



УКРАЇНА

(19) UA (11) 4757 (13) U

(51) 7 A61K6/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІПЕРІТИТУ У ДІТЕЙ

1

2

(21) 2004031593

(22) 04 03 2004

(24) 15 02 2005

(46) 15 02 2005, Бюл. № 2, 2005 р.

(72) Денюга Оксана Василівна, Денюга Едуард Михайлович, Спічка Ірина Анатоліївна

(73) Денюга Оксана Василівна, Денюга Едуард Михайлович, Спічка Ірина Анатоліївна

(57) Спосіб лікування хронічного катарального гіперітиту у дітей, що включає проведення базової терапії, накладання пов'язок, який відрізняється тим, що на 1 етапі лікування протягом 10 днів (кожен день) накладають парадонтальні пов'язки на

основі водної емульсії β-каротину - Бетавітон, нуклеїнату натрію і білої глини і зрошують порожнину рота рожевою водою, на 2 етапі кожна дитина у домашніх умовах протягом місяця чистить зуби щіткою системи "Habitus" з зубною пастою "Лека", що забезпечує проходження постійного електричного струму фізіологічної величини крізь слизову тканину пародонта, нормалізуючи середній мембранний потенціал клітин та дифузійну проникливість тканин пародонта, робить ротові ванночки рожевою водою і отримує водний розчин алое верос по 1 чайній ложці 2 рази на день

Корисна модель відноситься до медицини, конкретно до стоматології і може бути використаний при лікуванні хронічного катарального гіперітиту (ХКГ) у дітей при зниженій неспецифічній резистентності у порожнині рота

Епідеміологічні обстеження у останні часи вказують на високу розповсюдженість захворювань тканин пародонта (на Україні 70%) і свідчать про необхідність пошуку і розробки більш ефективних методів лікування цієї патології. Найбільш часто у дітей зустрічається хронічна форма катарального гіперітиту, яка без своєчасних лікувально-профілактичних заходів в подальшому приводить до значних патологічних змін у тканинах пародонта. При цьому необхідно помітити, що нестійкість реакцій дитячого організму, швидке звикання до визначених інгредієнтів, та пов'язані з цим часті рецидиви захворювань, вимагають сумісного використання препаратів і фізичних факторів впливу.

Відомий спосіб "Коррекции местного иммунитета" патент Росії №215374, Ф.З. Мирсаева, за яким спосіб лікування запальних захворювань тканин пародонта включає використання бокси-4метилурокила у 10% розчині диметилсульфоксиду за допомогою ультразвукового апарату. Недоліком цього методу є поперше складність використання у дітей і по друге - препарати, які використовуються при лікуванні потребують проведення проби на лікарську сумісність.

Прототипом нашої корисної моделі є "Спосіб комплексного лікування пародонтиту" патент України №23635 Л.О. Логвиненко і ін. за яким беруть до

уваги вплив порушень імунного статусу на розвиток даної патології. За даним способом використовують наступну схему лікування: прийом 5% розчину натрію оксидобутарата по 1 столовій ложці 4 рази на день, метоніна - 0,25г по 2-4 таблетки на день за півгодини до їжі, комплексу антиоксидантних препаратів (ретинола ацетат 3300МЕ по 1-2 драже на день, вітамін Е по 1 кап. 50% р-на, вітамін С - по 0,05г після їжі). Перший тиждень по 200мг на день, а другий по 100мг на день. А також місцеве у порожнині рота накладають пов'язки на ясна, складуючого складу

ретинол ацетат 3,44%	1,0-2,0
токоферол ацетат 10%	1,0-2,0
аскорбінова кислота	2,0-3,0
метилурацил	2,0-3,0

окис цинку скільки візьме
і роблять 10-12 сеансів електрофорезу з 5% розчином аскорбінової кислоти на тканини пародонта

Недоліки цього способу

1 Необхідність прийому великої кількості препаратів,

2 Тривалість (більше двох тижнів) відвідування лікаря-стоматолога,

3 Композиція, про яку йдеться, використовується для лікування пародонтиту у дорослих

В основу нашої корисної моделі покладено задачу удосконалення способу комплексного лікування пародонтиту у якому шляхом зрошення порожнини рота рожевою водою, накладання парадонтальних пов'язок, використання електро-

