видалення з лінії перелому 38 зубу з послідовним ушиванням його лунки кетгуттом. Хворий отримував протизапальну терапію, місцево чотири рази на добу проводив змазування ясен Контрактубексом. 16.06.07 у задовільному стані виписан на амбулаторне лікування. 5.07.07 проведено зняття модифікованих шин Васильєва, та продовження медикаментозної терапії, що включала місцеве застосування Контрактубексу. При огляді загальний стан хворого задовільний, прикус не порушено, стан слизової оболонки біля лінії перелому без ознак запалення. Клінічно консолідація виражена задовільною. Явищ гіпертрофії, проліферації та процесу подразнення чи запалення тканин пародонту нема.

Клінічний приклад 2.

Хвора О., 20 років, історія хвороби №28. Звернулась у відділення щелепно-лицевої хірургії Луганської обласної клінічної лікарні 11.01.07 із скаргами на болі у нижній щелепі ліворуч, асиметрію обличчя за рахунок післятравматичного набряку лівої щоки, порушення прикусу. Зі слів потерпілої три години тому отримала травму на виробництві, втрати свідомості не було. При обстеженні встановлено діагноз: травматичний перелом нижньої щелепи в ділянці 48 зубу без зміщення уламків. При госпіталізації загальний стан середньої важкості. Асиметрія обличчя за рахунок післятравматичного набряку лівої щоки. Визначається порушення прикусу, відкривання рота не обмежено. При пальпації і бімануальному обстеженні - порушення неперервності нижньої щелепи в ділянці 48 зуба. При внутрішньо ротовому огляді - помірна кровотеча із періодонту 48 зуба. Рентгенологічно відзначається лінія перелому через корінь 48 зуба із зміщенням уламків до 2мм. В терміновому порядку хвору госпіталізовано, проведено знеболення, видалення 48 зубу із лінії перелому та ревізія лінії перелому. Лунка 48 зуба ушита кетгуттом. Щелепи іммобілізовані модифікованою стандартною шиною Васильєва. Призначено традиційну медикаментозну терапію з використанням місцево Контрактубексу чотири рази на добу.

16.01.07. хвору виписано на амбулаторне лікування у задовільному стані. Ускладнень в післятравматичному періоді не визначено. На момент зняття міжщелепної фіксації прикус не порушено, клінічно консолідація фрагментів задовільна, при рентгенологічному обстеженні зів'язування фрагментів задовільне. Реабілітаційно-відновлюючий етап лікування протягом 10 діб проходив без ускладнень.

Весь термін лікування хвора відчувала себе добре. При знятті фіксуючого елемента з зубів після закінчення реабілітаційно-відновлюючого лікування явищ запалення чи подразнення тканин пародонту та признаков гіпертрофії та гіперплазії ясен не було знайдено. Стан гігієни ротової порожнини добрий, прикус у правильному стані і утримувався під час лікування добре. Моніторинг імунологічних показників та показників перекисного окислення ліпідів виявив позитивну динаміку, бактеріологічне обстеження на 23-ю добу після госпіталізації виявили, що кількість мікрофлори порожнини рота знаходиться в межах норми. Тканини естетично важливих зон непошкоджені. Рентгенологічне та клінічне обстеження показало, що на момент завершення лікування ушкоджень естетично важливих зон нема, клінічно консолідація фрагментів задовільна, при рентгенологічному обстеженні зів'язування фрагментів задовільне, явищ остеопенії не знайдено.

Проведено вивчення ефективності запропонованого нами способу лікування у 15 хворих з переломами нижньої щелепи віком від 18 до 26 років протягом реабілітаційного періоду лікування. Групу порівняння склали 20 хворих віком від 18 до 25 років, яким при лікуванні міжщелепну фіксацію здійснювали традиційними шинами Васильєва. Ефективність: відсутність явищ запалення тканин пародонту, від перебування назубних фіксуючих пристроїв нема травматичного пошкодження есте-

тично важливих зон, естетичність ясенного краю не порушена, гіпертрофічних розростань немає, працездатність відновлена на 3,3+0,6 дні раніше відносно групи порівняння.

Ефективність запропонованого методу профілактики гіпертрофії ясен після консервативного лікування ПНЩ підтверджується даними пародонтологічних досліджень. По даним термометрії ясен найбільш істотні зміни убик нормалізації температури слизуватої оболонки альвеолярного відростка в області локалізації шинуючих конструкцій свідчили про швидкі темпи вгасання запальної реакції в пацієнтів основної групи. Цитологічне дослідження промивної рідини порожнини рота після завершення лікування свідчать про більше раннє відновлення клітинного складу слизуватої оболонки порожнини рота.

#### Література:

1. Гаврилов В.А. Существует ли возможность для достижения оптимального эстетического результата при лечении больных с переломами че-

люстей //Загальна патологія та патологічна фізіологія. - 2006. - Т.1. - №2. - с.31-37.

2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - 4-е изд., перераб. и доп. - 2004. - Киев: ООО "Червона Рута-Турс". -1062с: ил.

3. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. - М.: 2006.-416с.

4. Декларацийний патент України на винахід 61601 А, А61С8/02 / Гаврілов В.О., Назаренко Т.М., Бабенко А.Д. (UA). - №2003032120; Заявл.11.03.2003; Опубл.17.11.2003, Бюл. №11.

5. Декларацийний патент України на винахід А61С8/02 / Назаренко Т.М., Гаврілов В.О., Бабенко А.Д., Степаненко Т.І., Грабков Ю.П. (UA). - №2003043267; Заявл.11.04.2003; Опубл.16.02.2004, Бюл. №2.

6. Патент України на корисну модель №21839 / Гаврілов В.О., Сіленко Ю.І., Лузін В.І., Шубладзе Г.К., Коновалова Т.М., Носіков А.А., Кристофович Д.В., Морозов С.А., Грабков Ю.П., Сазонов С.В. (UA). - Опубл.10.04.2007. Бюл. №4, 2007.