

Винахід, що заявляється, відноситься до галузі медицини, зокрема до стоматології, і призначений для підвищення ефективності лікування хронічного генералізованого пародонтиту.

За даними ВОО, за 1998 рік функціональні розлади зубо-щелепної системи, обумовлені втратою зубів внаслідок захворювань пародонту, розвиваються в 5-6 разів частіше, ніж при ускладненнях карієсу (1, 2).

Про актуальність пошуку можливих шляхів досягнення стану стабілізації пародонтиту свідчить велика частота рецидивів після вже проведеної комплексної терапії. У більшості пацієнтів відзначаються характерні клінічні риси генералізованого пародонтиту, незважаючи на те, що багато з них не підозрюють про наявність захворювання (3).

Необхідність пошуку нових методів терапії продиктована також ускладненням екологічного стану, розповсюдженості онкологічних захворювань, сенсibiliзацією організму до багатьох медикаментозних препаратів, особливо до антибіотиків (4).

В комплексному лікуванні хронічного генералізованого пародонтиту місцеве лікування займає дуже велике місце. Воно спрямоване на усунення симптоматичного гінгівіту, зменшення запальних явищ в глибше розташованих тканинах пародонту, зниження активності мікрофлори пародонтальних кишень.

Існуючі на даний час способи місцевого лікування не дозволяють одночасно вирішити проблеми ефективного та задовільного по термінам лікування.

Найближчим аналогом прототипу винаходу, що заявляється, є спосіб лікування генералізованого пародонтиту шляхом застосування кріодеструкції (5). За допомогою апарату «Кріоелектроніка-3» проводили кріодеструкцію при температурі  $-120^{\circ}\text{C}$  грануляційної тканини патологічних зубоясеневих карманів на протязі 10-12с. при 1 ступені, 12-15с. при 2 ступені генералізованого пародонтиту. Проте цей спосіб має суттєві недоліки, оскільки після проведення кріодеструкції в післяопераційному періоді виникають ускладнення, яких не уникнути при будь якому хірургічному втручанні (6).

Виникнення травми, котра супроводжує хірургічне втручання, характеризується симптомокомплексом: біль, свербіж в операційній ділянці, в залежності від об'єму оперативного втручання - навіть підвищення температури тіла. Післяопераційним хворим доводиться на певний час відмовитися від звичайного харчування, навіть спілкування. Все це може призвести до психоемоційного стресу.

Задача, яку вирішує спосіб, який заявляється, полягає у створенні такого способу лікування, який покращив би наслідки терапії хронічного генералізованого пародонтиту, полегшив протікання післяопераційного періоду хворих, та забезпечив би стійку ремісію.

Технічний результат впровадження способу лікування полягає у відсутності ускладнень, протипоказань до використання поляризованого світла.

За доступними літературними даними такий спосіб лікування хронічного генералізованого пародонтиту невідомий.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування хронічного генералізованого пародонтиту, що включає застосування кріодеструкції згідно винаходу після проведення кріодеструкції грануляцій пародонтальних кишень, чи гіпертрофованих ясеневих сосочків, на раневу поверхню поряд з місцевою терапією, впливають поляризованим світлом при тривалості процедури 6 хвилин за сеанс 1 раз на добу, курсом 10 сеансів.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після огляду хворого, та постановки діагнозу, проводять санацію порожнини рота та усунення всіх місцевих травмуючих чинників.

Безпосередньо перед кріодеструкцією проводять зрошення порожнини рота слабким розчином антисептика, оброблення та ізоляцію операційного поля стерильними бавовняними валиками, вводять вакуум відсмоктувач для слини. При кріоекюретажі робоча частина кріоінструменту (при виході інструменту на робочій режим) вводять безпосередньо у зубоясеневу кишеню. Час охолодження і зморожування регламентується ступенем дістрофічно-запальної форми пародонтиту, в середньому при 1 ступені воно дорівнює - 10-12с, при 2-ому 12-15с, при 3-ому ступені пародонти та - 15-20с. В післяопераційний період хворому рекомендують дбайливий догляд за ротовою порожниною. В цей період на уражені після кріодеструкції ділянки впливає поляризованим світлом апарату «Біоптрон» (реєстраційне посвідчення N1127/99 від 09.02.1999), випромінюючий лінійно-поляризоване світло в діапазоні 400-2000нм, інтенсивність випромінювання складає 40мВт/см. Місцеве лікування включає апікації за виссою антибіотиків в маслах (тетрациклін, леворин, гвоздичне масло, Аскол). Загальне - призначення препарату кверцетин по 1,0г 3 рази на день, протягом 10 днів.

Застосовували стандартний варіант методики (7): зрошення ушкодженої ділянки окси-спреем; освітлення патологічного вогнища по 6 хвилин з відстані 5см повторне зрошення оброблюємої ділянки оксі-спреем. Курс світлотерапії складався з 10 процедур.

Приклади конкретного виконання.

Приклад 1. Хвора А., 27 років (медична картка N1420), скаржилась на косметичний дефект через розростання ясеневих сосочків та на незначну кровотечу при чищенні. При догляді слизова оболонка ясеневих країв набрякла, кровоточить при зондуванні, спостерігається розростання ясеневих сосочків, які набрякли (пастозні). Пародонтальні кішені 3,5мм без відділяемого. Мало місце відкладення над- і під'ясенневого назубного каменю та нальоту. Рентгенологічно відмічається резорбція альвеолярної кістки в межах 1/3 довжини коренів зубів. Після проведення всіх клінічних та лабораторних досліджень був встановлений діагноз хронічний генералізований пародонти I ступеня тяжкості. Проведено комплексне лікування, яке поєднувало видалення над- і під'ясенного зубного каменю і м'яких зубних відкладень, кріодеструкцію та послідовне світлолікування. Місцеве призначали апікації і інсталяції пародонтальних кишень за виссою антибіотиків в маслах (тетрациклін, леворин, гвоздичне масло, Аскол). Загально призначали препарат кверцетин по 1,0г 3 рази на день протягом 10 днів. Після проведеного лікування самопочуття хворої стало задовільним. Об'єктивно після лікування слизова оболонка ясен та ясеневі сосочки набули свого справжнього кольору та форми, глибина пародонтальних кишень досягла 2 мм, кровоточивість зникла. Дані пародонтальних індексів та лабораторних досліджень свідчать про нормалізацію регенераторно-репаративних процесів в тканинах пародонту, активацію клітин макрофагального ряду та нормалізацію імунологічних показників.