(13) U

(11) 4757

(19) UA

форетичної щітки типу "Habitus" з зубною пастою "Лека" забезпечується нормалізація мембранного потенціалу клітин та збільшення проникливості тканин пародонту для дифузії лікувальних препаратів, що підсилює мембранотропну дію лецитин-каротинових препаратів за рахунок чого підвищується неспецифічна резистентність організму, подовжується період ремісії.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі лікування хронічного катарального гінгівіту після санації порожнини рота і професійної гігієни дітям на 1 етапі лікування на протязі 10 діб (кожен день) накладують парадонтальні пов'язки на основі водної емульсії В-каротина-Бетавитон, нуклеїната натрію і білої глини і зрошують порожнину рота рожевою водою; на 2 етапі кожна дитина у домашніх умовах на протязі місяця чистить зуби щіткою системи "Habitus" з зубною пастою "Лека", що забезпечує проходження постійного електричного струму фізіологічної величини скрізь слизову тканин пародонта, нормалізуючи середній мембранний потенціал клітин та дифузійну проникливість тканин пародонта, робить ротові ванночки рожевою водою і отримує водний розчин алое регос по 1 чайній ложці 2 рази на день.

Причинно-наслідкові зв'язки.

1. Препарат Бетавитон оказує виражену мембранотропну дію за рахунок наявності у своєму складі В-каротина.

2. Включення нуклеїната натрію у склад пов'язки дає змогу активізувати природні фактори імунного захисту у порожнині рота пацієнта - стимулює фагоцитарну активність макрофагів, стимулює активність Т-хелперів і міграцію лейкоцитів, прискорює процеси регенерації.

4. Використання зубної щітки "Habitus" і зубної пасти "Лека" - забезпечує проходження постійного електричного струму фізіологічної величини скрізь слизову тканин пародонта, нормалізуючи середній мембранний потенціал клітин та дифузійну проникливість, тканин пародонта, що додатково підсилює мембранотропну дію лецитин-каротинових препаратів, у тому числі і електричне нейтральних, які проникають у глибини тканин за рахунок процесу дифузії, дозволяючи закріпити стійкий лікувальний ефект, досягнутий з використанням адаптогенів і мембранотропних препаратів.

Опис запропонованого способу.

Нами було сформовано з дітей віком 12 і 15 років, з діагнозом - катаральний гінгівіт, дві групи

спостереження і дві групи контролю по 30 осіб у кожній групі.

Контрольні групи отримували тільки базову терапію. При цьому проводилось навчання дітей гігієнічним навикам.

В групах спостереження на першому етапі терапія ХКГ полягала у корекції судинного звена у його патогенезі - встановленні порушеного кровообігу, зниженні судинної проникливості і встановленні гомеостазу. При цьому виправданим було використання комбінації препаратів з різним механізмом впливу на стінки судин, включаючи капіляри. Курс лікування складався з 10 процедур (кожного дня). Дітям накладали парадонтальні пов'язки, на основі водної емульсії В-каротина-Бетавитона (В-каротин 2,0%, токоферол ацетат - 0,5%, аскорбінова кислота - 0,02%), нуклеїната натрію і білої глини. Крім того порожнину рота зрошували рожевою водою. Потім кожна дитина у домашніх умовах на протязі місяця два рази на добу чистила зуби електрофоретичною зубною щіткою "Habitus" і зубною пастою "Лека", до складу якої входить В-каротин, α -токоферол, лецитин. Ввечері після вечері і чистки зубів, пацієнти робили ванночки рожевою водою.

Курси терапії повторювали два рази на рік після проведення планової санації.

Перед початком досліджень, після курсу терапії, через 3, 6 місяців, через рік і через 2 роки всім пацієнтам проводили клініко-лабораторне обстеження, яке включало клінічну оцінку розповсюдженості симптомів запалення, ступені тяжкості гінгівіту і запалення ясен (РМА %, проба Шиллера-Писарева). Визначались також симптоми кровотечі, подразнення, наявності парадонтальних карманів. Для оцінки наявності м'яких зубних відкладень було використано індекс зубного нальоту ОНІ-S. Зубна бляшка визначалась за допомогою індексу Турескі. Крім того спектроколометричними методами оцінювався функціональний стан мікрокапілярного русла ясен по гіперемії слизової на регламентовану навантажку. Рівень адаптаційних реакцій у порожнині рота оцінювався по зарядовому стану клітин букального епітелію і порівнювався з імунологічними і біохімічними показниками ротової рідини. (Табл.1-5).

