



УКРАЇНА

(19) UA (11) 35471 (13) U

(51) МПК (2006)

A61C 7/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту(54) СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ РЕПАРАТИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ПЕРІОДІ ПОСТІМП-
ЛАНТАЦІЇ У ХВОРИХ З ЧАСТКОВИМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНОГО РЯДУ

1

2

(21) u200803195

(22) 12.03.2008

(24) 25.09.2008

(46) 25.09.2008, Бюл.№ 18, 2008 р.

(72) ПАВЛЕНКО ОЛЕКСІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ,
UA, ПРИТУЛА ОЛЕГ МИХАЙЛОВИЧ, UA, КИЇВСЬ-
КА-ФІЛАТОВА ВІКТОРІЯ ВОЛОДИМИРІВНА, UA,
РОЗОВА КАТЕРИНА ВСЕВОЛОДІВНА, UA, ГОРО-
БЕЦЬ ОЛЕНА ВОЛОДИМИРІВНА, UA(73) ПАВЛЕНКО ОЛЕКСІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ,
UA, ПРИТУЛА ОЛЕГ МИХАЙЛОВИЧ, UA, КИЇВСЬ-
КА-ФІЛАТОВА ВІКТОРІЯ ВОЛОДИМИРІВНА, UA,
РОЗОВА КАТЕРИНА ВСЕВОЛОДІВНА, UA, ГОРО-
БЕЦЬ ОЛЕНА ВОЛОДИМИРІВНА, UA(57) 1. Спосіб оптимізації репаративної регенерації
тканин пародонта в періоді постімплантації у хво-
рих з частковими дефектами зубного ряду, що
включає забір периферичної крові в динаміці на

14-у, 30-у, 90-у і 180-у добу після імплантації, мік-
роскопію досліджуваних мазків, визначення рівня
сенсibiliзації організму і за показниками призна-
чення гіпосенсибілізуючої терапії, який **відрізня-
ється** тим, що після кожного забору кров ділять на
дві порції, в одну з них додають алерген до стафі-
локока або до стрептокока, після чого обидві порції
піддають цитохімічній обробці і мікроскопічному
дослідженню, при якому підраховують кількість
пошкоджених нейтрофілів в кожній порції, обчис-
люють показник пошкодження нейтрофілів в крові
і, якщо його значення перевищує норму, додатково
призначають препарати стандартних бактерійних
алергенів.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як
препарати стандартних бактерійних алергенів ви-
користовують нативний стафілококовий анатоксин
або нативний стрептококовий анатоксин.

Корисна модель відноситься до медицини, зо-
крема до щелепно-лицьової хірургії і стоматології і
може знайти застосування в імпланології, пародо-
нтології, травматології і загальній хірургії.

Відомо, що мікробний пейзаж порожнини рота
представлений багатьма видами мікроорганізмів
(близько 300), причому їх видовий склад в нормі і
за наявності патологічних осередків різний. При
розвитку запальних процесів превалюють культу-
ри коків, які сенсibiliзують організм токсинами, що
виділяються ними, продуктами розпаду тканин
патологічного осередку в організмі незалежно від
його локалізації. На загальному алергічному фоні
може розвинути інфекційно-алергічний, гнійно-
некротичний процес в тканинах пародонту, який
обумовлює необхідність відновлення жувальної
ефективності у хворих з частковими дефектами
зубного ряду. Для цієї мети у ряді випадків про-
водять хірургічне лікування зі встановленням ім-
плантатів. Успішний перебіг процесів репаративної
регенерації в постімплантологічному періоді бага-
то в чому залежить від цілеспрямованого знижен-
ня рівня мікробної сенсibiliзації організму за до-
помогою призначення гіпосенсибілізуючої терапії.

Відомий спосіб оптимізації репаративної реге-
нерації тканин пародонту в періоді постімплантації
у хворих з частковими дефектами зубного ряду,
який включає забір периферичної крові в динаміці
на 14-у, 30-у, 90-у і 180-у добу після імплантації,
мікроскопію досліджуваних мазків, визначення
рівня сенсibiliзації організму і за показниками
призначення гіпосенсибілізуючої терапії. У відо-
мому способі краплю крові наносять на наочне
скло, готують мазок, офарблюють по методу Ро-
мановського-Гімза і під мікроскопом підраховують
кількість еозинофілів в лейкограмі, причому при
вмісті їх більше 5-6% роблять висновок про наяв-
ність мікробної сенсibiliзації організму пацієнта
[див. А.А. Тимофеев, Руководство по челюстно-
лицевой хирургии и хирургической стоматологии,
Киев, 2004, с.42].

