



УКРАЇНА

(19) UA (11) 6792 (13) U

(51) 7 A61K31/00,33/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГРАНУЛЮЮЧОЇ ФОРМИ ГІПЕРТРОФІЧНОГО ГІНГІВІТУ

1

2

(21) 20041109569

(22) 22.11.2004

(24) 16.05.2005

(46) 16.05.2005, Бюл. №5, 2005р.

(72) Білоклицька Галина Федорівна, Коритнюк Раї-
са Сергіївна, Бакало Оксана Василівна, Давтян
Лена Левонівна(73) КІЇВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИП-
ЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л. ШУПИКА(57) 1. Спосіб лікування гранулюючої форми гіпер-
трофічного гінгівіту шляхом впливання на місце

ураження протизапальним препаратом, який від-
різняється тим, що на гіпертрофічні сосочки та
ясна протизапальним препаратом діють через
лікарську біополімерну плівку з біологічно актив-
ним компонентом.

2. Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що як
біологічно активний компонент використовують
нестероїдний протизапальний препарат - дикло-
фенак натрію.

Корисна модель відноситься до медицини, а
саме - до терапевтичної стоматології. Вона при-
значена для лікування гіпертрофічного гінгівіту,
який згідно класифікації М.Ф. Данилевського
(1994), існує як самостійне захворювання і як сим-
птом при генералізованому пародонтиті.

Гіпертрофічний гінгівіт зустрічається у підлітків
в пубертатному віці, а у дорослих при наявності
патології з боку порушень шлунково-кишкового
тракту та ендокринної системи. Дана патологія
виникає під впливом тривалої дії місцевих, загаль-
них факторів або їх поєднання, внаслідок чого
розвиваються проліферативні запальні процеси в
ясенних сосочках та яснах. Морфологічно це про-
являється набряком сполучнотканинних елементів
ясенних сосочків, розширенням судин, набряком
колагенових волокон та лімфоцитозом інфільтрацією ясен.

Для лікування гіпертрофічного гінгівіту викори-
стовують хірургічні методи - гінгивектомію за допо-
могою скальпеля, діатермокоагуляції та кріодист-
рукції.

Серед хірургічних втручань найбільш ефекти-
вним є використання низьких температур, однак
серед недоліків цього методу є виникнення після-
операційного набряку, болісності проведення ма-
ніпуляції, необхідність спеціального обладнання -

апарату для кріодеструкції та довготривале заго-
єння раневої поверхні (14-20 діб) з додатковим
застосуванням протизапальних засобів (мазей,
гелів, розчинів), що подовжує строки лікування [1].

Відомий консервативний спосіб лікування гі-
пертрофічного гінгівіту з використанням стероїдно-
го протизапального препарату - гідрокортизону
мазі у вигляді пов'язки на слизову ясен [2], має
наступні недоліки, а саме те, що стероїдні проти-
запальні препарати мають багато ускладнень на-
віть при місцевому використанні, в даному способі
затягується лікування до 1-1,5 міс., додатково по-
трібно використовувати фізіотерапевтичні проце-
дури, що також не гарантує від виникнення реци-
дивів. При нанесенні пов'язки на ясенні сосочки та
ясна з гідрокортизоновою маззю вона утримується
декілька годин, що не забезпечує локальну лікува-
льну концентрацію препарату та обмежує трива-
лість її дії за рахунок зменшення концентрації ро-
товою рідиною та механічним усунення препарату
під час розмови або при вживанні їжі.

В основу корисної моделі покладено задачу
підвищення ефективності лікування гранулюючої
форми гіпертрофічного гінгівіту, шляхом усунення
болісності, скорочення тривалості лікування та
зменшення частоти рецидивів за рахунок місцево-
го використання нестероїдного протизапального

(13) U

(11) 6792

(19) UA

препарату, який входить до складу біополімерної лікарської плівки, що забезпечує пролонговану дію.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування гранулюючої форми гіпертрофічного гінгівіту шляхом впливання на місце ураження протизапальним препаратом, який згідно з корисною моделлю на гіпертрофічні ясенні сосочки та ясна протизапальним препаратом діють через лікарську біополімерну плівку, а в якості біологічно активного компоненту є нестероїдний протизапальний препарат, що забезпечує з одного боку високу точність дозування, відсутність реінфекції, топографічну точність фіксації та безпечність при застосуванні, скорочує кратність застосування (1 раз на день) та термін лікування, а з другого боку - за рахунок нестероїдного препарату проявляє протизапальну, безбазисну та жарознижжучу дію. Відомий механізм дії біологічно активного компоненту плівки, нестероїдного протизапального препарату - вплив на ексудативну фазу запалення шляхом пригнічення синтезу простагландинів в вогнищі запалення, що призводить до зменшення гіперемії, набряку, біллі, а також ці препарати діють на проліферативні процеси шляхом пригнічення синтезу простагландинів, зниження активності фібробластів та синтезу колагену.

Технічний результат: буде полягати в отриманні стійкого терапевтичного ефекту за короткий час та довготривалої ремісії.

