



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) UA

(11) 86768

(13) U

(51) МПК

A61N 2/06 (2006.01)

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2013 08598**

(22) Дата подання заявки: **08.07.2013**

(24) Дата, з якої є чинними  
права на корисну  
модель: **10.01.2014**

(46) Публікація відомостей **10.01.2014, Бюл.№ 1**  
про видачу патенту:

(72) Винахідник(и):

**Ярова Світлана Павлівна (UA),  
Попандопуло Андрій Геннадійович (UA),  
Брашкін Аркадій Петрович (UA),  
Коваленко Ян Олегович (UA),  
Буше Вікторія Валеріївна (UA),  
Яров Юрій Юрійович (UA)**

(73) Власник(и):

**ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.  
ГОРЬКОГО,  
пр. Ілліча, 16, м. Донецьк-3, 83003 (UA)**

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ II-III СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

(57) Реферат:

Спосіб лікування генералізованого пародонтиту II-III ступеня тяжкості включає ін'єкційне введення лікуючого засобу у тканини пародонту. Як лікуючий засіб використовують збагачену тромбоцитами плазму, що отримується з крові самого хворого, яку вводять ін'єкційно у тканини пародонту у об'ємі 2-2,5 мл. Загальний курс лікування складає 5-10 ін'єкцій, що виконують 1 раз на 7 діб.

UA 86768 U



Корисна модель належить до медицини, зокрема до стоматології, і може бути застосована для лікування генералізованого пародонтиту II-III ступеня тяжкості.

Відомий спосіб лікуванні генералізованого пародонтиту II-III ступеня тяжкості, що включає ін'єкційне введення лікарського засобу у тканинах пародонту, наприклад «Лінкоміцину» [1].

Однак даний спосіб не є ефективним, оскільки потребує введення сторонніх речовин до тканин організму людини, не утримує у своєму складі речовини, що безпосередньо беруть участь в, зниженні запалення та регенерації тканин.

Відомо, що регенерація тканини, у тому числі і тканини пародонту, цілком залежить від наявності факторів росту та інших біологічних речовин у області регенерації. Основні лікарські засоби, що вводять до тканин пародонту володіють антимікробною (антибіотики), протизапальною та антигомотропною (гомеопатичні препарати) дією, але є чужорідними для організму хворого, та не мають регенераторних властивостей.

У основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу лікування генералізованого пародонтиту II-III ступеня тяжкості, в якому забезпечується підвищення ефективності за рахунок введення в тканини пародонту ін'єкційним шляхом матеріалу, що має регенераторні властивості та є небезпечним для хворого.

Поставлена задача вирішується тим, що для лікування генералізованого пародонтиту II-III ступеня тяжкості у тканини пародонту вводиться плазма крові хворого, що збагачена тромбоцитами. По суті походження даний матеріал є аутологічним і безпечним для хворого. Збагачена тромбоцитами плазма - це ефективний стимулюючий засіб, що включає до свого складу у високій концентрації фактори росту, вітаміни, гормони. Введення до тканин пародонту даних речовин сприяє активному росту мікроциркуляторного русла, прискорює обмін речовин, знижує запальну реакцію, сприяє процесам регенерації.

Новим в способі лікування генералізованого пародонтиту II-III ступеня тяжкості є те, що лікуючим засобом є плазма, збагачена тромбоцитами.

Спосіб здійснюється таким чином. Шляхом пункції вени отримують у пацієнта 20-30 мл крові, за допомогою центрифуги отримують збагачену тромбоцитами плазму, яку вводять у тканини пародонту у об'ємі 2-2,5 мл (загальна кількість тромбоцитів - близько 1-1,5 млн.). Наступну ін'єкцію виконують через 7 діб. Загальний курс лікування складає 5-10 ін'єкцій.

Наводимо конкретні приклади здійснення способу:

Приклад 1. Хвора С., 45 років. Діагноз: генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, хронічний перебіг. Клінічний стан: маргінальний край ясен, міжзубні сосочки гіперемійовані з ціанотичним відтінком, незначно набряклі, кровоточать при зондуванні, наявність над- і підясеневих зубних відкладень. У ділянці 36, 37 зубів - травматична оклюзія. Визначаються пародонтальні кишені глибиною 3-4 мм, а у області 36-37 до 5 мм. Зуби рухомі I ступеня, 36, 37 зуби - II ступеня. Шийки зубів оголені на 2-3 мм. Гігієнічний індекс - 2,2 бали, РМА - 43 %, ПІ - 1,5 бали. На рентгенограмі резорбція висоти міжальвеолярної перетинки до ½ довжини кореня зуба, остеопороз.

Проводили професійну гігієну ротової порожнини, яка включала: зняття над- і підясеневих зубних відкладень, антисептичну обробку, протизапальну терапію, додатково проводили курс фізіотерапії. У ході лікування хворому проведено ін'єкційне введення у тканини пародонту збагаченої тромбоцитами плазми по 2-2,5 мл у кількості 7 процедур через кожні 10 діб.

При огляді через 3 місяці: колір ясен блідо-рожевий, кровоточивість не визначається, слизова оболонка щільно охоплює шийки зубів, надясеневий камінь не визначається, є незначне відкладення м'якого зубного нальоту. На рентгенограмі в області пародонтальної кишені тінь молодшої кісткової тканини.

