



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 56908

(13) A

(51) 7 A61K35/78

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ПІДЛІТКІВ

1

2

(21) 2002108653

(22) 31 10 2002

(24) 15 05 2003

(46) 15 05 2003, Бюл. № 5, 2003 р.

(72) Хоменко Лариса Олександрівна, Любарець
Світлана Федорівна(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб лікування хронічного катарального
гінгівіту у підлітків, що включає застосування анти-

бактеріального препарату, який відрізняється тим, що як антибактеріальний препарат застосовують Парагель, який після ретельного очищення зубів, полоскання ротової порожнини 1% розчином натрію гідрокарбонату, протирання ясен сухим ватним тампоном наносять смугою 2,5-3 см на слизову оболонку ясен і в міжзубні проміжки на 40 хвилин двічі на день, загальним курсом 7 днів

Винахід, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до стоматології, і призначений для лікування захворювань тканин пародонту у підлітків

У зв'язку з тим, що в Україні відзначається зростання кількості дітей та підлітків із захворюваннями щитоподібної залози, зокрема хронічним тиреоїдитом, стає актуальним питання розробки та удосконалення заходів лікування ускладнень, що розвиваються на фоні хронічного тиреоїдиту [1,2]

Серед хворих на хронічний тиреоїдит, спостерігається висока поширеність захворювань тканин пародонту, зокрема хронічного катарального гінгівіту [3]. При відсутності лікування гінгівіту у цієї групи підлітків виникає велика вірогідність розвитку в майбутньому генералізованого пародонтиту. Для лікування хронічного катарального гінгівіту запропонована значна кількість методів. Проте, здебільшого, методи місцевого лікування розроблені для дорослих. Питання розробки нових методів лікування у осіб підліткового віку залишається актуальним тому, що немає розробленого комплексного методу лікування з урахуванням патогенетичних механізмів розвитку гінгівіту. Існуючі методи не завжди є ефективними, часто для їх здійснення необхідно багато часу з боку лікаря та пацієнта, використання багатьох лікарських засобів одночасно, а тому хворі не закінчують почате лікування.

В стоматологічній практиці для лікування різних запальних процесів в тканинах пародонту застосовується значна кількість лікарських препара-

тів. В першу чергу це антисептики, які не подразнюють тканин пародонту, мають виражену протизапальну та бактерицидну дію.

Найбільш близьким до способу, що заявляється (прототипом) є спосіб лікування хронічного катарального гінгівіту з використанням етонію [4].

Лікування включає аплікацію на слизову оболонку ясен. Ватні вапикі, змочені у розчині, накладають на слизову оболонку ясен, ватні турунди – в міжзубні проміжки. Етоній (1,2-Етилен-біс-(N-диметил-карбдецилоксиметал)-амонію дихлорид) – порошок білого кольору, добре розчинний у воді. Справляє місцевоанестезуючий, бактеріостатичний, бактерицидний вплив.

Rp SolAethonii 0,5% 200ml

D S Для аплікацій на слизову оболонку порожнини рота

Суттєвими недоліками прототипу є велика тривалість лікування (10 сеансів), необхідність тривалого часу відвідувати медичний заклад, відсутність фунгіцидної дії у препараті, що застосовується.

Винахід, що заявляється, вирішує задачу покращення результатів лікування хронічного катарального гінгівіту у підлітків хворих на хронічний тиреоїдит, скорочення строків лікування.

Технічний результат від використання винаходу полягає у підвищенні ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту у даної групи хворих, скорочення строків лікування (до 7-ми днів), можливість використання як в медичних закладах, так і в домашніх умовах.

Поставлена задача вирішується тим, що у ві-

(13) A

(11) 56908

(19) UA

домому способі лікування хронічного катарального гінгівіту, який включає зняття запалення, зменшення кровоточивості ясен та призначення антибактеріального препарату, згідно винаходу, в якості антибактеріального препарату призначають антибактеріальний "Парагель", причому, у разі хронічного перебігу захворювання його призначають після ретельного очищення зубів, полоскання ротової порожнини 1% розчином натрію гідрокарбонату протирають ясна сухим ватним тампоном, вичавлюють гель смугою 2,5-3см, наносять на слизову оболонку ясен і в міжзубні проміжки на 40 хвилин двічі на день, загальним курсом 7 днів.

