



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 56933

(13) A

(51) 7 A61K31/355

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ПІНГВІТУ У ДІВЧАТОК З ЗАТРИМКОЮ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ

1

2

(21) 2002119523

(22) 29 11 2002

(24) 15 05 2003

(46) 15 05 2003, Бюл. №5, 2003 р.

(72) Майборода Тетяна Орестівна

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб лікування хронічного катарального
пінгвіту у дівчаток з затримкою статевого розвитку

шляхом застосування лікарських препаратів, який відрізняється тим, що видаляють м'які зубні відкладення, знімають зубний камінь, санують порожнину рота та проводять курс аплікації і інстиляції в ясенні кишені геля "Метрапл-Дента" протягом 15-20 хв курсом 5-10 днів з одночасним призначенням альфакальцидолу в дозі 0,5-1,0 мкг 1 раз на добу разом з препаратами кальцію у віковому дозуванні протягом 6-8 місяців

Винахід, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до стоматології, і призначений для підвищення ефективності лікування запальних захворювань пародонту у дівчаток пубертатного віку

За даними ВООЗ поширеність захворювань пародонту є високою серед всіх вікових груп населення, проте основний приріст пародонтологічної захворюваності спостерігається у віці 10 - 19 та 35 - 44 роки. Найбільш розповсюдженим захворюванням пародонту у дітей та підлітків є хронічний катаральний пінгвіт, частота якого сягає 60 - 80% [1, 2, 3, 4, 5]

Патогенез захворювань пародонту є складним, різнобічним та до кінця нез'ясованим. Важливу роль у розвитку захворювань пародонту відіграють ендокринні порушення в організмі [6], зокрема при функціональній недостатності статевих залоз [7, 8, 9, 10, 11, 12]

За умови недостатньої продукції статевих гормонів у пубертатному та препубертатному віці спостерігається затримка статевого розвитку, або порушується його нормальний перебіг. Дані дитячих гінекологів свідчать про те, що протягом останніх 5 - 7 років розповсюдженість порушень статевого розвитку серед дівчаток в Україні зросла в 1,2 - 1,5 рази, що пов'язано з негативним впливом екологічних та соціально-економічних чинників [13, 14, 15, 16, 17, 18]

Період статевого дозрівання розглядається як критичний в онтогенезі людини. В цей період виникає ряд складних біологічних процесів перебування організму, зміни в центральній нервовій, сер-

цево-судинній системах. Суттєві зміни відбуваються в кістковій тканині опорного скелету: активізуються метаболічні процеси та збільшується її мінеральна щільність, яка досягає свого піку у віці 18 - 20 років [13, 15, 17, 19]

Естрогени значною мірою впливають на процеси формування кісткової тканини шляхом регуляції обміну кальцію і фосфору та безпосередньої дії на остеобласти через специфічні рецептори. Знижений вміст естрогенів, що має місце при функціональній недостатності гонад на сьогодні розглядається як один з провідних чинників розвитку остеопорозу [19, 20, 21, 22]

Остеопоротичні зміни кісткової тканини опорного скелету мають місце при гормональних дисфункціях у дівчаток пубертатного віку за рахунок порушень метаболізму кісткової тканини та зниження її міцнісних характеристик [20, 22]

Альвеолярний паросток є основною складовою частиною пародонту, на яку впливають системні гормони, що регулюють обмін кальцію та розвиток кісткової тканини. Зниження мінеральної щільності кісткової тканини альвеолярного паростку, зумовлене дією цих гормонів, є передумовою раннього розвитку деструктивних змін у пародонті [23, 24, 25, 26, 27]

Проте і досі не розроблені рекомендації щодо лікування запальних захворювань пародонту, які б передбачали вплив на альвеолярну кістку та кісткову тканину опорного скелету у дівчаток пубертатного віку з затримкою статевого розвитку

В комплексному лікуванні хронічного катарального пінгвіту місцеве лікування займає дуже

(13) A

(11) 56933

(19) UA

важливе місце. Воно складається з усунення місцевих подразнюючих факторів, а також місцевому застосуванню протизапальних препаратів. Антимікробна терапія, яку відносять до етіотропної, дозволяє різко знизити ризик поширення процесу на тканини пародонта. Проте у даного контингенту дівчаток недостатньо проводити лише місцеве лікування.

