



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 59249

(13) A

(51) 7 A61K6/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТИТУ

1

2

(21) 20021210316

(22) 19 12 2002

(24) 15 08 2003

(46) 15 08 2003, Бюл. № 8, 2003 р.

(72) Тивоненко Людмила Ігорівна, Симоненко Василь Семенович, Борисенко Анатолій Васильович, Осадча Тетяна Ігорівна

(73) Тивоненко Людмила Ігорівна, Симоненко Василь Семенович, Борисенко Анатолій Васильович, Осадча Тетяна Ігорівна

(57) 1 Спосіб медикаментозного лікування пародонтиту, що включає багатократну дію на уражені частини ротової порожнини хворого щонайменше двокомпонентною сумішшю антимікробних препаратів, разом узятих у придатній дисперсній лікарській формі, який відрізняється тим, що застосовують суміш метронідазолу і амізону

2 Спосіб за п 1, який відрізняється тим, що зазначені інгредієнти застосовують у вигляді розчину їх практично еквімолярної суміші у водяній основі з добавкою до 5% мас диметилсульфоксиду

Винахід відноситься до методів медикаментозного лікування хронічних генералізованих пародонтитів, що викликані мікробними патогенетичними чинниками переважно місцевої дії

Нині загальновідомо (див., наприклад 1 Бюлетень ВОЗ Стоматологическое обследование Основные методы - Женева, 1989, 2 Вишняк Г Н Генерализованные заболевания пародонта (пародонтоз, пародонтит) - Киев, 1999)

що пародонтити дуже поширені у людей, які не дотримують правил особистої гігієни ротової порожнини і легковажно ставляться до мікротравм ясен, які дуже часто трапляються під час вживання їжі з гострими твердими включеннями типу кісток риби або уламків кісток тварин тощо,

що пародонтити викликають запально-дистрофічні зміни в тканинах пародонту, остеопороз і резорбцію альвеолярної кістки і, як наслідок, розгойдування (і навіть випадання) здорових в інших відношеннях зубів і

що терапевтичне лікування пародонтитів медикаментами тим важче, чим довше перебігав патологічний процес на дату звернення хворого до лікаря і чим складнішим набором патологічних чинників він викликаний

Стандартний підхід до місцевого медикаментозного лікування пародонтитів (після виключення хворих, що потребують насамперед системного каузального лікування організму або хірургічного усунення причини виникнення пародонтиту) передбачає

вивчення складу мікрофлори в ротовій порож-

нині кожного хворого,

визначення чутливості окремих збудників захворювання до дії доступних для використання медикаментів,

вибір щонайменше одного антимікробного медикаменту і тактики його використання для придушення вогнищ інфекції, що викликала пародонтит, власне лікування як виконання процедур типу іригації ротової порожнини, полоскань, аплікацій на ясна (зокрема, з використанням електрофорезу), уведення медикаментів безпосередньо у пародонтальні кишені на турундах тощо - до досягнення бажаного лікувального ефекту і

періодичні обстеження колишніх пацієнтів для профілактики рецидивів

Зрозуміло, що вибір антимікробних медикаментів для місцевого лікування пародонтитів суттєвою мірою залежить від типу інфекції, наявного "арсеналу" засобів її придушення і власного досвіду лікаря (див. Палій Г К, Кочет Т О, Палій В Г та ін Антисептики у профілактиці і лікуванні інфекцій - Київ "Здоров'я", 1997)

На жаль, генералізовані пародонтити найчастіше викликають не окремі мікроорганізми, а їх складні консорціуми, які зазвичай постійно існують в ротовій порожнині, в тому числі в слині, в зубному нальоті та пародонтальних кишнях і (до часу послаблення імунного статусу організмів конкретних людей) навіть приймають участь в деяких нормальних фізіологічних процесах

Шляхом комплексних досліджень (див., наприклад Кускова В Ф, Ребреєва Л Н Методика мик-

(13) A

(11) 59249

(19) UA

робиологического исследования в стоматологии. Культивирование и идентификация микроорганизмов в полости рта // Стоматология, 1971, т. 5, № 59, с. 43-56) було встановлено, що в згаданих консорціумах можна одночасно виявити щонайменше два з понад 100 представників патогенних мікроорганізмів.

