



УКРАЇНА

(19) UA (11) 13992 (13) U
(51) МПК (2006)
A61K 6/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

1

2

(21) u200511649

(22) 07.12.2005

(24) 17.04.2006

(46) 17.04.2006, Бюл. № 4, 2006 р.

(72) Соколова Ірина Іванівна

(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб лікування генералізованого пародонтиту, який включає терапевтичний комплекс протизапальних засобів та імуномодуляторів, який **відрізняється** тим, що як протизапальний засіб призначають місцево 0,5% мазь Мірамістину у вигляді лікувальних пов'язок 6 разів, а як імуномодулятор - Аміксин всередину по 0,125 г в 1-й та 2-й день і далі через день курсом 6 разів.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до стоматології, і може бути застосована у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит.

Існуючі уявлення про поліетіологічну природу генералізованого пародонтиту привели до різноманіття засобів та методів лікування, проте ні один з них не дає стійкого терапевтичного ефекту, не виключає рецидиви та ускладнення, а також має досить тривалий термін застосування.

Традиційний спосіб комплексного лікування пародонтиту полягає в усуненні місцевих подразників, травматичної оклюзії, вилученні зубного каменю, проведенні місцевої протизапальної терапії, консервативній або хірургічній ліквідації пародонтальних кишень. Для проведення місцевої протизапальної терапії застосовують різні групи протимікробних препаратів (антибіотики, рослинні, йод - та хлорвмістимі засоби) у вигляді лікувальних твердіючих пов'язок, ірігацій, ін'єкцій. Всередину призначають вітаміни та препарати кальцію [Данилевський Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта.- Киев: Здоров'я, 2000.-464с.]. Термін лікування складає 3-4 тижня.

Зараз з'ясовано, що особливе місце в патогенезі генералізованого пародонтиту займають зміни в системі імунітету, які обумовлюють прогресування запально-деструктивного процесу в пародонті та його прогноз [Мащенко І.С., Самойленко А.В. Новые аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита // Вісник стоматології.-2002.- №1.-С.21-24]. Це є підставою для використання при лікуванні пародонтиту імунокорегуючих засобів.

Так, відомим є спосіб лікування генералізованого пародонтиту, який поєднує загальноприйняте місцеве лікування та імунокорекцію шляхом підшкірного введення аутовакцин з мікрофлори пародонтальних кишень у зростаючих від 0,1 до 1,0мл дозах через 3-4 доби курсом 10-15 ін'єкцій [Данилевський Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта.- Киев: Здоров'я, 2000.- 464с.].

Недоліками даного способу є те, що запропонований вид лікування потребує ретельного алергологічного обстеження і виключення у хворого стану гіперчутливості до певного алергену.

Відомий також спосіб комплексного лікування пародонтиту, який включає традиційну місцеву терапію в поєднанні з імунокоректорами: левамизолом (по 150мг тричі на тиждень на протязі місяця), пірогенолом (місцево) або продігіозаном (підшкірно по 1мл через день курсом 10 ін'єкцій) [Гущина В.И. Применение иммунокорригирующих средств в комплексном лечении пародонтита, - Автореф. дис. ... к.мед.н., Днепропетровск, 1989.- 22с.].

Даний спосіб є найбільш близьким по технічній суті та результатом, який може бути досягнутий, до того, що заявляється, тому його обрано за прототип.

Основними недоліками відомого аналога та прототипу є те, що імунокоректори мікробного походження (пірогенал та продігіозан) впливають тільки на макрофагальну ланку імунітету і спроможні викликати підвищення температури тіла, слабкість, нездужання, а левамизол - ще й таке тяжке ускладнення як агранулоцитоз. І, нарешті, перераховані імунокоректори вимагають застосування на

(19) UA (11) 13992 (13) U

протязі досить тривалого часу [Мащенко І.С. Заболевания пародонта.- Дрогобич: Коло, 2003.- 272с.].

У зв'язку з вищевикладеним в основу корисної моделі, що заявляється, покладена задача скорочення терміну лікування, подовження строку ремісії за рахунок стимуляції усіх ланок імунітету як на загальному, так і на місцевому рівні, та запобігання негативному впливу імунокорегуючих засобів, які застосовувалися раніше.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі лікування генералізованого пародонтиту, який включає терапевтичний комплекс протизапальних засобів та імуномодуляторів, згідно з корисною моделлю, як протизапальний засіб призначають місцево 0,5% мазь Мірамістину у вигляді лікувальних пов'язок 6 разів, а як імуномодулятор - Аміксин всередину по 0,125г в 1-й та 2-й день і далі через день курсом 6 разів (до нормалізації показників імунограми).