Таким чином проведені дослідження довели, що запропонований спосіб лікування ХКГ приводить до суттєвого підвищення позитивних результатів лікування у дітей.

Таблиця 1

Індексна, оцінка стану тканин пародонта
у підлітків 12 і 15 років /динаміка 2 років спостереження/

Парод. інд.	Групи дітей	12 років						15 років					
		до	після	Через 3 міс	Через 6 міс	Через 1 рік	Через 2 роки	до	після	Через 3 міс	Через 6 міс	Через 1 рік	Через 2 роки
Індекс РМЛ% (РМА)	контроль (n=30)	18,85±2,0	14,42±1,5	15,4±1,5	16,12±1,5	18,07±2,0	19,64±2,0	21,03±1,5	13,33±1,5	15,33±1,5	18,10±1,5	19,14±1,5	20,60±1,5
	основна (n=30)	16,23±1,5	6,10±0,5	4,30±0,5	3,60±0,5	3,47±0,5	3,52±0,5 p<0,001	19,98±2,0	12,24±1,0	11,67±1,0	10,66±1,0	7,17±1,0	8,05±0,01 p<0,001
Проба Шиллера-Писарева, балли	контроль (n=30)	1,48±0,1	1,21±0,1	1,21±0,1	1,28±0,1	1,36±0,1	1,40±0,1	1,38±0,1	1,30±0,1	1,24±0,1	1,31±0,1	1,30±0,1	1,42±0,1
	основна (n=30)	1,34±0,1	1,10±0,1	1,08±0,1	1,06±0,1	1,05±0,1	1,06±0,1 p<0,001	1,41±0,1	1,28±0,1	1,20±0,1	1,18±0,1	1,17±0,1	1,18±0,1 p<0,001
Кровотечі, бали	контроль (n=30)	0,55±0,06	0,21±0,05	0,24±0,05	0,32±0,05	0,42±0,05	0,37±0,05	0,46±0,05	0,24±0,05	0,27±0,05	0,32±0,05	0,43±0,05	0,48±0,05

Продовження таблиці 1

	основна (n=30)	0.46±0.05	0.14±0.03	0.10±0.02	0.08±0.01	0.06±0.01	0.08±0.01 p<0.001	0.40±0.05	0.11±0.22	0.09±0.01	0.08±0.01	0.10±0.01	0.13±0.01 p<0.001
Індекс підразни- тели	контроль (n=30)	0.16±0.02	0	0	0.04±0.006	0.09±0.01	0.15±0.02	0.28±0.02	0	0	0.10±0.01	0.15±0.02	0.21±0.02
	основна (n=30)	0.17±0.02	0	0	0	0.03±0.005	0.04±0.005 p<0.001	0.32±0.04	0	0	0.07±0.01	0.11±0.01	0.12±0.01 p<0.05

P - показник вірогідності розбіжностей по дорівненню до контрольних груп

Таблиця 2

Індексна оцінка пліни порожнини рота у підлітків 12 і 15 років /динаміка 2 років спостереження

Гігієнічні індекси	12 років											
	Контрольна група (n=30)						Основна група (n=30)					
	до	після	через 3 міс	Через 6 міс	через 1 рік	через 2 років	до	після	через 3 міс	через 6 міс	Через 1 рік	через 2 років
Індекс Грин- Вермільона (ONI-S) (1- 3 балла)	1.32±0.15	0.54±0.08	0.56±0.08	0.72±0.08	0.66±0.08	0.97±0.08	1.10±0.1	0.31±0.05	0.47±0.05	0.54±0.05	0.58±0.05	0.52±0.05 p<0.01
Індекс Туреску (1-5 баллов)	2.20±0.15	0.61±0.08	0.73±0.08	0.81±0.08	1.02±0.08	1.91±0.15	2.03±0.15	0.38±0.08	0.56±0.08	0.68±0.08	0.54±0.08	0.71±0.08 p<0.002
Індекс Грин- Вермільона (ONI-S) (1- 3 балла)	15 років											
	до	після	через 3 міс	Через 6 міс	через 1 рік	через 2 років	до	після	через 3 міс	через 6 міс	Через 1 рік	через 2 років
	1.49±0.15	0.63±0.08	1.11±0.08	1.42±0.10	1.32±0.10	1.41±0.15	1.45±0.15	0.34±0.07	0.55±0.07	0.64±0.07	0.68±0.08	0.79±0.08 p<0.01
Індекс Туреску (1-5 баллов)	2.54±0.20	0.97±0.10	1.27±0.15	1.69±0.15	1.71±0.15	1.85±0.15	2.21±0.20	0.43±0.07	0.65±0.07	0.63±0.08	0.83±0.08	0.88±0.08 p<0.01