При огляді через 1 рік: на рентгенограмі у ділянці 36, 37 зубів кісткова тканина на 1 мм нижче рівня анатомічної шийки зубів, періодонтальна щілина візуалізується на всьому протягу. Після зняття адгезивних шин 36, 37 зуби нерухливі. Отримані результати свідчать про відновлення кісткового і зв'язкового апарату у ділянці пародонтальної кишені.

Приклад 2. Хворий Р., 52 роки. Діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, хронічний перебіг. Клінічний стан: гіперемія та ціаноз маргінального краю ясен, рухомість зубів I ступеню. Визначаються пародонтальні кишені глибиною 3-4 мм. Шийки зубів оголені у середньому на 2-3 мм. Гігієнічний індекс - 2,1 бали, РМА - 51 %, ПІ - 1,3 бали. На рентгенограмі резорбція висоти міжальвеолярної перетинки до ½ довжини кореня зуба. Визначаються пародонтальні кишені глибиною 3-4 мм, а у області 24, 25 зубів - до 5 мм. Зуби рухомі I ступеня, 24, 25 зуби - II ступеня. З вестибулярної поверхні альвеолярного паростку визначається додаткова вуздечка, груба фіброзна.

Проводили стандартний комплекс протипародонтитного лікування, що включав професійну гігієну ротової порожнини - зняття над- і підясеневих зубних відкладень, антисептичну обробку,

протизапальну терапію, додатково проводили курс дистанційної магнітотерапії. Після ендодонтичного лікування, пластики вуздечки та адгезивного шинування 23, 24, 25, 26 зубів, контролю за індивідуальною гігієною ротової порожнини пацієнтом, проводили динамічне спостереження.

5 При огляді через 3 місяці: колір ясен блідо-рожевий, кровоточивість не визначається, слизова оболонка щільно охоплює шийки зубів, зондуються пародонтальні кишені до 2 мм. Надясеновий камінь не визначається. На рентгенограмі в області пародонтальної кишені тінь молодої кісткової тканини.

10 При огляді через 1 рік: Після зняття адгезивних шин 24, 25 зуби нерухливі. Зондуються пародонтальні кишені до 2 мм з вестибулярної поверхні. На рентгенограмі у ділянці 24, 25 зубів кісткова тканина на 3 мм нижче рівня анатомічної шийки зубів, пародонтальна щілина візуалізується не на всьому протягу. Отримані результати свідчать про регенерацію кісткового апарату у ділянці пародонтальної кишені на 63 %.

15 Приклад 3. Хворий С., 46 років. Діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, хронічний перебіг. Клінічний стан: ясна гіперемійовані, набряклі, кровоточать при доторканні, пародонтальні кишені 2-3 мм, назубні відкладення. Гігієнічний індекс - 2,1 бали, РМА - 48 %, ПІ - 1,5 бали. На рентгенограмі нижнього фронтального секстанту деструкція кортикальної пластинки.

20 Визначаються пародонтальні кишені глибиною 3-4 мм, а у області 35-36 до 5 мм. Зуби рухомі I ступеня, 35, 36 зуби - II ступеня. Шийки зубів оголені на 2-3 мм. Гігієнічний індекс - 2,2 бали, РМА - 43 %, ПІ - 1,5 бали. На рентгенограмі резорбція висоти міжальвеолярної перетинки до 1/2 довжини кореню зуба, остеопороз.

25 Проводили професійну гігієну ротової порожнини, яка включала: зняття над- і підясенових зубних відкладень, антисептичну обробку, протизапальну терапію, додатково проводили курс фізіотерапії. Після ендодонтичного лікування, ліквідації травматичної оклюзії та адгезивного шинування 34, 35, 36, 37 зубів, контролю за індивідуальною гігієною ротової порожнини пацієнтом, через 1 місяць проводили динамічне спостереження.

При огляді через 3 місяці: колір ясен блідо-рожевий, кровоточивість не визначається, визначаються пародонтальні кармани глибиною до 3 мм.

30 При огляді через 1 рік пародонтальні кишені до 5 мм, визначається над- і підясеновий зубний камінь, на рентгенограмі в області 35, 36 зубів відмічається збільшення ступеня резорбції альвеолярного відростка.

35 Випробування запропонованого методу проведено на 15 хворих з діагнозом генералізований пародонтит. Результати показали, що використання способу дозволяє підвищити процент стабілізації запально-деструктивного процесу у пародонті на 20-25 % при оцінці у віддалений термін через 1 роки.

40 Спосіб простий, легко виконується, доступний по собівартості за рахунок переважного використання матеріалів і препаратів вітчизняного виробництва. Завдяки використанню аутологічної крові спосіб є безпечним та не потребує додаткового обстеження хворого. Все це дозволяє рекомендувати даний спосіб лікування генералізованого пародонтиту до широкого застосування в стоматологічній практиці.

Джерела інформації, що прийняті до уваги:

1. Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. - К.: Здоров'я, 2000. - С. 384.

## ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

50 Спосіб лікування генералізованого пародонтиту II-III ступеня тяжкості, що включає ін'єкційне введення лікуючого засобу у тканини пародонту, який **відрізняється** тим, що як лікуючий засіб використовують збагачену тромбоцитами плазму, що отримується з крові самого хворого, яку вводять ін'єкційно у тканини пародонту у об'ємі 2-2,5 мл, загальний курс лікування складає 5-10 ін'єкцій, що виконують 1 раз на 7 діб.

---

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601