Найнебезпечніші серед них грибові мікроорганізми. Вони утворюють ендотоксини, що пригнічують в пародонтальних кишнях і тканинах пародонту активність лейкоцитів і фагоцитів та секрецію колагенази, еластази і палуронідази, внаслідок чого додатково погіршується імунний статус організму людини в цілому, а після придушення інфекції утруднюється репарація тканин пародонту шляхом аутопластичного синтезу.

Але й "звичайні" стафілококи і стрептококи, внаслідок постійного виникнення їх нових штамів, що резистентні до дві поширених медикаментів, не завжди вдається ефективно придушити (див. Самойленко А. В. Резистентність мікроорганізмів пародонтальних кишень до антибактеріальної терапії // Новини науки Придніпров'я - Дніпропетровськ, 1999, № 1, с. 30-32).

Тому пародонтологи змушені вдаватися до комплексної медикаментозної терапії.

До запропонованого далі за технічною суттю найближчий спосіб комплексного медикаментозного лікування пародонтитів, відомий з методичних рекомендацій МОЗ УРСР (Патогенетическая терапия генерализованного пародонтита. Методические рекомендации - Киев, МЗ УССР, 1990 г.).

Цей спосіб передбачає багатократну дію на уражені пародонтиком частини ротової порожнини хворого щонайменше двокомпонентною сумішшю антимікробних препаратів, разом узятих у придатній дисперсній лікарській формі типу емульсії або розчину. Ця суміш може включати нітрофуранові препарати, антибіотики і сульфаніламід.

Але внаслідок вказаної вище стійкості багатьох збудників інфекційних захворювань до дві широко застосованих препаратів відомий спосіб не дає стійкого лікувального ефекту у хворих на генералізований пародонтит, що досить часто приводить до рецидивів.

Тому в основу винаходу положено задачу шляхом зміни антимікробних препаратів і порядку їх застосування створити такий більш довершений спосіб медикаментозного лікування генералізованого пародонтиту, який суттєво підвищував би стійкість лікувального ефекту і, відповідно, знижував би небезпеку рецидивів.

Ця задача вирішена тим, що в способі медикаментозного лікування пародонтитів, який передбачає багатократну дію на уражені частини ротової порожнини хворого щонайменше двокомпонентною сумішшю антимікробних препаратів, разом узятих у придатній дисперсній лікарській формі, згідно з винаходом застосовують суміш метронідазолу і амізону.

Метронідазол, що має хімічну назву 1-(β-оксиетил)-2-метил-5-нітроімідазол, має широкий спектр дії відносно найпростіших (наприклад, вагінальних трихомонад і лямблій). Згідно з інструкцією по медичному застосуванню, що затверджена МОЗ України 24.06.1993, його застосовують для

лікування гнійно-запального трихомонозу піхви, сечостатевої шляхів, лямбліозу й амебіази. Крім того, встановлені бактерицидні властивості препарату відносно анаеробних бактерій, а саме грам-негативних неспорутворюючих бактероїдів. Але відомості про застосування метронідазолу для лікування мікробних запальних процесів ротової порожнини відсутні.

Амізон, що має хімічну назву N-метил-4-бензилкарбамидопіридиній йодид, офіційно віднесений до ненаркотичних анальгетиків і виявляє протизапальні, жарознижуючі та інтерферогенні властивості. Протизапальний ефект пов'язаний з антиоксидантною активністю, нормалізацією енергетичного обміну у вогнищі запалення, стабілізацією цитоплазматичних та лізосомальних мембран. В інструкції № P/97/70/16 по медичному застосуванню, що затверджена МОЗ України 26.10.96, і в літературі відомості про антимікробну активність амізону відсутні.

Спільна дія метронідазолу і амізону, які не входили раніше до арсеналу антимікробних засобів для лікування пародонтиту і тому не ще не обумовили виникнення резистентних штамів патогенних мікроорганізмів, дає змогу суттєво підвищити стійкість лікувального ефекту і, відповідно, знизити небезпеку рецидивів генералізованого пародонтиту.