Найближчим аналогом-прототипом винаходу, що заявляється є спосіб лікування захворювань пародонту у дівчаток з порушеннями статевого розвитку, що включає застосування вітаміну Е [28, 29, 30] шляхом введенням його 30% масляного розчину у вигляді аплікацій, інсталяцій, у складі твердіючої пов'язки та шляхом ультрафонофорезу у дівчаток з пародонтозом при патології статевого дозрівання. Проте, цей спосіб має суттєві недоліки. Ці препарати не впливають на стан кісткової тканини, значні порушення якої мають місце при даній патології.

Задача, яку вирішує спосіб, що заявляється, полягає у створенні такого способу лікування який покращував би результати терапії хронічного катарального гінгівіту у дівчаток пубертатного віку з патологією статевого дозрівання та забезпечував би стійку ремісію у даного контингенту.

Технічний результат від впровадження способу лікування хронічного катарального гінгівіту у дівчаток з затримкою статевого розвитку покращення міцностних характеристик кісткової тканини альвеолярного паростку та опорного скелету, відсутність ускладнень та протипоказань, можливості проведення як в медичних закладах, так і в домашніх умовах.

Поставлена задача вирішується тим, що, у відомому способі лікування захворювань пародонту застосовували 30% масляний розчин вітаміну Е у вигляді аплікацій, інсталяцій, у складі твердіючої пов'язки та шляхом ультрафонофорезу, згідно винаходу видаляють м'які зубні відкладення, знімають зубний камінь, санують порожнину рота та проводять курс аплікацій мефенамінової пасти із метранідозолом почергово, або аплікації і інстиляції в ясенні кишені геля "Метрагіл-Дента" протягом 15 - 20 хв., курсом 5 - 10 днів з одночасним призначенням альфакальцидолу (АльфаД3Тева) в дозі 0,5 - 1,0мкг 1 раз на добу разом з препаратами кальцію у віковому дозуванні на протязі 6 - 8 місяців.

Метранідазол є нестероїдним протизапальним препаратом, який володіє добре вираженими знеболюючими та кератопластичними властивостями, має протианаеробну та високу антитрихомонадну активність, пригнічує ріст *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *E. buccalis*, Гель "Метрагіл-Дента" містить комбінацію двох антибактеріальних компонентів - метранідазолу 1% (володіє антипротозойною та антибактеріальною дією проти анаеробних бактерій, простіших) та хлоргексидину 20% (є активним проти грампозитивних та грамотришечних бактерій, дріжджів, дерматофітів та ліпофільних вірусів).

Спосіб здійснюється таким чином після огляду хворого та встановлення діагнозу хронічного катарального гінгівіту проводять санацію порожнини рота, гігієнічне навчання дитини (на муляжі на-

вчають методиці чищення зубів, показують правила використання зубних флосів, дають поради по вибору засобів гігієни), видалення мінералізованих і немінералізованих зубних відкладень здійснювали за допомогою ручних інструментів і пневматичного або ультразвукового скейлера з одночасним зрошенням ясенних кишень розчином антисептика (фурацилін, калію перманганат і ін.) та наступним шліфуванням та поліруванням поверхонь зубів. Дома рекомендували провести полоскання порожнини рота розчином протизапальної дії рослинного походження (збір лікарських рослин "Елекасол") 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 і диспансерне спостереження у пнеколога-ендокринолога. Далі проводили аплікації мефенамінової пасти із метранідозолом або аплікації і інстиляції в ясенні кишені геля "Метрагіл-Дента". Тривалість курсу протизапальної терапії складала 5 - 10 днів, її ефективність оцінювали за пробою Шиллера-Писарева. Після усунення місцевих чинників і ліквідації запального процесу призначали електрофорез 2,5% розчину гліцерофосфату кальцію та 1% розчину натрію фториду з метою посилення процесів мінералізації в альвеолярному паростку.

Корекцію метаболізму кісткової тканини проводили шляхом призначення препаратів АльфаД3Тева (по 1,0мкг 1 раз на добу) та паралельного призначення препаратів кальцію у віковому дозуванні (кальцію глюконат - по 2 - 3г 2 - 3 рази на добу, кальцію гліцерофосфат - по 0,5г 2 - 3 рази на добу, або кальцію лактат - по 0,5 - 1,0г 2 - 3 рази на добу) протягом 6 - 8 місяців.

Приклад № 1

Хвора М., 14 років. Клінічний діагноз: генералізований хронічний катаральний гінгівіт, середнього ступеню тяжкості.

