



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **38338** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61C 3/00
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ АЛЬВЕОЛІТІВ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ

1

2

(21) u200813357

(22) 19.11.2008

(24) 12.01.2009

(46) 12.01.2009, Бюл.№ 1, 2009 р.

(72) МАЛАНЧУК ВЛАДИСЛАВ ОЛЕКСАНДРОВИЧ,
UA, КУЛЬБАШНА ЯРОСЛАВА АРКАДІЇВНА, UA,
ЧУМАЧЕНКО ОЛЕКСАНДР ВАСИЛІЙОВИЧ, UA,
СЕГАЛ ЮЛІЯ ВАЛЕРІЇВНА, UA

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA

(57) Спосіб лікування хронічних альвеолітів після видалення зубів, що включає вторинну обробку лунки видаленого зуба, який **відрізняється** тим, що звільнену від патологічно змінених тканин лунку заповнюють тромбоцитарним концентратом аутокрові, покривають тромбоцитарною мембраною аутокрові, розмежовують лунку з ротовою порожниною диплен-плівкою та призначають фітоконцентрат per os.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, і призначена для лікування місцевих ускладнень після видалення зубів - альвеолітів.

Згідно літературних даних частота альвеолітів складає від 0,22 до 5,26%, а по деяким джерелам - 35%. Хворі даної категорії втрачають працездатність від 7 до 18 днів, кількість відвідувань хірургічного кабінету на одного хворого становить від 3 до 8 [1]. Неефективна терапія альвеоліту призводить до виникнення таких ускладнень, як періостит, остеомієліт, абсцес, флегмона, гайморит [2]. На сучасному етапі розвитку масової стоматологічної допомоги не враховуються зміни в альвеолярній кістці при альвеоліті - вплив альвеоліту на атрофію кісткової частини альвеолярних паростків щелеп, неготовність останньої до подальшого протезування.

Вивчення сучасної літератури показує, що проблема лікування місцевих ускладнень після видалення зубів, незважаючи на численні методи і засоби лікування, остаточно не вирішена і пошуки в цьому напрямку продовжують залишатися актуальними.

Основними напрямками в розробці способів лікування альвеолітів вважаються такі:

1. Удосконалення хірургічної діяльності - кюретаж, санація альвеоли, тощо;

2. Фармакологічний вплив на альвеолу для зниження або припинення бактеріального, запального, больового ефектів та стимуляції репаративного процесу.

Відомий спосіб лікування хронічних альвеолітів полягає в кюретажі та промиванні лунки видаленого зуба антисептиком та тампонування лунки турундою на основі антибактеріальних препаратів, призначенням загальної протизапальної терапії [3].

В умовах підвищеної вірулентності штамів мікроорганізмів, зниженої імунної реактивності організму пацієнтів, зростання кількості хронічної соматичної патології, несприятливої екологічної ситуації, впливом шкідливих звичок клінічна ефективність такого способу низька. Недоліком способу є те, що не враховуються репаративні процеси кісткової тканини альвеолярних паростків щелеп.

В основу корисної моделі, що заявляється, покладено: підвищення ефективності лікування хронічних післяекстракційних альвеолітів за рахунок оптимізації процесів репаративної регенерації кісткової тканини, корекції місцевого та загального імунітету і метаболічних порушень.

Технічний результат - прискорення термінів епітелізації та відновлення об'єму альвеолярних паростків щелеп.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування місцевих ускладнень після видалення зубів, який включає вторинну обробку лунки видаленого зуба, згідно корисної моделі лунку останнього заповнюють тромбоцитарним концентратом аутокрові, покривають тромбоцитарною мембраною аутокрові та розмежовують лунку з ротовою порожниною диплен-

(13) **U**
(11) **38338**
(19) **UA**

плівкою, призначають фітоконцентрат "Джерело Пі" per os.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є вдосконалення місцевої терапії - введення в звільнену від патологічно змінених тканин лунку тромбоцитарного концентрату аутокрові хворого для посилення репаративного процесу (відновлення об'єму альвеолярної кістки) та пероральним прийомом фітоконцентрату "Джерело Пі".

Фітоконцентрат "Джерело Пі" має широкий спектр дії (гуморальний та клітковинний імунітет, неспецифічний імунітет, регенераційну, протизапальну та радіопротекторну дію), дозволяє швидко знищити в організмі практично всі види бактерій.

Тромбоцити відповідають за гемостаз в рані, приймають участь в захисті організму від чужерідних агентів, мають в своєму складі PDGF, TGF- β 1 та TGF- β 2. Кров'яні пластинки володіють фагоцитарною активністю, містять IgG, є джерелом лізоцима та β -лізину, які руйнують мембрану деяких бактерій. Крім цього, в їхньому складі виявлені пептидні фактори, які визивають перетворення "нульових" лімфоцитів в Т- та В-лімфоцити.