Додаткова відмінність полягає в тому, що зазначені інгредієнти застосовують у вигляді розчину їх практично еквімолярної суміші у водяній основі з добавкою до 5% мас диметилсульфоксиду.

Зрозуміло, що форми реалізації винахідницького задуму не обмежені вказаними вище варіантами та наведеними нижче прикладами і що на основі технологічного рішення, що сформульоване в характеристиці суті винаходу, можуть бути створені й інші більш конкретні методики медикаментозного лікування пародонтитів.

Далі суть винаходу пояснюється детальним описом обґрунтувань складу медикаментозної суміші, рекомендацій щодо приготування лікувальної дисперсії і способу лікування генералізованого пародонтиту в загальному вигляді та за допомогою прикладів його практичного застосування.

Для ілюстрації до опису додані креслення, а саме:

фіг. 1 - діаграма, що показує антимікробну активність метронідазолу,

фіг. 2 - діаграма, що показує антимікробну активність амізону,

фіг. 3 - діаграма, що показує сукупну антимікробну активність метронідазолу і амізону у практично еквімолярній суміші.

Для вибору і обґрунтування складу медикаментозної суміші були проведені експериментальні роботи.

На першому етапі були виявлені типові складники таких консорціумів мікроорганізмів, які характерні для випадків захворювання на генералізований пародонтит.

Для цього в стоматологічній поліклініці, що є, зокрема, базою кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, було обстежено більше 100 хворих з підозрою на пародонтит. Після виключення

осіб, у яких діагноз "пародонтит" не був підтверджений за комплексом клінічних, рентгенологічних і цитополічних ознак, і пацієнтів з цим діагнозом молодше 18 років та старше 55 років, була сформована дослідна група з 35 хворих на генералізований пародонтит

Контрольна група складалася також з 35 осіб, які проходили профілактичний огляд в тій же поліклініці. Вони не хворіли на генералізований пародонтит, але відповідали за віком і статтю хворим з дослідної групи ($p > 0,05$)

Вихідним матеріалом для досліджень служили рідини із пародонтальних кишень, узяті у пацієнтів дослідної групи, та зубний наліт, знятий у пацієнтів контрольної групи

Ці матеріали були належним чином препаровані і досліджені під мікроскопом для виявлення і ідентифікації збудників гнійно-запальних процесів в ротовій порожнині

Для цього бактеріальні препарати фарбували диференційно-діагностичним методом за Грамом і висівали на диференційно-діагностичні середовища, а саме

жовточко-сольовий агар (ЖСА) - для стафілококів,

кров'яний м'ясо-пептонний агар (МПА) - для

патогенних стрептококів та інших гемолітичних бактерій,

середовище Ендо - для ешерихій,

середовище ЦПХ-МПА з цетилпіридиній хлоридом - для псевдомонад,

середовище Сабуро - для мікроскопічних і дріжджеподібних грибів роду кандиди та кров'яний МПА-для анаеробів

Для визначення кількості мікробів в 1 мл вихідного матеріалу його, за необхідністю, розводили від $1 \cdot 10^1$ до $1 \cdot 10^5$ в стерильному фізіологічному розчині. Інкубацію посівів проводили при 37°C протягом 24-72 годин в термостаті або анаеростаті. Виділені чисті культури ідентифікували за відомими фахівцям видовими морфологічними, тинкторіальними і культуральними ознаками

Для підтвердження участі в розвитку генералізованого пародонтиту виділених мікробів проби рідини з пародонтальних кишень в дослідній групі і зубного нальоту в контрольній групі повторно брали через 3 дні. Патогенетичними чинниками пародонтиту вважали мікроорганізми, концентрація яких щонайменше не змінювалась або зростала

Відповідні дані, отримані шляхом лабораторних досліджень зазначених проб і наступних розрахунків, наведені в таблиці

Таблиця

Частота виділення мікроорганізмів з проб зубного нальоту і рідини пародонтальних кишень