Позитивний ефект корисної моделі, що заявляється, полягає в скороченні терміну лікування, подовженні строку ремісії та виключенні негативних наслідків застосування попередніх імуномодуляторів і досягається застосуванням Аміксина та мазі Мірамістину.

Аміксин є сучасним імуноактивним препаратом, який регулює макрофагальну, клітинну та гуморальну ланки імунітету та має значну інтерфероніндукуючу активність. Аміксин здатен регулювати антитілоутворення, кілерну активність Т-

лімфоцитів, стимулювати фагоцитоз поряд із протизапальною дією.

Мазь Мірамістину поряд з протизапальною та антимікробною активністю виявляє виразну гіперосмолярну дію, стимулює процеси регенерації, не руйнує грануляцій, не пригнічує епітелізацію та підсилює місцевий імунітет.

Спосіб лікування генералізованого пародонтиту, що пропонується, здійснюють наступним чином. Лікування починають із зрошення ротової порожнини розчинами антисептиками рослинного походження (Ротокан, Фітодент). Далі проводять видалення зубних відкладень з обов'язковим усуненням травматичних подразників тканин пародонту, лікування зубів та кюретаж пародонтальних кишень (за показаннями) з послідовним накладанням на ясеневий край лікувальної пов'язки, яка містить 0,5% мазь Мірамістину та окис цинку під воск на 1,5-2 години щоденно 6 разів та призначають Аміксин всередину по 0,125г в 1-й та 2-й день і далі через день курсом 6 разів.

Корисна модель, що пропонується, була застосована при лікуванні 25 хворих на генералізований пародонтит. В контрольну групу увійшло 12 хворих, при лікуванні яких була застосована методика прототипу. Для підтвердження технічного результату в таблиці 1 наведена динаміка імунологічних показників у хворих на пародонтит у групах співставлення, а в таблиці 2 - порівняння показників ефективності методик лікування генералізованого пародонтиту за прототипом та способом, що пропонується.

Таблиця 1

Динаміка деяких імунологічних показників у хворих на генералізований пародонтит

Лабораторні показники	Контрольна група (n=12)	Основна група (n=25)	p
CD3+, %	<u>33,9±1,3</u>	<u>34,1±1,2</u>	>0,1
	38,6±1,5	47,7±1,1	<0,01
CD4+, %	<u>31,2±1,1</u>	<u>30,8±0,9</u>	>0,1
	33,7±1,3	39,3±1,2	<0,05
CD8+, %	<u>25,6±0,5</u>	<u>25,2±0,7</u>	>0,1
	24,8±0,2	20,7±0,3	<0,05
CD4+/CD8+	<u>1,24±0,04</u>	<u>1,25±0,05</u>	>0,1
	1,38±0,02	1,91±0,02	0,05
CD22+	<u>23,1±0,9</u>	<u>23,8±1,0</u>	>0,1
	22,6±0,7	20,1±0,8	<0,05
ЦІК заг., г/л	<u>2,82±0,01</u>	<u>2,89±0,04</u>	>0,1
	2,25±0,03	1,67±0,02	<0,05
IgA, г/л	<u>0,72±0,08</u>	<u>0,69±0,07</u>	>0,1
	1,24±0,12	2,07±0,09	<0,05
IgG, г/л	<u>18,5±0,1</u>	<u>18,9±0,2</u>	>0,1
	16,2±0,3	14,4±0,2	<0,05
IgM, г/л	<u>1,81±0,04</u>	<u>1,82±0,05</u>	>0,1
	1,73±0,02	1,38±0,01	<0,01

Примітка: Р обчислено між показниками контрольної та основної груп до (в чисельнику) та після проведеного лікування (в знаменнику)

Таблиця 2

Ефективність методик лікування генералізованого пародонтиту за прототипом та способом, що пропонується

Показники	Способи лікування	Спосіб комплексного лікування генералізованого пародонтиту (прототип)	Спосіб комплексного лікування генералізованого пародонтиту (що пропонується)
Перші ознаки зникнення запалення, (діб)		6-8	3-4
Остаточна ліквідація запалення, діб		8-10	6-8
Видужання, %		75	95
Кількість рецидивів через 2 роки, %		22,6	5,4

Ефективність способу ілюструють наступні приклади.