Спосіб здійснюють наступним чином. Приводимо приклад оперативного протоколу при лікуванні хронічного альвеоліту.

У хворій Л.І., 56 років, після видалення 24 зуба, через місяць лунка заповнилася грануляційною тканиною, по периметру ознаки запалення (Фіг.1). Під місцевим знеболенням (розчин Мепіваестезину 3%, 1,7мл) проводимо вторинну обробку альвеоли (звільнення від грануляційної та патологічно змінених тканин) (Фіг.2). Беремо 7мл венозної крові хворої. Після її центрифугування при 3000 обертах на хвилину протягом 12 хвилин утворилася гелеподібна фракція (вказана білим) (Фіг.3). Після видалення останньої з пробірки вона певний час утримує свою гелеподібну форму (Фіг.4). А через кілька хвилин гелеподібна маса втрачає певну частину рідини (вказано чорним) і зменшується в розмірах (вказано білим) (Фіг.5). На малюнку 6 червоним вказано тромбоцитарний концентрат, жовтим - мембрана з тромбоцитарного концентрату (отримана шляхом мануального віджиму тром-

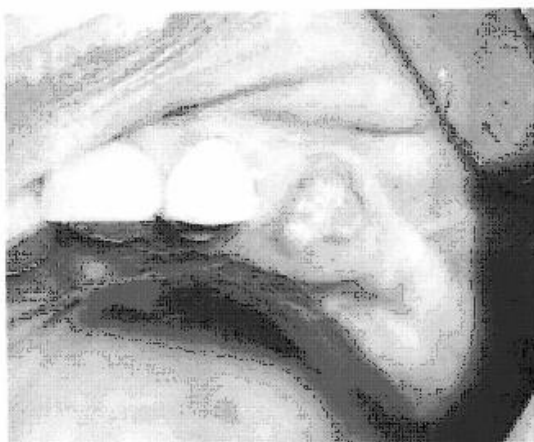
боцитарного концентрату), білим - грануляційна тканина видалена з альвеоли. В підготовлену альвеолу (звільнену від патологічних тканин, деепітелізовані м'які тканини біля входу в альвеолу) (Фіг.7) вносимо тромбоцитарний концентрат (Фіг.8), який заповнює її в повному об'ємі (Фіг.9). Вхідний отвір в лунку закриваємо мембраною з тромбоцитарного концентрату (Фіг.10). На післяопераційну рану диплен-плівка (Фіг.11). Через добу рана чиста, практично відсутні ознаки запалення (Фіг.12). На 6-й день після втручання: рана чиста, мембрана з тромбоцитарного концентрату збережена, чітко визначена епітелізація рани (Фіг.13, 14). На 9-й день після оперативного втручання: ознак запалення навкруги рани не відмічено, помітні незначні залишки тромбоцитарної мембрани, периферійна епітелізація практично закрила всю площину рани (Фіг.15).

Таким чином, після вторинної обробки альвеоли, останню заповнюють тромбоцитарним концентратом аутокрові, покривають тромбоцитарною мембраною аутокрові та диплен-плівкою. Цим досягається підвищення ефективності лікування хронічних альвеолітів, що враховує не тільки вплив на запальну лунку патологічного процесу, а також діє на процеси репаративної регенерації кісткової тканини альвеолярних паростків щелеп.

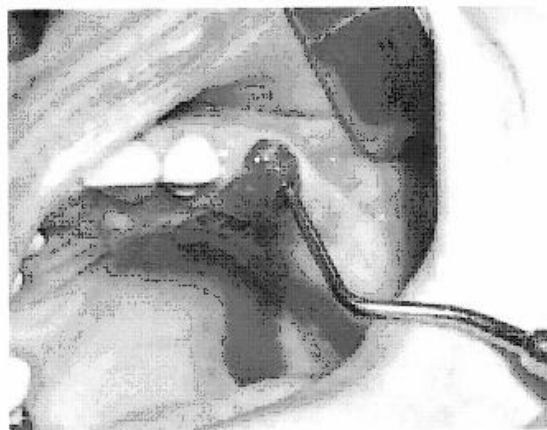
За запропонованим способом на базі кафедри хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії НМУ імені О.О. Богомольця в амбулаторії було проліковано 5 хворих. Отримано позитивні результати, які дозволяють рекомендувати даний спосіб для широкого впровадження лікування хронічних альвеолітів.

