

Винахід відноситься до медицини, а саме до стоматології, і може бути використаний при лікуванні важких форм пародонтиту.

Відомий спосіб лікування пародонтиту шляхом формування слизово-окисничного лоскута, кюретажу з наступним заповненням дефекту кісткової тканини з метою активізації репаративного остеогенезу колагеновою губкою і кістковою мукою.

Проте, вказаний спосіб є травматичним, вимагає застосування спеціальних препаратів, використання яких обмежене через їх важкодоступність і дороговизну.

При запально-дистрофічних процесах пародонту регенераційна здатність його кістки різко гальмується, внаслідок чого процес резорбції, в кращому випадку, вдається призупинити.

В основу винаходу поставлено завдання вдосконалення способу лікування пародон титу, що забезпечується індукуючим впливом введеного з допомогою ультразвуку метилурацилу на клітини-попередники остеобластів, що знаходяться в кров'яному згустку і здатні до трансформації в остеогенні клітини, чим забезпечуються початкові етапи регенерації. Проростання в регенерат кровеносних судин сприяє остаточному формуванню кісткової тканини.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі лікування пародонтиту, який включає кюретаж та активацію репаративного остеогенезу згідно з винаходом, здійснюють захист кров'яного згустка після операції тимчасовими шинами-капами і проводять на кров'яний згусток 10

сеансів фонофорезу 10% метилурацилової мазі при інтенсивності **0,4 Вт/см<sup>2</sup>** в імпульсному режимі експозицією 8 - 10 хвилин через день, починаючи з 2 - го дня після операції.

Винахідницький рівень полягає в тому, що неочевидним є утворення кісткової тканини з кров'яного згустка під індукуючим впливом фонофорезу метилурацилу шляхом трансформації клітин крові в сполучнотканинні і остеогенні, але ми отримали експериментальне підтвердження цього явища.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Після санації порожнини рота виготовляють штамповані з термопластичного матеріалу зубоясенні шини для захисту кров'яного згустка і тимчасового шинування зубів. Операція кюретажу або гінгівотомії завершується накладанням шини-капи. З 2 - го дня після операції

проводять 10 сеансів фонофорезу 10% метилурацилової мазі (**0,4 Вт/см<sup>2</sup>**, 8 - 10хв.). Загальне лікування обмежується відповідно дієто- та вітамінотерапією. Спостереження за хворими на протязі одного року, клінічне, рентгенологічне і лабораторне обстеження показало стабілізацію запально-дистрофічного процесу і часткове відновлення регенераційної здатності кістки пародонту.

Приклад: Хворий Г., 46 років. Звернувся з скаргами на загострення запальних явищ в яснах, розхитування зубів. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота, за винятком ясен, в межах

норми. Ясна в ділянці 

3211	12345
541	45

 набряклі, гіперемійовані. Патологічні ясенні кишені глибиною до 5мм з гнійним виділенням і грануляціями. За даними рентгенографії, в ділянці вказаних зубів глибока, горизонтальна, нерівномірна резорбція кістки до 2/3 довжини кореня, наявні вогнища остеолізу в ділянці коренів і виражений остеопороз альвеолярної кістки.

Після санації порожнини рота, під провідниковою анестезією було проведено кюретаж патологічних кишень всіх зубів верхньої щелепи та премолярів нижньої щелепи з одночасним накладанням зубо-ясенної шини. Починаючи з 2 - го дня після операції проведено через день 10 сеансів фонофорезу метилурацилу в ділянці кров'яного згустка з вестибулярної сторони. Паралельно проводилось раціональне протезування. Вже після перших процедур відзначалась щільна, блідо-рожевого кольору, альвеолярна слизова, відсутність кровоточивості та інших виділень з зубоясенних кишень. Самі патологічні кишені не визначались, слизова щільно охоплювала корені зубів. Спостерігалось значне покращення фіксації зубів і загального стану порівняно з початком лікування.

Хворий спостерігався нами на протязі року. Через 6 місяців скарги відсутні. Клінічно виявлено стабілізацію запально-дистрофічного процесу, рухомість зашинованих зубів відсутня. Функція жування відновлена. Зниження пародонтального індексу з 8 до 6 і відповідно індексу гігієни з 4 до 2. Рентгенологічно відзначаються ознаки відновлення кісткової тканини пародонту, що підтверджується підвищеною контрастністю кісткових трабекул, чіткістю і висотою країв кістки, зменшенням вогнищ остеопорозу, що при відповідній клінічній картині є свідченням стимуляції регенерації.

Таким чином, результати проведених клінічних, параклінічних і лабораторних спостережень показують ефективність запропонованого способу. Простота і доступність методики, швидка нормалізація клінічного статусу тканин пародонту, стабілізація процесу, дозволяє рекомендувати вказаний спосіб відновлення регенераційної здатності кісткової тканини пародонту в комплексному лікуванні пародонтиту для широкого впровадження в стоматологічну практику.