



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41174 (13) A

(51) 7 A61K6/00, A61N5/10

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

(21) 2001031802

(22) 19.03.2001

(24) 15.08.2001

(46) 15.08.2001, Бюл. № 7, 2001 р.

(72) Ярова Світлана Павлівна, Безсмертний  
Андрій Анатолійович(73) ЯРОВА СВІТЛАНА ПАВЛІВНА, БЕЗСМЕРТ-  
НИЙ АНДРІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ(57) Спосіб лікування генералізованого пародон-  
титу, який включає протизапальну терапію, зняття

зубного відкладення, усунення травматичної оклюзії, кюретаж пародонтальних кишень і волоконне адгезивне шинування рухомих зубів, який **відрізняється** тим, що додатково 2 рази на рік проводять курс над'ясенного електрофорезу 2% водного розчину фториду натрію тривалістю 10 сеансів через день в поєднанні з пероральним застосуванням препарату «Вітрум-кальцій + вітамін D» по 2 таблетки щодня протягом 3 місяців.

Винахід відноситься до медицини, зокрема до стоматології і може бути застосований для лікування генералізованого пародонтиту.

Відомий спосіб лікування генералізованого пародонтиту, який включає протизапальну терапію, зняття зубного відкладення, усунення травматичної оклюзії, кюретаж пародонтальних кишень і волоконне адгезивне шинування рухомих зубів (Белоусов Н.Н., Петрикас О.А. Адгезивные шины – современный метод выбора при шинировании зубов //Новое в стоматологии. – 2000. – № 4. – с. 75–77). Однак даний спосіб малоефективний, якщо включати в конструкцію зуби з третім ступенем рухливості, оскільки дає лише 25–30% випадків клініко-рентгенологічної стабілізації запально-деструктивного процесу в пародонті при оцінці через 3 місяці і 90–95% рецидивів при оцінці через 2 роки.

Разом з цим встановлено, що фторид натрію, препарати кальцію і вітаміни групи D перешкоджають резорбції кісткової тканини і сприяють збільшенню кісткової маси (Поворознюк В.В., Нейко Є.М., Головач І.Ю. Глюкокортикоїд-індукований остеопороз. – К.: "ТМК", 2000. – 206 с.).

У основу винаходу поставлена задача удосконалення способу лікування генералізованого пародонтиту, в якому забезпечується підвищення ефективності за рахунок збільшення процента стабілізації запально-деструктивного процесу в пародонті.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування генералізованого пародонтиту, який включає протизапальну терапію, зняття зубного відкладення, усунення травматичної оклюзії, кюретаж пародонтальних кишень і волоконне адге-

зивне шинування рухливих зубів, додатково проводять курс над'ясенного електрофорезу 2% водного розчину фториду натрію тривалістю 10 сеансів через день в поєднанні з пероральним застосуванням препарату "Вітрум-кальцій + вітамін D" по 2 таблетки щодня протягом 3 місяців. Курс остеотропної терапії проводять 2 рази на рік.

Новим в способі лікування генералізованого пародонтиту є те, що, крім протизапальної терапії, зняття зубного відкладення, усунення травматичної оклюзії, кюретажу пародонтальних кишень і волоконного адгезивного шинування рухомих зубів призначають комбінацію остеотропних препаратів для підвищення ефективності проведеного шинування.

Спосіб здійснюється таким чином. В якості протизапальної терапії проводять аплікації 0,05% розчину хлоргексидину біглюконату. Видаляють над- і під'ясенний зубний камінь за допомогою ультразвукового скалера з наступною поліровкою поверхні зубів та коренів спеціальними щітками із застосуванням профілактичних паст. Проводять усунення осередків травматичної оклюзії по загальноприйнятій методиці Дженкельсона. Здійснюють закритий кюретаж пародонтальних кишень. Виконують волоконне адгезивне шинування рухомих зубів по загальноприйнятій методиці з використанням вітчизняної скловолоконної стрічки "Поліглас" (ЭСТА, Київ). Призначають остеотропні препарати: місцево проводять курс над'ясенного електрофорезу 2% водного розчину фториду натрію курсом 10 сеансів через день, перорально призначають препарат "Вітрум-кальцій + вітамін D" по 2 таблетки щодня, що відповідає 1000 мг

карбонату кальцію і 400 МЕ вітаміну D<sub>3</sub>, протягом 3 місяців. Курс остеотропної терапії проводять 2 рази на рік.

