



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **43020** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61K 31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СУБАТРОФІЧНИХ ТА АТРОФІЧНИХ ФОРМ ГІНГІВІТІВ У ХВОРИХ НА ПАРА-ДОНТОЗ

1

(21) u200902707

(22) 24.03.2009

(24) 27.07.2009

(46) 27.07.2009, Бюл.№ 14, 2009 р.

(72) РОЗКОЛУПА НІНА ВАСИЛІВНА, ХИЖНЯК В'ЯЧЕСЛАВ ІВАНОВИЧ, РЯБУШКО МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ, АХРАМЧУК ВОЛОДИМИР ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЛЯХОВСЬКИЙ В'ЯЧЕСЛАВ ІВАНОВИЧ, ТКАЧЕНКО МАКСИМ ВАСИЛЬОВИЧ

(73) РОЗКОЛУПА НІНА ВАСИЛІВНА, ХИЖНЯК В'ЯЧЕСЛАВ ІВАНОВИЧ, РЯБУШКО МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ, АХРАМЧУК ВОЛОДИМИР ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЛЯХОВСЬКИЙ В'ЯЧЕСЛАВ ІВАНОВИЧ, ТКАЧЕНКО МАКСИМ ВАСИЛЬОВИЧ

(57) Спосіб лікування субатрофічних, атрофічних гінгівітів у хворих на пародонтоз, що включає ком-

2

біноване застосування лікарських засобів, який відрізняється тим, що додатково призначається внутрішньом'язове введення імуномодулятора поліоксидонію по 0,006 г через день, як лікарський засіб для місцевого підслизового застосування використовують стимулятор регенеративних процесів даларгін по 1 мг два рази на добу, як лікарський засіб призначають імуномодулятор та детоксикант поліоксидоній та місцево даларгін - стимулятор регенеративних процесів; поліоксидоній використовується внутрішньом'язово по 0,006 г через день, а даларгін по 1 мг в 1 мл 0,5 % розчину новокаїну в підслизову оболонку ясен в зоні ураження.

Дана корисна модель належить до медицини, а саме до стоматології, клінічної імунології.

Субатрофічні, атрофічні патологічні процеси тканин пародонту є одними з найбільш резистентних до лікування захворювань людини. Труднощі терапії цих хвороб пов'язані як з місцевими, так і загальними змінами в організмі, так як вказані захворювання частіше розвиваються на тлі вторинної імунної недостатності, патології шлунково-кишкового тракту, біліарної, дихальної систем. Відомі способи лікування атрофічних, субатрофічних гінгівітів, інших тканин пародонту [Боровский Е.В., Грошиков М.И., Петрикеев В.В. Терапевтическая стоматология, М.: Медицина, 1973. - С. 213 - 256].

Найбільш близьким до запропонованого способу є спосіб лікування субатрофічних і атрофічних захворювань тканин пародонту, що включає комбіноване застосування медикаментів та лікарських маніпуляцій [Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта, К.:Здоров'я. - 2000. - С. 147 - 175].

Недоліком відомого способу є недостатній ступінь його ефективності, обумовлений тим, що в ньому не враховується стан змін в діяльності імун-

ної системи організму хворих, як на місцевому так і на загальному рівнях.

В основу корисної моделі поставлена задача знайти найбільш ефективний спосіб лікування шляхом удосконалення відомого способу, досягти поєднання місцевої та загальної дії медикаментів з врахуванням імунологічних показників та забезпечити підвищення ступеня ефективності лікування.

Поставлену задачу вирішують створенням способу лікування субатрофічних, атрофічних гінгівітів у хворих на пародонтоз, що включає комбіноване застосування лікарських засобів: стимулятора регенеративних процесів та імуностимулятора, який, згідно корисної моделі, відрізняється тим, що додатково призначають внутрішньом'язове використання імуномодулятора поліоксидонію по 0,006 г через день, а в якості лікарського засобу для місцевого підслизового застосування використовують стимулятор регенеративних процесів даларгін по 1 мг два рази на добу.

Запропонована комбінація лікарських засобів спрямована на підвищення ефективності лікування вказаних патологічних процесів верхніх дихальних шляхів, обумовлена тим, що даларгін - це синтетичний аналог ендогенного регуляторного

(19) **UA** (11) **43020** (13) **U**

пептиду енкефаліну, характеризується високою біодоступністю, в тому числі і при зовнішньому введенні. Препарат є стимулятором периферичних опіоїдних рецепторів, що в свою чергу посилює регенерацію тканин, поліпшує мікроциркуляцію у поєднанні із стимуляцією специфічних імунних функцій імунокомпетентних клітин. Даларгін має антистресорну та анальгезуючу активність, що дуже важливо при місцевій дії на зони запалення [Колотилов М.М., Розенфельд Л.Г., Губський Ю.І. Фармакологічні властивості і клінічне застосування даларгину // Ліки. - 1995. - №1. - С. 39. 48].