Відмінною особливістю запропонованого способу лікування хронічного катарального гінгівіту у підлітків є використання якості антибактеріального препарату "Парагель", який має пролонговану імунорегуючу дію, що сприяє підсиленню процесів фізіологічного самоочищення порожнини рота.

Спосіб виконується наступним чином після огляду хворого та встановлення діагнозу хронічного катарального гінгівіту проводять санацію порожнини рота, гігієнічне навчання (на муляжі навчають методиці чищення зубів, показують правила використання зубних флосів, дають поради по вибору засобів гігієни), професійну гігієну порожнини рота з обов'язковим шліфуванням і поліруванням поверхонь зубів. Рекомендують провести полоскання порожнини рота розчином протизапальної дії рослинного походження (настій ромашки, календули, листів евкаліпту) з метою ліквідації запальних явищ у яснах, що завжди спостерігаються після зняття зубного каменю, але швидко зникають. Одночасно цим хворим, у разі потреби, радили пройти ортодонтичне чи хірургічне лікування з метою усунення місцевих подразнюючих факторів, які у майбутньому можуть підтримувати запалення тканин пародонту, та проводилось лікування загального захворювання дитячим ендокринологом. Через добу після проведення професійної гігієни починали лікування із використанням препарату "Парагель".

"Парагель" застосовувався таким чином: після ретельного очищення зубів хворі полоскали ротову порожнину 1% розчином натрію гідрокарбонату, після чого протирали ясна сухим ватним тампоном. На зубну щітку вичавлювали гель смугою завдовжки 2,5-3см і наносили на слизову оболонку ясен і в міжзубні проміжки. Після нанесення гелю не рекомендували протягом 40 хвилин полоскати ротову порожнину і приймати їжу. "Парагель" застосовувався двічі на день. Курс лікування складав в середньому 7 днів.

Клінічні спостереження були проведені у 24 підлітків віком 14-15 років, хворих на хронічний тиреоїдит. У цих підлітків був діагностований хронічний катаральний гінгівіт. При встановленні діагнозу застосовувалась класифікація хвороб пародонту, представлена М.Ф. Данилевським [6]. 12 особам підліткового віку проводилось лікування запропонованим способом (I група), інші 12 підлітків склали контрольну групу (II група), яким проводилось лікування з застосуванням 0,5% розчину етонію.

У обстежених визначались гігієнічний стан порожнини рота за індексом Green-Vermillion, Sil-

nes-Loe [7], стан тканин пародонту за основними клінічними показниками, визначення індексів РМА, СРІ. Для дослідження стану місцевої антиінфекційної резистентності слизової оболонки порожнини рота визначався рівень секреторного імунoglobуліну А (slg А), імунoglobуліну А (lg А), імунoglobуліну G (lg G) за допомогою реакції простої радіальної імунодифузії в агаровому гелі (Manchini, 1965) [8]. Біологічним субстратом для проведення досліджень була змішана нестимульована слина. Слину збирали натщесерце о сьомій годині ранку, до проведення гігієни порожнини рота, шляхом спльовування її до пробірки після 5-хвилинного утримування у роті. Час обраний для забору слини, є часом максимальної секреції імунoglobулінів [9]. Концентрація загального імунoglobуліну А і G визначалась з використанням моноспецифічних сировоток проти сировоткового імунoglobуліну А і G людини, концентрація секреторного імунoglobуліну А – з використанням моноспецифічної сировотки проти секреторного імунoglobуліну А людини виробництва ООО "Мікрофлора" при МНДІЕМ ім. Г.М. Габрічевського.

Наявність мікрофлори в зубо-ясенних кишнях визначали наступним чином: за допомогою стерильної кореневої голки з турундой брали мазок з зубо-ясенних кишень, отриманий матеріал переносили на предметне скло.

Препарат фіксували в спирті і фарбували по Граму та Романовському-Гімза [10].

Результати обробляли статистично із використанням критерію Ст'юдента.

Оцінка ефективності лікування запропонованим способом проводилась з урахуванням змін клінічної картини (кровоточивість та набряклість ясен, копії слизової оболонки), об'єктивними змінами стану тканин пародонту (індекси РМА, СРІ), гігієнічного стану, імунологічними зсувами у змішаній слині, зменшенням вмісту мікрофлори в зубо-ясенних кишнях.