Таблиця 3

Динаміка змін активності еластази у ротовій рідині дітей
з хронічним катаральним гінгівітом у процесі індивідуальної профілактики

Термін дослідж	12 років			15 років		
	Контрольна група	Основна група	P	Контрольна група	Основна група	P
До лікування	7.9±0.3	8.5±1	>0.05	9.2±0.3	7.6±0.9	>0.05
Через 1 місяць	4.1±0.3 p ₁ <0.001	2.8±0.4 p ₁ <0.001	<0.05	5.3±0.7 p ₁ <0.001	3.0±0.2 p ₁ <0.001	<0.01
Через 6 місяців	6.8±0.7 p ₁ >0.05	4.9±0.3 p ₁ <0.01	>0.05	7.4±0.9 p ₁ >0.05	4.1±0.5 p ₁ <0.01	<0.01
Через 12 місяців	7.1±0.3 p ₁ >0.005	5.8±0.3 p ₁ <0.03	>0.05	8.0±0.5 p ₁ >0.05	3.5±0.4 p ₁ <0.001	<0.001

P - показник вірогідності розбіжностей по дорівненню до контролю

P - показник вірогідності розбіжностей по дорівненню до початкового стану

Таблиця 4

Вплив індивідуальної профілактики на активність
супероксидасмутази у ротовій рідині дітей з хронічним катаральним гінгівітом

Термін дослідж	12 років			15 років		
	Контрольна група	Основна група	P	Контрольна група	Основна група	P
До лікування	0.27±0.02	0.21±0.03	>0.05	0.24±0.05	0.30±0.04	>0.05
Через 1 місяць	0.40±0.05 p ₁ <0.05	0.55±0.06 p ₁ <0.001	>0.05	0.60±0.07 p ₁ <0.001	0.73±0.06 p ₁ <0.001	>0.05
Через 6 місяців	0.29±0.04 p ₁ >0.05	0.38±0.03 p ₁ <0.001	>0.05	0.47±0.06 p ₁ <0.01	0.84±0.09 p ₁ <0.001	<0.01
Через 12 місяців	0.33±0.05 p ₁ >	0.27±0.04 p ₁ >0.05	>0.05	0.31±0.03 p ₁ >0.05	0.71±0.08 p ₁ <0.001	<0.001

P - показник вірогідності розбіжностей по дорівненню до контролю

P - показник вірогідності розбіжностей по дорівненню до початкового стану

Вплив індивідуальної профілактики на активність каталази
у ротовій рідині дітей хронічним катаральним пінгівтом, мкат/л

Термін дослідж	12 років			15 років		
	Контрольна група	Основна група	P	Контрольна група	Основна група	P
До лікування	39,2±2,6	44 1±3,7	>0,05	54,5±3,2	46,9±4,1	>0,05
Через 1 місяць	61,7±5,4 p ₁ <0,01	87,3±6,8 p ₁ <0,001	<0,01	78,3±5,2 p ₁ <0,001	95 8±7,4 p ₁ <0,001	>0,05
Через 6 місяців	42,0±3,6 p ₁ >0,05	55,2±6,0 p ₁ >0,05	>0,05	61,2±5,7 p ₁ >0,05	82,4±6,5 p ₁ <0,001	<0,05
Через 12 місяців	47,3±4,5 p ₁ >0,05	52,9±5,1 p ₁ >0,05	>0,05	57,9±4,6 p ₁ >0,05	78,8±8,1 p ₁ <0,01	<0,05

P - показник вірогідності розбіжностей по дорівненню до контролю

P - показник вірогідності розбіжностей по дорівненню до початкового стану