Перевагою місцевого підслизового введення лікарських речовин при захворюваннях пародонту є більш швидке інтенсивне всмоктування медикаментів, депонування їх в підслизовому шарі, збільшення активної поверхні лікарських препаратів, створення високої концентрації медикаментозних речовин безпосередньо в зоні ураження. Велике значення підслизового введення лікарських речовин полягає у безпосередній дії на тканини пародонту, минаючи печінку.

Поліоксидоній - синтетичний Імуномодулятор - N-оксидоване похідне поліетилен перазина. Препарат, підсилюючи кооперативну взаємодію між T- і B-лімфоцитами, підвищує їх функціональну активність, значно активізує анти-тілогенез. Поліоксидоній стимулює активність трьох важливих субпопуляцій фагоцитів: рухливих макрофагів тканин, циркулюючих мікро- і макрофагів крові, осідлих фагоцитів ретикуло-ендотеліальної системи, тим самим підвищуючи протинфекційний імунітет [Нестерова І.В., Сепіашвили Р.І. Иммуноотропные препараты и современная иммунотерапия в клинической иммунологии и медицине // Аллергология и иммунология. - Т. 1. - №3. - 2000. - С. 18-28].

Спосіб лікування субатрофічних, атрофічних гінгівітів у хворих парадонтозом здійснюється таким чином: 1 мг (1 ампула) порошку даларгину розводять у 1 мл 0,5 % розчину новокаїну і вводять підслизово в ясна в зоні ураження. Поліоксидоній використовується в звичайних дозах, по 6 мг внутрішньом'язово через день.

Типовий курс лікування включає 10-15 ін'єкцій даларгину та 5 - 10 ін'єкцій поліоксидонію. Таке лікування призначається при наявності підгострого, хронічного перебігу субатрофічного, атрофічного гінгівіту при підтвердженні типової ознаки цієї патології - зниження кількості секреторного імуноглобуліну А ротової рідини при наявності збереження нормальних мінімальних рівнів Т-лімфоцитів та основних класів імуноглобулінів сироватки крові.

Запропонований нами спосіб є простим у користуванні, не потребує дорогої апаратури та дефіцитних ліків, є ефективним.

Рекомендується для використання в стоматологічних поліклінічних кабінетах, стаціонарах.

Приклад.

Хворий А., 42 років, звернувся до стоматолога 4 міської лікарні (амбулаторна карта №1842) зі скаргами на біль у зубах, яка пов'язана з вдиханням холодного повітря, прийомом гарячої їжі; помірну рухливість передніх зубів. Більше 5 років тому було поставлено діагноз: хронічний генералізований пародонтоз. Стан погіршився біля 14 місяців тому, коли у відрядженні переніс ГРВІ, загострення виразкової хвороби шлунку, холецистопанкреатиту. На фоні цього стану загострився хронічний парадонтоз, що призвело до рухомості різців нижньої щелепи I-II ст. На фоні активної терапії стан стабілізувався, але залишилися вищевказані скарги, незважаючи на проведення лікування.

Хворий був оглянутий стоматологом обласної поліклініки. Об'єктивно: в ділянці фронтальної групи зубів відмічається ретракція ясен з вестибулярної поверхні, парадонтальні кишені. Ясна в передніх відділах бліді, втратили характерну фестончатість, міжзубні проміжки зіяють. Рухомість 31, 41 зубів I-II ст. Враховуючи дані оглядів лікарів-інтерністів та стоматологів, результати додаткових методів обстеження, сформульований діагноз: "Хронічний генералізований пародонтоз I-II ст. з симптоматичним атрофічним гінгівом. Виразкова хвороба шлунку, хронічний гастродуоденіт, хронічний холецистопанкреатит в стадії нестійкої ремісії." Підключення до терапії запропонованого нами лікувального комплексу призвело через 20 днів до значного покращання стану ясен з відновленням блідо-рожевого кольору, значного зменшення рухомості та чутливості зубів

За період лікування даларгіном та поліоксидонієм кількість секреторного імуноглобуліну А рідини ротової порожнини виросла з 0,36 г/л до 0,68 г/л; іму-ноглобулін А сироватки крові підвищився відповідно з 1,08 г/л до 1,42 г/л, іму-ноглобуліни класу G - з 8,6 до 10,4 г/л, рівень Т-лімфоцитів периферичної крові - з 1,04 до 1,82- 10 Г/л.

Таким чином, клінічний ефект у хворого з комбінованим ураженням тканин парадонту наступив в результаті терапії з місцевим застосуванням стимулятора регенеративних процесів - даларгину та синтетичного детоксиканта та імуномодулятора поліоксидонію - внутрішньом'язово.