У обстежених підлітків до початку лікування визначали гіперемовані, набряклі ясна (маргінальний край та міжзубні сосочки, частіше на ділян-

	6321	1236	
ках біля	6321	1236	зубів) з ціанотичним відтінком, які кровоточили при зондуванні зубо-ясенної борозни та під час чищення зубів щіткою. Після лікування підлітків запропонованим методом у 11 хворих зникла кровоточивість ясен під час чищення зубів, набряклість ясен, слизова оболонка набула рожевого кольору. Такі позитивні зміни мали місце через 7-8 днів від початку лікування. У II групі покращення стану тканин пародонту мало місце через 10 днів у 10 підлітків.

Значення індексу РМА в I групі підлітків становили в середньому $35,21 \pm 0,19$, у II – $32,08 \pm 0,21$. Це свідчить про наявність у підлітків I та II груп в тканинах пародонту патологічних змін, характерних для гінгівіту середньої тяжкості. Після проведення лікування індекси РМА зменшилися у I групі – до $8,52 \pm 0,2$, у II – до $10,68 \pm 0,23$.

При визначенні індексу СРІ у осіб підліткового віку I групи спостерігалась кровоточивість ясен під час чищення зубів у 12 підлітків при ураженні 4,6 секстантів, та у 12 осіб II групи при ураженні 4,2

секстантів, зубний камінь виявлений у 3-х підлітків I групи при ураженні 0,9 секстантів, та у 5 підлітків II групи при ураженні 0,7 секстантів. Після проведення лікування в I групі підлітків кровоточивість спостерігалась у 1 особи підліткового віку при ураженні 0,3 секстантів, та у 2 підлітків II групи при ураженні 0,5 секстантів, зубний камінь у підлітків обох груп був відсутній. Зменшення значень індексів РМА та СРІ підтверджували наші клінічні спостереження щодо покращення стану тканин пародонту у цих групах підлітків, але в I групі ці зміни були більш поширеними та мали місце раніш на 1-3 дні, ніж у II групі.

У всіх обстежених визначався незадовільний

стан гієни порожнини рота. Індекс Green-Vermillion до лікування у підлітків з хронічним катаральним гінгівітом I та II груп становив $2,39 \pm 0,18$ і $2,29 \pm 0,12$ відповідно, індекс Silnes-Loe – $2,1 \pm 0,15$ та $2,05 \pm 0,1$ відповідно. Можна припустити, що погіршення гієни порожнини рота у підлітків з хронічним катаральним гінгівітом пов'язано зі зменшенням самоочищення зубів, що в свою чергу пояснюється порушенням місцевих механізмів захисту порожнини рота у підлітків з хронічним тиреоїдитом. Після проведення лікування, в обох групах значно покращився гігієнічний стан порожнини рота (табл. 1).

Таблиця 1

Гігієнічний стан порожнини рота підлітків, хворих на хронічний тиреоїдит

Група підлітків	Індекс Green-Vermillion	Індекс Silnes-Loe
До лікування		
I	$2,39 \pm 0,18$	$2,10 \pm 0,15$
II	$2,29 \pm 0,12$	$2,05 \pm 0,10$
Після лікування		
I	$1,24 \pm 0,15$	$0,98 \pm 0,13$
II	$1,30 \pm 0,10$	$1,10 \pm 0,15$

I група – підлітки з хронічним тиреоїдитом і з хронічним катаральним гінгівітом, котрим проводився запропонований метод лікування.

II група – підлітки з хронічним тиреоїдитом і з хронічним катаральним гінгівітом, які лікувались без застосування "Парагеля".

Мікрофлора зубо-ясенних кишень у підлітків I групи була представлена коками (у 12 чоловік) та грибами (у 5-й підлітків в значній кількості, у 4-х в незначній). Крім того у 3-х підлітків I групи були виявлені спірохети та веретеноподібні палички в незначній кількості. У підлітків II групи мікрофлора зубо-ясенних кишень була представлена коками (у 11 осіб), грибами (у 3 підлітків в значній кількості, у 4 підлітків в незначній кількості). У 3-х підлітків II

групи були виявлені веретеноподібні палички та спірохети. Найпростіші у осіб підліткового віку I та II груп діагностовані не були. Лікування запропонованим методом призвело до зменшення кількості коків у підлітків I групи. Гриби були виявлені у 1 особи підліткового віку в незначній кількості. Веретеноподібні палички та спірохети у хворих I групи після застосування "Парагеля" не були діагностовані. Зміни вмісту мікрофлори в зубо-ясенних кишнях підлітків II групи після лікування були менш значними.