Мікроорганізми	Абсолютна кількість хворих			% виділення		
	Контрольна група	Дослідна група		Контрольна група	Дослідна група	
		1-й день	3-й день		1-й день	3-й день
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	27	27	2,86	77,1*	77,1**
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	13	24	24	37,1	68,6*	68,6**
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	9	19	19	25,7	54,3*	54,3**
(β -гемолітичні стрептококи)	0	12	12	0	34,2*	34,2**
α -гемолітичні стрептококи	26	30	30	74,3	85,7	85,7
<i>Escherichia coli</i>	4	5	4	11,4	14,3	11,4
<i>Bacteroides species</i>	3	28	28	8,6	80*	80**
<i>Peptostreptococcus anaerobius</i>	4	13	13	11,4	37,1*	37,1**
<i>Treponema species</i>	17	18	18	48,6	51,4	51,4
<i>Fusobacterium species</i>	2	10	10	5,7	28,8*	28,6**
<i>Actinomyces species</i>	3	16	16	8,6	45,7*	45,7**
<i>Candida species</i>	8	33	33	22,8	94,3*	94,3**
<i>Veillonella species</i>	1	15	15	2,8	42,9*	42,9**
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	0	3	2	0	8,6*	5,7**
<i>Corynebacterium species</i>	0	7	7	0	20*	20**

Примітки

1 * - різниця показників в контрольній та дослідній групі (1-й день дослідження) достовірна, $P < (0,001-0,05)$,

2 ** - різниця показників в контрольній та дослідній групі (3-й день дослідження) достовірна, $P < (0,001-0,05)$,

3 *** - різниця показників в дослідній групі (порівняння 1-го та 3-го дня досліджень) достовірна, $P < (0,001-0,05)$,

4 статистичну обробку результатів виконували з використанням програм "Statistica for Windows", "Excel Statistica 7,0" та програми WHO-NET1 що спеціально призначена для обробки результатів з антибіотикостійкості мікроорганізмів,

5 концентрації патогенетичних чинників позначені курсивом, а найнебезпечніших чинників - жирним курсивом,

6 зрозуміло, що *Candida species* є найнебезпечнішими патогенетичними чинниками у виник-

ненні і розвитку генералізованого пародонтиту і що *Escherichia coli* та *Pseudomonas aeruginosa* є лише супутніми інфекційними чинниками

На другому етапі була вивчена чутливість найнебезпечніших патологічних чинників зі складу визначених консорціумів до дві запропонованої комбінації препаратів

При цьому метронідазол був обраний як вже відомий антимікробний засіб з високою ефективністю придушення анаеробів і найпростіших. Антимікробна ж активність амізону, який багатьом хворим на пародонтит з супутнім больовим синдромом призначали як анальгетик, і можливість комбінування амізону з метронідазолом були встановлені окремо, а саме спочатку було виявлено помітне підсилення лікувального ефекту від застосування загальновідомих антимікробних засобів на тлі вживання амізону, а потім амізон був використаний в пародонтологічній клініці як самостійний антимікробний препарат і як складник лікувальної суміші з метронідазолом

Після цього відомим фахівцям методом серійних розведень була визначена чутливість до метронідазолу, амізону та їх суміші виділених з пародонтальних кишень чистих клінічних культур *Candida species* та *Staphylococcus aureus* як найважливіших патогенетичних чинників генералізованого пародонтиту у порівнянні з практично постійно присутніми в ротовій порожнині хворих на пародонтит і взятими також у вигляді клінічних культур *Pseudomonas aeruginosa* і *Escherichia coli*. Як суто порівняльний тест-об'єкт був використаний музейний штам *Bacillus subtilis*. Для цього виготовили

а) чотири серії порції м'ясо-пептонного бульйону (МПБ),

б) вихідний розчин метронідазолу в диметилсульфоксиді (ДМСО) та його робочі розведення з концентраціями від 40 мг/мл до 1,25 мг/мл в першій серії порцій МПБ (при цьому ДМСО використовували як допоміжний засіб, найбільша кінцева концентрація якого в досліджуваних композиціях не перевищувала 3% і тому, за даними наших попередніх досліджень, не мала прямої антимікробної дії),