Наводимо конкретні приклади здійснення способу:

**Приклад 1.** Хворий Д., 54 роки. Діагноз: хронічний генералізований пародонтит третього

ступеня важкості в стадії загострення. Клінічний стан: уражено 6 секстантів, гігієнічний індекс – 3,3 бали, РМА – 68%, ПІ – 7,6 бали, проба Кулаженко – 12 с. Найбільша ступінь ураження відмічалася в області нижнього фронтального секстанту:

Досліджувані показники	Досліджувані зуби						М
	43	42	41	31	32	33	
Рухомість (ступінь)	1	2	3	2	2	1	1,83 ±0,13
Глибина пародонтальних кишень (мм)	4	6	8	7	5	4	5,67 ±0,27
Ступінь резорбції (в % альвеолярної кістки)	50	60	80	80	60	50	63,3 ±2,28

М – середнє значення ознаки по секстанту

Проводили лікування генералізованого пародонтиту, що включає протизапальну терапію, зняття зубного відкладення, усунення травматичної оклюзії, юретаж пародонтальних кишень і волоконне адгезивне шинування зубів нижнього фронтального секстанту по загальноприйнятій методиці. Додатково призначали комбінацію остеотропних препаратів: місцево проводили над'ясенний електрофорез 2% водного розчину фториду натрію курсом 10 сеансів через день в комплексі з пероральним прийомом препарат "Вітрум-кальціум + вітамін D" по 2 таблетки щодня

курсом 3 місяці. Курс остеотропної терапії проводили 2 рази на рік.

При огляді через 3 місяці: цілісність шини збережена, колір ясен блідо-рожевий, кровоточивість не визначається, слизова оболонка щільно охоплює шийки зубів, пародонтальні кишені не визначаються, над- і під'ясенний зубний камінь не визначається, є незначне відкладення м'якого зубного нальоту. На рентгенограмі нижнього фронтального секстанту ступінь резорбції не збільшилась в порівнянні з початковим рівнем:

Досліджувані показники	Досліджувані зуби						М
	43	42	41	31	32	33	
Ступінь резорбції (в % альвеолярної кістки)	50	60	80	80	60	50	63,3±2,28

Проводили професійне чищення зубів і поліровку поверхні шини.

При огляді через 2 роки: є незначні сколи композиційного матеріалу в області міжзубних

проміжків, однак фіксація зубів не порушена. На рентгенограмі нижнього фронтального секстанту ступінь резорбції збережена на попередньому рівні:

Досліджувані показники	Досліджувані зуби						М
	43	42	41	31	32	33	
Ступінь резорбції (в % альвеолярної кістки)	50	60	80	80	60	50	63,3±2,28

Отримані результати свідчать про стабілізацію запально-деструктивного процесу у пародонті.

**Приклад 2.** Хворий З., 51 рік. Діагноз: хронічний генералізований пародонтит третього

ступеня важкості в стадії загострення. Клінічний стан: уражено 6 секстантів, гігієнічний індекс – 3,3 бали, РМА – 69%, ПІ – 7,3 бали, проба Кулаженко – 13с. Найбільша ступінь ураження відмічалася в області нижнього фронтального секстанту:

Досліджувані показники	Досліджувані зуби						М
	43	42	41	31	32	33	
Рухомість (ступінь)	1	1	2	3	2	1	1,67 ±0,14
Глибина пародонтальних кишень (мм)	4	5	6	7	6	6	5,67 ±0,17
Ступінь резорбції (в % альвеолярної кістки)	50	50	70	80	70	60	63,3 ±2,02

Проводили лікування генералізованого пародонтиту, що включає протизапальну терапію, зняття зубного відкладення, усунення травматичної оклюзії, юретаж пародонтальних кишень і волоконне адгезивне шинування зубів нижнього фронтального секстанту по загальноприйнятій методиці. Додатково призначали остеотропний препарат "Вітрум-кальціум + вітамін D" по 2 таб-

летки всередину щодня курсом 3 місяці. Курс остеотропної терапії проводили 2 рази на рік.