Література:

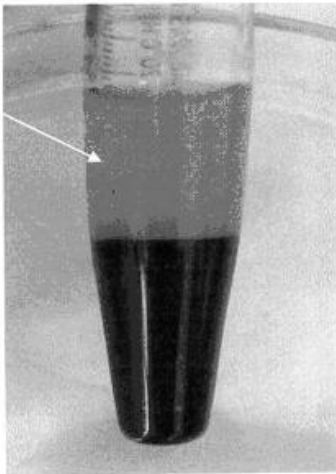
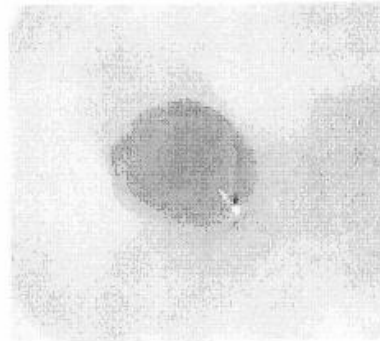
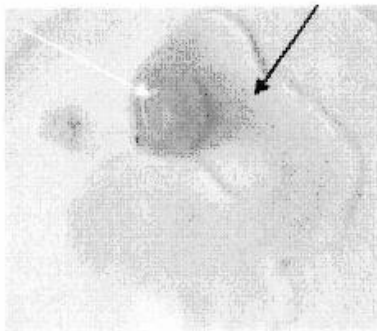
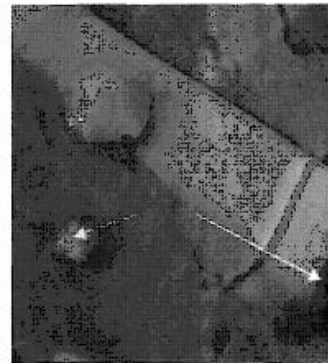
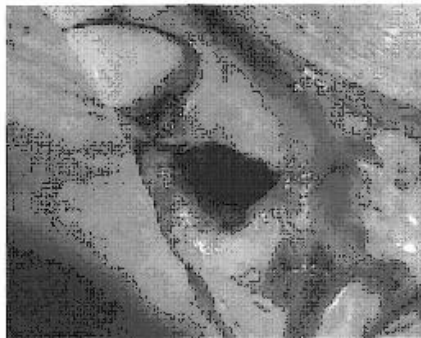
1. Павлов Б.Л., Гапаненко Т.Г. // Стоматологія. - 1990. - №5. - С.81-82.
2. Герасименко М.Ю, Микитин А.А., Паршин А.И., Мустафина Л.М. // Рос. стоматол. журн. - 2000. - №1. - С.37-39.
3. Основы челюстно-лицевой хирургии хирургической стоматологии // Ю.И. Бернадский - М.: Медицинская литература, 2000. - 416с.



Фіг.1



Фіг.2

 Φ ir.3 Φ ir.4 Φ ir.5 Φ ir.6 Φ ir.7 Φ ir.8

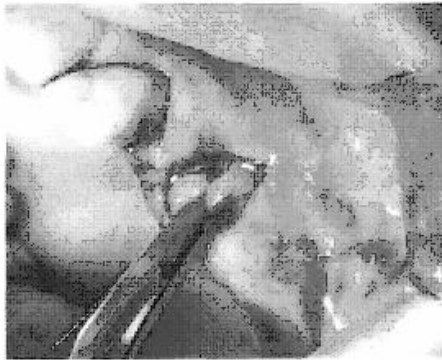


Fig.9



Fig.10



Fig.11



Fig.12

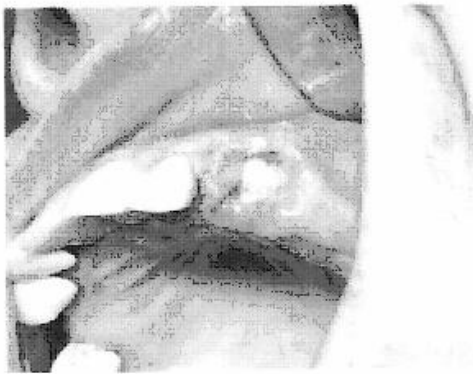


Fig.13



Fig.14

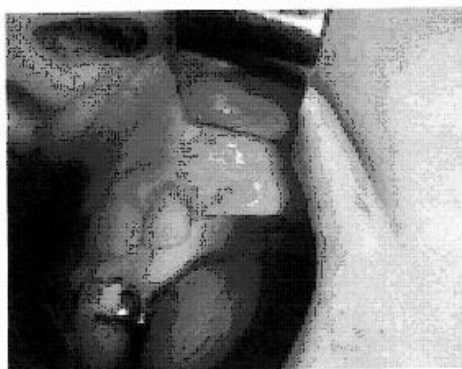


Fig.15