Приклад 2. Хвора Б., 33 років (медична картка N1941), скаржилась на неприємний запах з рота, кровотечу та біль при чищенні зубів, періодичне появлення абсцесів. При догляді: на слизовій оболонці ясеневих країв спостерігається гіперемія, набряк, при дотику кровоточивість, кішені до 4мм, на дні розташовані грануляції, оголення коренів фронтальних зубів нижньої щелепи на 1/3 довжини кореня, спостерігаються значні назубні відкладення над- і під'ясеневі. Діагноз: хронічний генералізований пародонти II ступеню тяжкості. Діагноз

підтверджений клінічними та імунологічними показниками. Після проведеного комплексного лікування з використанням кріодеструкції та світлолікування стан хворої стабілізувався: спостерігалось зникнення больового симптому, кровоточивість ясен зменшилась, слизова оболонка ясен набула рожевого кольору та стала щільно прилягати до коренів зубів.

За запропонованим способом було виліковано 86 хворих на хронічний генералізований пародонтит. В більшості випадків позитивна динаміка вже у перші дні лікування: зменшувались гострі запальні явища, після проведення кріодеструкції (гіперемія, набряк). В залежності від об'єму оперативного втручання, ступеня ураження тканин пародонту патологічним процесом - для повної епітелізації вимагалось 4-10 сеансів світлотерапії поляризованого світла. Термін лікування скорочувався у 2-3 рази.

Ефективність лікування підтверджена динамікою пародонтальних індексів і проб (таб.1) та імунологічних показників (таб.2).

Таблиця 1

Динаміка об'єктивних пародонтальних індексів у хворих на хронічний генералізований пародонтит під впливом лікування ( $M \pm m$ ,  $n=86$ )

Пародонтальні індекси	До лікування	Після лікування	P
РМА	$50 \pm 0,4$	$0,33 \pm 0,31$	$< 0,01$
Кровоточивості, бали	$1,5 \pm 0,01$	$0,01 \pm 0,01$	$< 0,001$
КПІ	$1,79 \pm 0,01$	$0,006 \pm 0,06$	$< 0,01$
ІПР	$83,9 \pm 0,01$	$99,96 \pm 0,06$	$< 0,01$

Таблиця 2

Динаміка показників імунного статусу у хворих на хронічний генералізований пародонтит під впливом лікування, ( $M \pm m$ ,  $n=86$ )

Імунологічні показники	До лікування	Після лікування	P
CD3+лімф. $\times 10^9/\text{л}$	$0,56 \pm 0,06$	$1,01 \pm 0,09$	$< 0,01$
CD4+лімф. $\times 10^9/\text{л}$	$0,32 \pm 0,03$	$0,59 \pm 0,06$	$< 0,01$
CD8+лімф. $\times 10^9/\text{л}$	$0,23 \pm 0,02$	$0,40 \pm 0,04$	$< 0,01$
ЦІК вел. розм.	$33,11 \pm 3,7$	$51,04 \pm 5,3$	$< 0,01$
середнього	$44,18 \pm 4,5$	$36,13 \pm 3,7$	$< 0,05$
малого	$19,26 \pm 1,9$	$13,72 \pm 1,3$	$< 0,01$

Запропонований спосіб був апробовано на базі КМАПО ім. П.Л. Шупика, що дозволяє рекомендувати його для широкого впровадження в клінічну практику.

Список використаних джерел:

1. Современные методы диагностики заболеваний пародонта / Дуныгина Т.М., Калинина Н.М., Никифорова И.Д. - Санкт-Петербург, 2001. – 2с.
2. Заболевания пародонта / Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. - К.: Здоров'я, 2000. – 3с.
3. Palmer R.M., Floyd P. D. Periodontology: a clinical approach of periodontal examination and screening // British dental journal. - 1995. - V. 178, N5. - P.185-189.
4. Тайченачев А.Я. Критерии отмены антибиотикотерапии при одонтогенных абсцессах и флегмонах // Вісник стоматології. - 1999. – N3. - С.40-42.
5. Грохольский А.П., Мостицкий А.В., Побирчи А.А., Толочина О.Ф., Чаленко Ю.В. Криотерапия при лечении болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта // Современная стоматология. - 1998. – N4. - С.32-35.
6. Грохольский А.П., Данилевский Н.Ф., Миклашевич В.В., Мостицкий А.В., Противень Н.Ф., Худзинский В.М. Криодеструкция при лечении больных с опухолевидными заболеваниями слизистой оболочки полости рта и кожи лица // В кн.: Новое в диагностике и лечении патологии органов брюшной полости. Актуальные вопросы хирургии. Киев, 1991. - с.118-121.
7. Козловская Л.Е., Улащик В.С. Опыт клинического использования аппаратов «Биоптрон» // Аппараты «Биоптрон», действие и лечебное применение. Сборник статей под ред. проф. В. С. Улащика. - Минск: Бизнесофсет. - 2001. - С.106-114.