При огляді через 3 місяці: цілісність шини збережена, колір ясен блідо-рожевий, кровоточивість не визначається, слизова оболонка щільно охоплює шийки зубів, пародонтальні кишені не визначаються, над- і під'ясенний зубний камінь не

визначається, є незначне відкладення м'якого зубного нальоту. На рентгенограмі нижнього фронтального секстанту ступінь резорбції не збільшилась в порівнянні з початковим рівнем:

тального секстанту ступінь резорбції не збільшилась в порівнянні з початковим рівнем:

Досліджувані показники	Досліджувані зуби						М
	43	42	41	31	32	33	
Ступінь резорбції (в % альвеолярної кістки)	50	50	70	90	70	60	65,0±2,53

Проводили професійне чищення зубів і поліровку поверхні шини.

Пацієнт звернувся через 3 місяці після закінчення лікування із скаргами на біль і рухливість 31. Об'єктивно: фіксація 31 порушена, зуб зміщений, перкусія різко позитивна, рухливість 3 ступеня. 31 – видалений. Зроблена корекція конструкції шини.

Дефект 31 замінений адгезивним мостоподібним протезом.

При огляді через 2 роки: є незначні сколи композиційного матеріалу в області міжзубних проміжків, фіксація зубів не порушена. На рентгенограмі нижнього фронтального секстанту визначається збільшення ступеня резорбції:

Досліджувані показники	Досліджувані зуби						М
	43	42	41	31	32	33	
Ступінь резорбції (в % альвеолярної кістки)	50	60	80	100	80	60	71,1±3,06

Отримані результати свідчать про недостатню стабілізацію запально-деструктивного процесу у пародонті.

**Приклад 3.** Хворий М., 48 років. Діагноз: хронічний генералізований пародонтит третього

ступеня важкості в стадії загострення. Клінічний стан: уражено 6 секстантів, гігієнічний індекс – 3,2 бали, РМА – 70%, ПІ – 7,1 бали, проба Кулаженко – 11с. Найбільша ступінь ураження відмічалася в області нижнього фронтального секстанту:

Досліджувані показники	Досліджувані зуби						М
	43	42	41	31	32	33	
Рухомість (ступінь)	1	3	2	2	1	1	1,67 ±0,14
Глибина пародонтальних кишень (мм)	5	7	8	6	6	4	6,0 ±0,24
Ступінь резорбції (в % альвеолярної кістки)	60	80	80	60	50	50	63,3 ±2,28

Проводили лікування генералізованого пародонтиту, що включає протизапальну терапію, зняття зубного відкладення, усунення травматичної оклюзії, юретаж пародонтальних кишень і волоконне адгезивне шинування зубів нижнього фронтального секстанту по загальноприйнятій методиці. Додатково призначали над'ясенний електрофорез 2% водного розчину фториду натрію курсом 10 сеансів через день. Курс електрофорезу проводили 2 рази на рік.

При огляді через 3 місяці: цілісність шини збережена, колір ясен блідо-рожевий, кровоточивість не визначається, слизова оболонка щільно охоплює шийки зубів, пародонтальні кишені не визначаються, над- і під'ясенний зубний камінь не визначається, є незначне відкладення м'якого зубного нальоту. На рентгенограмі нижнього фронтального секстанту ступінь резорбції збережена на початковому рівні:

Досліджувані показники	Досліджувані зуби						М
	43	42	41	31	32	33	
Ступінь резорбції (в % альвеолярної кістки)	60	80	80	60	50	50	63,3±2,28

Проводили професійне чищення зубів і поліровку поверхні шини.