в) вихідний розчин амізону в стерильній дистильованій воді та його робочі розведення з концентраціями від 40 мг/мл до 1,25 мг/мл в другій серії порцій МПБ,

г) суміш зазначених вихідних розчинів метронідазолу і амізону, узятих у практично еквімолярній концентрації, та її робочі розведення з концентраціями від 40 мг/мл до 1,25 мг/мл в третій серії порцій МПБ

В кожну чашку Петрі з відповідними робочими розведеннями метронідазолу, амізону та їх суміші в МПБ першої, другої та третьої серій внесли стандартну кількість (2×10^5) мікробних клітин зазначених вище тест-мікроорганізмів. Для контролю використали пробірки четвертої серії, куди були внесені лише МПБ і зазначені мікроорганізми як такі

Всі проби були піддані інкубації при 37°C протягом 24 годин

Далі шляхом порівняння змін в дослідних та контрольних пробах та традиційних розрахунків

встановили показники МПК (мінімальної пригнічувальної концентрації) метронідазолу, амізону та їх суміші для кожного з використаних тест-мікроорганізмів

Як видно на фіг 1, що показує антимікробну активність метронідазолу, його МПК щодо одного з найнебезпечніших патогенетичних чинників пародонтиту *Staphylococcus aureus* має дуже малу величину 2,5 мг/мл активного розчину, хоча відносно *Candida species* така активність практично не виявлена

Зате на фіг 2, що показує антимікробну активність амізону, видно, що його МПК відносно *Candida species* як другого найнебезпечнішого патогенетичного чинника пародонтиту, теж має дуже малу величину 2,5 мг/мл активного розчину і лише вчетверо більше - 10 мг/мл - відносно *Staphylococcus aureus*

Ефективність використання цих двох медикamentів в способах лікування генералізованого пародонтиту підтверджується діаграмою на фіг 3, де можна побачити, що суміш метронідазолу з амізоном навіть в незначній сукупній концентрації 10 мг/мл активного розчину дуже ефективно придушує як *Staphylococcus aureus*, так і *Candida species*

Таким чином, зазначена суміш може бути ефективним засобом терапевтичного лікування пародонтиту навіть у запущених хронічних генералізованих формах

Метронідазол (що також називають "трихопол" і "метризол") і амізон вже уведений у Фармакопею України і можуть бути використані в менших, ніж визначено в ній разових (відповідно до 0,25 г і до 1,0 г) і добових (відповідно до 1,0 г і до 2,0 г) дозах. Тому немає ніяких застережень щодо введення цих препаратів в стоматологічну практику

На відміну від загальноприйнятого шляху вживання зазначених препаратів за відомим призначенням в формі таблеток per os основою методики комплексного лікування хворих на пародонтит є включення метронідазолу й амізону в склад дисперсій (а саме - розчинів) на водяній основі для наступних аплікацій (звичайно, протягом не менше 10 і не довше 30 хвилин) на уражені зони ясен

При цьому їх сукупна "бойова" концентрація в таких розчинах (за умови використання 3-5 аплікацій на добу) може сягати до 100 мг/мл і більше, бо для однієї аплікації достатньо 2-3 мл лікувальної рідини, яку пацієнт після закінчення сеансу не повинен ковтати і звичайно випльовує. Але на практиці достатньо використовувати водяні розчини з сукупною концентрацією метронідазолу й амізону від 1 до 5% мас (тобто не більш 5 мг/мл)

Звичайно такі (прозорі спочатку) лікувальні рідини готують шляхом розчинення розтертих таблеток метронідазолу й амізону в дистильованій воді або стандартному ізотонічному розчині безпосередньо перед процедурами. Ці рідини бажано використати протягом доби, але до початку помутніння, яке настає протягом трьох діб і свідчить про розклад амізону. Зрозуміло, що до складу лікувальних рідин можна включати й інші загальноприйнятні в терапевтичній стоматології інгредієнти, наприклад

ДМСО в концентрації до 5% мас - як допоміж-

ний засіб транспорту метронідазолу й амінону до вогнищ захворювання пародонтитом і/або