Зняття зубних відкладень. Лікування за приведеною вище схемою з призначенням аплікацій гелю "Метрагіл-Дента" в домашніх умовах двічі на день протягом 15 - 20хв., після чищення зубів. Через 6 діб від початку лікування були повністю зняті клінічні прояви запалення, структурно-функціональний стан тканин пародонту відповідно до клінічних та рентгеноденситометричних методів обстеження відповідав нормі через 3 місяці. Через 4 місяці структурно-функціональний стан кісткової тканини опорного скелету за даними ультразвукової денситометрії відповідав віковій нормі.

Приклад № 2

Хвора А., 13 років. Клінічний діагноз: генералізований хронічний катаральний гінгівіт, середнього ступеню тяжкості.

Лікування після зняття зубних відкладень почерговим накладанням пасти мафенаміну та натрію метранідазолу в умовах стоматологічної поліклініки 1 раз на добу, курсом № 9. Через 7 діб від початку лікування були повністю зняті клінічні прояви запалення, через 1 місяць за даними рентгеноденситометрії проявів остеопрозу кісткової

тканини міжзубних перетинки альвеолярного паростку не виявлено. Через 6 місяців структурно-функціональний стан кісткової системи за даними ультразвукової денситометрії відповідав віковій нормі.

Для оцінки ефективності патогенетичного лікування з використанням альфакальцидолу дівчаток із затримкою статевого розвитку (101чол.) (з недостатньо вираженими вторинними статевими ознаками та відсутністю менархе) розподілили на основну та контрольну групи. До основної увійшла 51 дівчинка з генералізованим хронічним катаральним гінгівітом. Контрольну групу склали 44 дівчинки з хронічним катаральним гінгівітом.

Пацієнтам призначали комплексне лікування захворювань пародонту за зазначеною схемою у відповідності з тяжкістю ураження. В комплексі лікувальних заходів основній групі призначався альфакальцидол. В контрольній групі дівчаткам проводився комплекс лікування гінгівіту в повному обсязі, проте без застосування препарату Альфа-Д3Тева.

Контрольні обстеження було проведено відразу після закінчення курсу лікування, через 3, 6, 12 та 18 місяців після лікування. Ефективність лікування оцінювалась за змінами клінічної картини (частота загострень хронічного запалення, кровоточивість та набряклість ясен, колір слизової оболонки), що контролювалась пародонтальними індексами (PMA, Silness-Loe, CPI), поширеності та інтенсивності зубних відкладень, а також показників рентгенологічної та ультразвукової остеоденситометрії.

Таким чином, запропонований комплексний метод лікування гінгівіту у дівчаток пубертатного віку з порушеннями статевого розвитку підтвердив свою ефективність та може бути рекомендований для застосування. Він запобігає прогресуванню запального процесу в тканинах пародонта, позитивно впливає на його клінічний перебіг, що суттєво дозволяє досягти стійкості ремісії протягом 1 - 1,5 року.

Цей спосіб лікування хронічного катарального гінгівіту у дівчаток пубертатного віку з затримкою статевого розвитку був апробований на кафедрі дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань НМУ, що дозволяє рекомендувати його для застосування в практичній роботі лікарів-стоматологів.

Література

1. Курякина Н.В., Кутелова Т.Ф. Заболевания пародонта. М., Медкнига, - 2000 - 158с.
2. Вишняк Г.Н. К вопросу о распространении пародонтоза среди подростков и лиц молодого возраста // Пробл. стоматологии - К., 1958 - С 195-200.
3. Вишняк Г.Н. Частота и особенности течения пародонтоза у девочек с патологией полового созревания // Терапевт, стоматология - К., 1976 - Вып 11, -С 67-70.
4. Данилевский Н.Ф., Вишняк Г.Н., Политун А.М. Пародонтология детского возраста - К. Здоров'я 1981 - 296с.
5. Иванов В.С. Заболевания пародонта - М. Медицина, 1989 - 272с.
6. Удовицкая Е.В. Эндокринологические ас-

пекты стоматологии - М. Медицина, 1975 - 191с.

7. Вишняк Г.Н. Патогенез и клиника пародонтоза при патологии полового созревания (клинико-экспериментальное исследование) Автореф. дис. д-ра мед. наук 14.00.21 / Киев. мед. ин-т им. А.А. Богомольца - К., 1974 - 30с.

8. Вишняк Г.Н. Роль функциональных нарушений половых желез в патогенезе пародонтоза у девочек-подростков // Терапевт, стоматология - К., 1977 - Вып 12 - С 42-43.