Недоліком відомого способу є неможливість
чіткої ідентифікації причини мікробної сенсibiliза-
ції, що утрудняє призначення адекватної етіотроп-
ної гіпосенсибілізуючої терапії і є причиною пору-
шення процесу репаративної регенерації зони
імплантації. Це впливає на терміни видужання

(13) U

(11) 35471

(19) UA

пацієнта і можливість розвитку переїмплантаційних ускладнень в тканинах пародонту.

Причиною вказаного недоліку є те, що по рівню величини еозинофілії можна зробити висновки тільки про наявність загальної сенсibilізації організму, тому призначення традиційної гіпосенсибілізуючої терапії оптимізує зниження загальної сенсibilізації організму без урахування мікробного алергену.

У основу корисної моделі постановлена задача створити такий спосіб оптимізації репаративної регенерації тканин пародонту в періоді постімплантації у хворих з частковими дефектами зубного ряду, в якому шляхом заміни методу гематологічного дослідження і показника, що вивчається, досягається можливість виявлення етіології сенсibilізації організму пацієнта з урахуванням конкретного мікробного алергену (стафілокока або стрептокока). Це дозволяє підібрати адекватну етіотропну гіпосенсибілізуючу терапію у кожному конкретному випадку, що підсилює процеси репаративної регенерації в переїмплантаційній зоні, зменшує терміни видужання і знижує ризик розвитку постімплантаційних ускладнень.

Для вирішення задачі запропонований спосіб оптимізації репаративної регенерації тканин пародонту в періоді постімплантації у хворих з частковими дефектами зубного ряду, який включає забір периферичної крові в динаміці на 14-у, 30-у, 90-у і 180-у добу після імплантації, мікроскопію досліджуваних мазків, визначення рівня сенсibilізації організму і за показниками призначення гіпосенсибілізуючої терапії, в якому, згідно з корисною моделлю, після кожного забору крові ділять на дві порції, в одну з них додають алерген до стафілокока або до стрептокока, після чого обидві порції піддають цитохімічній обробці і мікроскопічному дослідженню, при якому підраховують кількість пошкоджених нейтрофілів в кожній порції, обчислюють показник пошкодження нейтрофілів в крові і якщо його значення перевищує норму, додатково призначають препарати стандартних бактерійних алергенів.

Як препарати стандартних бактерійних алергенів використовують нативний стафілококовий анатоксин або нативний стрептококовий анатоксин.

Конкретний приклад здійснення способу.

Хвора К. звернулася у відділення щелепно-лицьової хірургії з діагнозом: частковий дефект зубного ряду нижньої щелепи справа у області 46, 47 зубів. Після збору клініко-анамнестичних даних, рентгенографічного обстеження щелеп хворій була проведена операція - імплантація за допомогою дентальних імплантатів системи U-impl. У періоді постімплантації протягом 2-х тижнів була проведена неспецифічна гіпосенсибілізуюча терапія шляхом призначення кларітіна 1 таблетка 1 раз на добу. На 14 добу після імплантації провели забір периферичної крові, мікроскопію досліджуваних мазків і визначили рівень сенсibilізації організму по В.А. Фрадкіну.

Для цього готували хімічно чисті і стерильні невеликі пробірки - дослідну і контрольну. На дно дослідної пробірки вносили 0,02мл алергени стафілокока, розведеного на 5% стерильному розчині цитрата натрію. У контрольній пробірці знаходилося 0,02мл 5% розчину цитрата натрію. У кожену пробірку додавали 0,08мл крові, узятій з пальця, нерізкими похитуваннями крові перемішували з антикоагулянтном. Проби поміщали на 2 години в термостат при температурі 38°C. Надалі з крові, узятій з кожної пробірки готували мазки. Мазки вивчали за допомогою світлової мікроскопії, підраховувавши число знайдених пошкоджених оболонок кліток (чітко забарвлених оболонок кліток) із обох мазках.

Після цього обчислювали показник пошкодження нейтрофілів в крові по формулі:

$$\text{ППН} = \frac{H1 - H2}{100}$$

де H1 - число знайдених пошкоджених оболонок кліток в дослідному мазку;

H2 - аналогічне число пошкоджених кліток в контрольному препараті;

100 - кількість підрахованих кліток в кожному мазку. ППН складав 0,26, при нормі 0,08.

На підставі цього був призначений нативний стафілококовий анатоксин по схемі. На 30-е добу після імплантації повторне дослідження показало, що ППН знизився до 0.13 і специфічна гіпосенсибілізуюча терапія була відмінена.