



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62251 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61C 8/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

1

2

(21) u201015153

(22) 16.12.2010

(24) 25.08.2011

(46) 25.08.2011, Бюл.№ 16, 2011 р.

(72) СЛЮСАРЕНКО НАЗАР ЯРЕМОВИЧ, ЧУМА-  
ЧЕНКО ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ(73) СЛЮСАРЕНКО НАЗАР ЯРЕМОВИЧ, ЧУМА-  
ЧЕНКО ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ

(57) Спосіб хірургічного лікування пародонтиту, який **відрізняється** тим, що включає розтин слизово-окісного покриття коміркових відростків в ділянці утворення нового ясенно-зубного прикріплення і створює оптимальні умови для репаративної регенерації в ділянці кісткового дефекту.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, і призначена для відновлення коміркової кістки при оперативному лікуванні хворих на генералізований пародонтит.

Однією з актуальних проблем хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії є відновлення коміркової кістки у хворих на генералізований пародонтит у випадках глибоких патологічних зубо-ясенних кишень глибиною більше 5-6 мм.

Найближчим за своєю суттю до способу, що заявляється, є спосіб втручання із направленою тканинною регенерацією на основі методу Відмана-Неймана, суттю якого є розмежування слизово-окісного клаптя від підлеглої суміші кістково-пластичного матеріалу. Традиційні оперативні протоколи передбачають розтин слизово-окісного покриття коміркового відростка по ясенному краю, відсепарування від кісткової частини комірок, ревізії вогнища та його санацію, моделювання нового об'єму відростка кістково-пластичними матеріалами, накладання на матеріали біоактивної резорбтивної мембрани та її фіксацію, закриття імплантів слизово-окісним клаптем та ушивання останнього синтетичним матеріалом. Головним недоліком таких оперативних протоколів є розтин слизово-окісного клаптя на рівні ясен та рана зі швами в післяопераційному періоді. Загоєння таких ран відбувається в умовах агресивного середовища порожнини рота, потребує витрати певного репаративного потенціалу і в багатьох випадках рановий процес завершується запальними ускладненнями та розходженням швів, що зводить нанівець кінцевий результат лікування.

Сьогодні для лікування пародонтиту використовується спрямована тканинна регенерація - оперативна мембранна методика, в результаті якої механічно попереджується апікальна міграція епітелію, що приводить до регенерації тканин пародонту без використання кістково-пластичних матеріалів. Якщо раніше бар'єрні мембрани в пародонтології були суто перешкодами для епітеліального проростання, то сучасні мембрани стали багатощаровими, біологічно активними, напівпроникними. Наприклад, мембрана «ПАРОДОНКОЛ» ЗАТ «НПО «ПОЛИСТОМ» (свідоцтво про реєстрацію № 4774/2006) містить демінералізовану кісткову тканину і активно бере участь в остеорепаративному процесі. Кісткові дефекти заповнюються біодеградуєчими матеріалами в суміші з донорськими та біоактивними компонентами, які здатні індукувати остео- та оніогенез. Стосовно пародонтології, імпланти повинні заповнювати дефект і підтримувати об'єм за рахунок своєї структури, сприяти швидкій васкуляризації, повільно резорбуються макрофагами та остеобластами, стимулювати утворення кістки за рахунок унікальної композиції натуральних компонентів - кісткового колагену, гідроксіапатиту та сульфатованих глікозаміногліканів (сГАГ). Колаген, який вноситься в післяопераційні дефекти, має низькі токсичні та антигенні показники, високу ферментну та механічну стійкість. Він активує синтез сульфатованих глікозаміногліканів та фібрилогенез. Колаген I типу потрібний для диференціювання остеобластів та мінералізації остеоїду, тому його комбінують з гідроксіапатитом та сГАГ, які беруть активну участь практично у всіх обмінних процесах кісток. Одним з таких матеріалів є "Остеопласт-К" (свідоцтво про

(19) UA (11) 62251 (13) U

реєстрацію № 5098-2006), який повністю відповідає будові губчастої кістки з діаметром пор від 100 до 500 мікрон, має високу стійкість до протеолітичних ферментів і при імплантації в організм повільно деградує, комплекс кісткового колагену з сГАГ створює виражений модулюючий ефект на остеогенні клітини-попередниці. Він здатний утримувати об'єм, бо заповнює весь кістковий дефект за рахунок своєї пластичності, механічних якостей та архітекtonіки. Його структура забезпечує проникнення клітин та проростання судин і служить хорошим носієм для молекул біоактивних речовин та клітин при дефектах різних розмірів та під час проведення клаптевих оперативних втручань.

Як імуномодулятор та репарант при лікуванні пародонтиту перспективним є препарат «Ербісол».

Спосіб, що заявляється, повністю зберігає лікувальну ідею спрямованої тканинної регенерації і позбавляє ділянку втручання розтину та хірургічної рани на вершині коміркового відростка, додає в рану матеріали фібринового гелю аутокрові для покращення гемостазу і внесення факторів росту остеогенезу, розчин «Ербісолу» містить компоненти природної регенерації (глікозаміноглікани) і виконує роль репаранта та імуномодулятора.

Технічний результат, що досягається, полягає у розтині слизово-окісного шару коміркового відростка нижче від ясенних верхівок на 12-14 мм та паралельно комірковій вершині. Довжина розтину

має перевищувати масштаби зони втручання на 6-10 мм з кожного боку для вільного переміщення відсепарованого клаптя. Це дає змогу розкрити вогнище запалення пародонта та провести видалення патологічно змінених тканин і санацію дефекту. Кістковий дефект заповнюється сумішшю «Остеопласту-к», рідкої частини фібринового гелю аутокрові, розчину «Ербісолу». Необхідний об'єм коміркового відростка моделюється. На внесений кістково-пластичний матеріал накладається мембрана з відтиснутого гелю аутокрові, а під окісно-ясенний фрагмент вноситься та фіксується мембрана «ПАРОДОНКОЛ» зі щільним обвиванням коренів зубів. Край ясен, що прилягає до коренів, деепітелізується і просувається по коренях в напрямку до шийки зубів.

Поставлена задача вирішується тим, що при оперативному втручанні з приводу пародонтиту (глибина кісткового дефекту сягає 6 мм і більше) доступ до вогнища деструкції коміркової кістки виконується на відстані 12-14 мм, окісно-слизовий шар мобілізується, дефект заповнюється матеріалами, що природно вливаються в репаративний остеогенез, мембрана «ПАРОДОНКОЛ» фіксується на межі з матеріалами дефекту та деепітелізованою частиною ясен, шви на рані знаходяться на відстані від ділянки утворення нового прикріплення тканин до зуба.