Для дослідження стану місцевого специфічного імунітету порожнини рота визначався вміст slg A , Ig A , Ig G в слині підлітків з хронічним тиреоїдитом (табл. 2).

Таблиця 2

Вміст секреторного імуноглобуліну A (slg A), імуноглобуліну A (Ig A), імуноглобуліну G (Ig G) в слині підлітків, хворих на хронічний тиреоїдин

Група підлітків	slg A (r/l)	Ig A (r/l)	IgG (r/l)
До лікування			
I	$0,90 \pm 0,22$	$2,07 \pm 0,25$	$0,11 \pm 0,06$
II	$0,87 \pm 0,25$	$1,89 \pm 0,19$	$0,09 \pm 0,10$
Після лікування			
I	$1,26 \pm 0,13$	$2,32 \pm 0,22$	$0,26 \pm 0,11$
II	$1,01 \pm 0,10$	$2,02 \pm 0,21$	$0,15 \pm 0,14$

У підлітків з хронічним тиреоїдитом лікування запропонованим методом призвело до збільшення вмісту slg A , Ig A , Ig G в ротовій рідині. Збільшення цих показників було більше, ніж у II групі. Зростання вмісту slg A , Ig A , Ig G після лікування запропонованим методом свідчить про нормалізацію місцевої резистентності слизової оболонки порожнини рота за рахунок покращення секреторного імунітету порожнини рота, а це збільшує са-

моочищення зубів.

Слід зазначити, що відсутність ефекту лікування спостерігалась, коли хворі не дотримувались рекомендованої гієни порожнини рота. Проведення професійної гієни порожнини рота у комплексі з контролюємою гігієною є необхідною умовою профілактики захворювань пародонту у підлітків, ефективності інших лікувальних засобів, що дозволяє значно зменшити інтенсивність запалення.

льних процесів в тканинах пародонту

Проведені клінічні, мікробіологічні, імунологічні дослідження порожнини рота хворих свідчать про зменшення запальних явищ та нормалізацію процесів обміну речовин у тканинах пародонту, певне зростання неспецифічних факторів захисту порожнини рота, зменшення вмісту мікрофлори в зубо-ясенних кишнях після лікування гінгівіту запропонованим способом. Отримані результати свідчать про ефективність комплексного способу лікування хронічного катарального гінгівіту із використанням геля "Парагель" у підп'яків, хворих на хронічний тиреоїдит, і про можливість його застосування в поліклінічних та домашніх умовах.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- 1 Калинин А П, Литвинов В И. Аутоиммунный тиреоидит у детей. Обзор // Совр медицина – 1988 – № 9 – С 50-54
- 2 Катамнез и особенности течения хронического аутоиммунного тиреоидита у детей / Е Г Чувилина, Л И Путикова, Н В Болотова, А К Гумеев // Педиатрия – 1991 – № 2 - С 44-47
- 3 Жизномирская О О. Особенности клинического течения пародонтита у больных аутоиммунным тиреоидитом. Комплексное лечение и профилактика стоматологических заболеваний – Материалы К, 1989 – С 40-41
- 4 Данилевський М Ф, Мохорт М А, Мо-

хорт В В. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки, порожнини рота і тканин пародонту – К. Здоров'я, – 1991 – С 153-154

5 Инструкция по применению гигиенического препарата "Парагель". Изготовитель – Украина, г Львов, Львовская фармацевтическая фабрика, изготовлено для ПП "Бунь" ГОСТ № 7983 - 82 ISO 11609 - 95

6 Вишняк Г Н. Генерализованные заболевания пародонта (пародонтоз, пародонтит) – К, 1999 – 516 с

7 Пахомов Г Н. Первичная профилактика в стоматологии – Москва Медицина, – 1982, – 240 с

8 Manchini G, Carbonara A O, Heremans J F. Immunochemical quantitation of antigens by single radial immenodiffusion // Immenochemistry – 1965, – № 2, -Р 235-254

9 Силантьева Э Н. Суточная и сезонная динамика уровня sIg A в слюне // Актуальные вопросы стоматологии. Сб науч тр Казанского мед института – Казань, 1989 – С 51-53

10 Клинические и лабораторные методы диагностики пародонтоза – Методические рекомендации – Киев, – 1978 – С 17