При огляді через 2 роки: є незначні сколи композиційного матеріалу в області міжзубних

проміжків, фіксація зубів не порушена. На рентгенограмі нижнього фронтального секстанту визначається збільшення ступеня резорбції:

Досліджувані показники	Досліджувані зуби						М
	43	42	41	31	32	33	
Ступінь резорбції (в % альвеолярної кістки)	70	80	80	60	60	50	66,7±2,02

Отримані результати свідчать про недостатню стабілізацію запально-деструктивного процесу в пародонті.

**Приклад 4.** Хворий Ф., 48 років. Діагноз: хронічний генералізований пародонтит третього

ступеня важкості в стадії загострення. Клінічний стан: уражено 6 секстантів, гігієнічний індекс – 3,2 бали, РМА – 66%, ПІ – 7,1 бали, проба Кулаженко – 13с. Найбільша ступінь ураження відмічалася в області нижнього фронтального секстанту:

Досліджувані показники	Досліджувані зуби						М
	43	42	41	31	32	33	
Рухомість (ступінь)	1	2	3	2	1	1	1,83 ±0,13
Глибина пародонтальних кишень (мм)	5	6	7	7	5	5	5,83 ±0,16
Ступінь резорбції (в % альвеолярної кістки)	50	70	80	70	50	60	63,3 ±2,02

Проводили лікування генералізованого пародонтиту, що включає протизапальну терапію, зняття зубного відкладення, усунення травматичної оклюзії, юретаж пародонтальних кишень і волоконне адгезивне шинування зубів нижнього фронтального секстанту по загальноприйнятій методиці.

Пацієнт звернувся через 1 місяць після закінчення лікування із скаргами на біль і рухливість 41. Об'єктивно: фіксація 41 порушена, зуб зміщений, перкусія різко позитивна, рухливість 3 ступеня. 41 – видалений. Зроблена корекцій конструкції

шини. Дефект 41 замінений адгезивним мостоподібним протезом.

При огляді через 3 місяці: цілісність шини збережена, колір ясен блідо-рожевий, кровоточивість не визначається, слизова оболонка щільно охоплює шийки зубів, пародонтальні кишень не визначаються, над- і під'ясенний зубний камінь не визначається, є незначне відкладення м'якого зубного нальоту. На рентгенограмі нижнього фронтального секстанту відмічається збільшення ступеня резорбції альвеолярного паростка:

Досліджувані показники	Досліджувані зуби						М
	43	42	41	31	32	33	
Ступінь резорбції (в % альвеолярної кістки)	50	70	100	70	50	60	66,7±3,10

Проводили професійне чищення зубів і поліровку поверхні шини.

При огляді через 2 роки: є незначні сколи композиційного матеріалу в області міжзубних

проміжків, фіксація зубів не порушена. На рентгенограмі нижнього фронтального секстанту визначається збільшення ступеня резорбції альвеолярного паростка:

Досліджувані показники	Досліджувані зуби						М
	43	42	41	31	32	33	
Ступінь резорбції (в % альвеолярної кістки)	60	80	100	80	60	60	73,3±2,72

Отримані результати свідчать про недостатню стабілізацію запально-деструктивного процесу в пародонті.

Випробування методу проведено на 74 хворих на генералізований пародонтит. Результати показали, що використання способу дозволяє підвищити процент стабілізації зубів з третім ступенем рухливості на 40–50% при оцінці в найближчий термін (3 місяці) і на 20–25% при оцінці через

2 роки, що відповідно дає можливість розширити свідчення до застосування волоконних адгезивних шин в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту. Спосіб простий, легко виконується, доступний по собівартості за рахунок переважного використання матеріалів і препаратів вітчизняного виробництва. Все це дозволяє рекомендувати даний спосіб лікування генералізованого пародонтиту до широкого застосування в стоматологічній практиці.

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»

Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101

(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03