Приклад 1

Хвора М., 35 років. Генералізований пародонтит II ступеня, хронічний перебіг. Діагноз встановлено на підставі клініко-анамнестичних даних (скарги на кровоточивість і болі в яснах, неприємний запах з рота; хворіє на протязі останніх 13 років, неодноразово лікувалася, але з тимчасовим покращенням; вираженої соматичної патології не виявлено), даних об'єктивного обстеження (набряк, застоїсна гіперемія, кровоточивість ясен, рухливість зубів I ступеня, пародонтальні кишень глибиною 4-5мм, корені оголені на 1/2 довжини, пародонтальний індекс 3,3 бала, індекс Федорова-Володіною 2,4 бала, проба Шиллера-Пісарєва позитивна), а також даних рентгенологічного обстеження (нерівномірна деструкція кісткової тканини альвеолярного відростка, зниження висоти міжальвеолярних перетинок на 1/2 довжини коренів в області 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 зубів, індекс остеопорузу 8 балів). При проведенні лабораторних досліджень - значний дефіцит показників клітинного та гуморального імунітету та перевага анаеробної мікрофлори у вмісті пародонтальних кишень. Лікування: після антисептичної обробки порожнини рота, видалення зубних відкладень та проведення закритого юретажу призначено: місцево - лікувальну пов'язку на основі мазі Мефенат на 1,5-2 години під парафін 10 разів; всередину - Аскорутин та Кальцію глюконат в загальноприйнятій терапевтичній дозі, Левамизол по 150мг тричі на тиждень на протязі місяця.

Зменшення ступеню набрякості, гіперемії ясен спостерігалось к 7-8 сеансу. Повне зникнення клінічних ознак запалення спостерігалось к 10 сеансу, що підтверджувалось такими показниками, як проба Шиллера-Пісарєва (негативна), індекс гігієни за Федоровим-Володіною (1,9), пародонтальний індекс (2,5). Але на контрольній рентгенограмі через місяць після проведеного лікування зберігалися ознаки деструкції кісткової тканини та прояви остеопорузу, ущільнення кістки по краю альвеолярних відростків на спостерігалось. Імунограма: позитивні зрушення відмічені тільки для показників Т-ланки; при мікробіологічному дослідженні - нормобіоз пародонтальних кишень не відновлено.

При диспансерному огляді хворої М. через 6 місяців спостерігалось відновлення кровотечі з ясен, їх гіперемії та набряку, що свідчило про загоєння перебігу генералізованого пародонтиту і підтверджувалось клінічними і рентгенографічними даними.

Приклад 2

Хворий С., 28 років. Генералізований пародонтит II ступеню, хронічний перебіг. Діагноз встановлено на підставі клініко-анамнестичних даних (скарги на кровотечу, болочість ясен, рухомість зубів, неприємний запах з рота на протязі 7 років, неодноразово лікувався із застосуванням традиційних схем терапії з тимчасовим покращенням; вираженої соматичної патології не має), даних об'єктивного обстеження (значний набряк, гіперемія, кровоточивість та біль в яснах, рухомість зубів II ступеню, пародонтальні кишень 4-5мм з серозним ексудатом, корені зубів оголені на 1/2 їх довжини; індекс за Федоровим-Володіною 2,4 бала, проба Шиллера-Пісарєва позитивна, пародонтальний індекс - 3,5 бала), а також даних рентгенологічного дослідження (ознаки запальної деструкції кісткової тканини альвеолярних відростків, вогнища плямистого остеопорузу, зниження висоти міжальвеолярних перетинок до 1/2 їх висоти в області 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 зубів, індекс остеопорузу 9). При лабораторному дослідженні різке пригнічення показників клітинного та гуморального імунітету, при мікробіологічному - значне переважання анаеробно-грибкових асоціацій. Лікування: після антисептичної обробки порожнини рота, знеболювання, видалення зубних відкладень, закритого юретажу та усунення травматичної оклюзії призначено: місцево - лікувальну пов'язку на основі 0,5% мазі Мірамистину на 1,5-2 години під парафін 6 разів; всередину - Аміксин по 0,125г в 1-й та 2-й день і далі через день курсом 6 разів; Аскорутин та Кальцію глюконат в загальноприйнятій терапевтичній дозі.

В процесі лікування спостерігалась позитивна клінічна динаміка щодо покращення стану тканин пародонту вже після 4 сеансу і на момент закінчення курсу лікування хворий відмітив відсутність суб'єктивних неприємних відчуттів та кровотечі з ясен. Нормалізувались гігієнічний (1,8) і пародонтальний (2,3) індекси, ясна мали блідо-рожевий колір, щільно прилягали до шийок зубів. При ла-

бораторному дослідженні - нормалізація показників імунітету та вмісту пародонтальних кишень. На контрольній рентгенограмі через місяць - відсутність вогнищ плямистого остеопорозу, ущільнення кісткової тканини по краю альвеолярних відростків.

При диспансерному спостереженні за хворими на протязі року відмічено нормалізацію стану тка-

нин пародонту. Про стійку ремісію також свідчили дані рентгенограми через 10 місяців після проведеного лікування, на якій спостерігалася стабілізація процесу атрофії кісткової тканини альвеолярних відростків.