9. Моциль А.И. Состояние пародонта и скелета у женщин со сниженной секрецией эстрогенов. Автореф. дис. канд. мед. наук 14.00.21, 14.00.16 / Моск. мед. стомат. ин-т им. Н.А. Семашко - М., 1991 - 23с.

10. Моциль А.И. Состояние пародонта в зависимости от минеральной насыщенности костной ткани у женщин с удаленными яичниками // ММСИ - М., 1990 - 4с. - Ден. в НПО - Союзмедиформ" 15.08.90, № 19932.

И. Удовицкая Е.В. Гормональные сдвиги при пародонтозе у женщин. Автореф. дис. д-ра мед. наук 771 / Киев. мед. ин-т - К., 1969 - 31с.

12. Удовицкая Е.В. Пародонтоз и функция половых желез у женщин // Терапевт, и ортопед, стоматология - К., 1971 - Вып 1 - С 61-65.

13. Коколина В.Ф. Детская гинекология. Рук-во для врачей. М. ООО «Медицинское информационное агентство», 2001г. - 368с.

14. Крупко-Болынова Ю.А., Корнилова А.И., Егоров А.С. Патология полового развития девочек и девушек. К., Здоровье, 1989.

15. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. Рук-водство для врачей, Санкт-Петербург, 1998.

16. Жуковский М.А. Нарушения полового развития. М., Медицина, 1989.

17. Кобозева Н.В., Кузнецова М.Н., Гуркин Ю.А. Гинекология детей и подростков - М., 1988 - С 91-126.

18. Богданова Е.А., Фролова О.Г., Миронычева Н.К. Гинекологические заболевания у детей и подростков - М. «Пuls», 1992 - 346с.

19. Остеопороз на Украине / В.В. Поворознюк, Е.П. Подрушняк, Е.В. Орлова и др., АМН Украины, Науч.-мед. центр пробл. остеопороза - К., 1995 - 48с.

20. Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение. Монография / Акад. мед. наук Украины, Под ред. Н.А. Коржа, В.В. Поворознюка, Н.В. Дедух, И.А. Зупанца - Х. Золотые страницы, 2002 - 648с.

21. Диагностика, профилактика и лечение остеопороза у больных различного возраста. Метод. рекомендации / Укр. НИИ геронтологии АМН Украины, Сост. Е.П. Подрушняк и др. - К., 1993, - 17с.

22. Поворознюк В.В. Остеопороз у населения Украины: факторы риска, клиника, диагностика, профилактика и лечение. Автореф. дис. д-ра мед. наук 14.00.21 / М-во охорони здоров'я України, Укр. ін-т травматології та ортопедії - К., 1998 - 49с.

23. Мазур Ш., Вишняк Г.М., Жизномирська О.О. Структурно-функціональний вік пародонту // Морфогенез і патологія кісткової системи в умовах промислового регіону Донбасу. 36 матеріалів конф. - Луганськ 1997 - С 29-33.

24. Пародонтальний статус пацієнтів с гі-

позстрогенемией, отягощенной системным остеопорозом / Е И Хохлова, А И Воложин, Б П Марков, В Е Новиков // Стоматология -1995 - №2 - С 31

25 Состояние минеральных тканей и пародонта у женщин с нарушением функции яичников / А И Мощиль, А И Воложин, В П Сметник и др // Акушерство и гинекология - 1991 - №10 - С 71 -73

26 Состояние пародонта при генерализованном остеопорозе у женщин с недостаточной функцией яичников / Ю М Максимовский, А И Мощиль, А И Воложин, В Е Новиков // Стоматология - 1991 - №1 - С 24-26

27 Структурно-функциональный вк пародонту / І П Мазур, Г М Вишняк, А С Богдан, Р Піщур // Актуальні проблеми геріатричної ортопедії,- Матеріали - К ? 1996 - С 65-66

28 Вишняк Г Н Клиника и принципы лечения пародонтоза у женщин с пониженной функцией гонад // Стоматология - К , 1986 - Вып 21 - С 44-47

29 Вишняк Г Н, Бакшутова Н А, Логвинова Л Н Патогенетические факторы, обосновывающие комплексное лечение и профилактику заболеваний пародонта при пониженной функции гонад // Комплексное лечение и профилактика стоматол заболеваний Материалы - К, 1989 - С 27-28

30 Ранняя диагностика и профилактика патологии пародонта у женщин при пониженной функции гонад / Г Н Вишняк, Л Г Щербина, Г Т Гуршева и др // Комплексная профилактика стоматол заболеваний Тез -К, 1984 -С 25-26