Заявлений спосіб виконують наступним чином

Хворому проводиться базисна місцева терапія: зняття над- та під'ясенних зубних нашарувань під зрошуванням розчином 0,1% хлоргексидину біглюконату. Навчають хворого правилам дотримання гігієни порожнини рота. Після повного усунення мінералізованих нашарувань та антисептичної обробки розчином 0,1% хлоргексидину біглюконату слизової оболонки порожнини роти та зубних рядів, проводять їх ізоляцію ватними валиками від ротової рідини та на висушенні струменем повітря гіпертрофічні сосочки та ясна наноситься плівка, зволожена у дистильованій воді, з нестероїдним протизапальним препаратом. Завдяки її гідрофільним властивостям вона добре фіксується до них. Рекомендують хворому на протязі 2 годин не вживати їжу. Плівка наноситься 1 раз на день - щоденно, на протязі 5-15 днів в залежності від важкості гіпертрофічного гінгівіту.

Приклад конкретного застосування способу: Пацієнтка С., 23 роки (медична картка №1098) звернулася на кафедру терапевтичної стоматології ІС КМАПО ім. П.Л. Шупика з скаргами на біль в яснах на верхній та нижній щелепах, кровотечу з ясен при вживанні твердої їжі та при чищенні зубів, неприємний запах з ротової порожнини, а також не естетичну форму ясеневого краю. З даних анамнезу встановлено, що кровотечу з ясен хвора відмічає вже 4 роки, але до лікаря стоматолога раніше не зверталася та займалася самолікуванням (використовувала відвари трав - ромашки, шавлії). Об'єктивно: в області 14-24, 33-43 зубів ясенні сосочки гіперемовані з ознаками різко вираженого ціанозу та набряклі (при натисканні тупим інструментом з'являється заглиблення, яке потім повіль-

но зникає). Рельєф ясенного краю має вигляд потовщеного валика. Відмічаються хибні зубоясеневі кишені 3,0-3,5мм за глибиною, гіпертрофічні міжзубні ясеневі сосочки перекривають коронки зубів на 1/2-1/3. Проба на кровотечу з ясен 2 бали. Проба Шилера-Писарева позитивна (2 бали). Незадовільні індекси гігієни: Грін - Вермільйона - $2,9 \pm 0,3$, індекс Турескі складає $3,4 \pm 0,1$. При зондуванні хибних зубоясенних кишень виявляються під'ясенні нашарування, тому індекс О'Лірі складає $4,3 \pm 0,6$. Індекс РМА складає 68,2%.

Серед місцевих факторів ризику відмічається ортодонтична патологія: скученність зубів у фронтальній ділянці верхньої та нижньої щелепи, глибокий прикус.

Встановлено діагноз: гіпертрофічний гінгівіт гранулююча форма І-ІІ ступінь. Пацієнтка пройшла курс лікування за розробленим способом. Проводилася базисна місцева терапія: зняття над- та під'ясенних зубних нашарувань під зрошуванням розчином 0,1% хлоргексидину біглюконату. Навчили пацієнтку правилам дотримання гігієни порожнини рота. Після повного усунення мінералізованих нашарувань та антисептичної обробки розчином 0,1% хлоргексидину біглюконату слизової оболонки порожнини роти та зубних рядів, проводили їх ізоляцію ватними валиками від ротової рідини та висушення струменем повітря сосочків та маргінального краю ясен, а потім на гіпертрофічні сосочки та ясна в області 14-24, 33-43 зубів наносили, зволожену у дистильованій воді, плівку з нестероїдним протизапальним препаратом. Рекомендували хворій на протязі 2 годин не вживати їжу. Плівку наносили 1 раз на день - щоденно, на протязі 10 днів.

Результати лікування

Інтенсивність набряку, болі та кровотечі зменшилися після трьох разового використання, а через 7 сеансів зникли повністю. При клінічному огляді сосочки та ясенний край щільно прилягали до анатомічної шийки зубів, був відсутній набряк, слизова сосочків та ясенного краю мали блідо-рожевий колір. При зондуванні були відсутні хибні зубоясенні кишені, проба на кровотечу з ясен була негативна, проба Шилера-Писарева також негативна - 0. Відмічалася добра гігієна ротової порожнини, тому індекс Грін-Вермільйона склав - $0,44 \pm 0,03$, індекс Турескі дорівнював $0,7 \pm 0,01$, а індекс О'Лірі - $0,1 \pm 0,03$. Індекс РМА складав 96,8%.

При контрольному огляді через 3 і 6 місяців ознаки гіпертрофічного гінгівіту були відсутні, пацієнтка скарг не пред'являла.

Аналогічно позитивні результати були отримані у 37 хворих на гіпертрофічний гінгівіт гранулюючої форми, який був діагностований або як самостійна форма чи як симптом при генералізованому пародонтиті.

Таким чином, запропонований спосіб лікування гранулюючої форми гіпертрофічного гінгівіту, який передбачає застосування біополімерної лікарської плівки до складу якої входить нестероїдний протизапальний препарат дозволяє підвищити ефективність консервативного лікування хворих з гіпертрофічним гінгівітом і досягти стійкої ремісії у переважної більшості пацієнтів (82%).

Джерела інформації:

1. Грохольский А.П., Мостицкий А.В., Побичи А.А., Толочина О.Ф., Чаленко Ю.В. Криотерапия при лечении болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта / Современная стоматоло-

гия. - 1998. - №4. - С.8-13.

2. Харитонов В. С. Хронический гипертрофический гингивит в детском возрасте: Труды ПНИИС. - Москва, 1985. Т.15. - С.25-27.

|

|