настоянку календули, фтлопрепарати типа "РОТОКАН" тощо - як засоби маскування неприємного для деяких пацієнтів смаку метронідазолу й амінону і додаткової санації ротової порожнини

Першу апликацію бажано виконати амбулаторне за допомогою і під наглядом середнього медичного персоналу. Але далі можливе виконання лікувальних процедур або амбулаторне (переважно на тлі гіпотермії), або на дому після належного інструктажу хворого і за умови періодичного контролю за перебігом і наслідками лікування з боку стоматолога-терапевта

Можливо й полоскання ротової порожнини розчином амінону. Але це пов'язано з його необґрунтованою потребою лікування надмірною витратою

Приклад 1 Хвора Б-ко І Ю 33 років Звернулася до лікаря в грудні 2001р

Суб'єктивні скарги: передні зуби розгойдані, під час механічного подразнення ясен відчуває біль, ясна кровоточать, неприємний запах з рота. В анамнезі – хронічне захворювання шлунково-кишкового тракту з 1991 року, перші симптоми захворювання на пародонтит з'явилися близько 3-х років тому

Обстеженням ротової порожнини встановлено прикус прямий, оклюзія травматична, ясна в цілому гіперемовані з ціанотичним відтінком, верхні 4321/1234 та нижні 321/123 зуби мають початковий І ступень розгойданості, ясна біля них набряклі, значні над- та під'ясеневі зубні відкладення, пародонтальні кишені - до 3мм, з них при натискуванні виділяється серозно-гнійна рідина, спинка язика обкладена білосизим нальотом, запах з рота неприємний, гнильний

В мікрофлорі ротової порожнини виявлені найпростіші, коки і дріжджеподібні грибки у великій кількості. В пробах рідини з пародонтальних кишень до 40% лейкоцитів мертві. На рентгенограмі було відмічено розширення пародонтальної щілини в області верхніх 4321/1234 та нижніх 327/123 зубів, горизонтальна резорбція міжзубних перегородок до 1/3 довжини кореня

Діагноз: хронічний генералізований пародонтит І ступеню

Лікування: усунення місцевих подразників (санація порожнини рота, зняття зубних відкладень, усунення травматичної оклюзії), промивання на першому сеансі пародонтальних кишень настоянкою календули і розчином етонію з наступною апликацією вати, що просочена 2% розчином суміші метронідазолу з аміноном, протягом 20хв (з заміною вати через кожні 5хв), щоденні 5-хвилинні апликації 2% розчину суміші метронідазолу з аміноном на нижню і верхню щелепи в умовах гіпотермії протягом двох тижнів

Після цього у повторному мікробіологічному дослідженні найпростіші, коки і дріжджеподібні грибки не виявлені. Обстеженням ротової порожнини встановлено, що зуби укріпилися, ясна біля зубів нормального кольору, рідина при натискуванні не виділяється, запах з рота нормальний з присмаком м'яти після використання зубної пасти. Пацієнтці були надані поради по догляду за порожниною рота в домашніх умовах

Контрольне обстеження через три місяці не ви-

явило будь-яких погіршень стану ясен. Рентген-контролем стану пародонта через півроку після лікування ознак рецидиву не виявлено

Приклад 2 Хвора Ки-о Г П 48 років Звернулася до лікаря в березні 2002р

Суб'єктивні скарги: систематична кровоточивість ясен, рухливість зубів, що заважає жуванню і часто спричиняє біль, неприємний запах з рота. За стоматологічною допомогою не зверталася майже п'ять років

Обстеженням ротової порожнини встановлено прикус прямий, травматична оклюзія, ясна пухкі, гіперемовані, з синюшим відтінком, при доторканні кровоточать, шийки зубів оголені на 1/3 довжини коренів зубів, глибина пародонтальних кишень в області нижніх 21/12 зубів 4-5мм, в області інших зубів 3-4мм з гнійними виділеннями з них, рухливість зубів II-III ступеню. На рентгенограмі помітна резорбція міжзубних перегородок на 1/2-1/3 довжини кореня

В мікрофлорі ротової порожнини виявлені найпростіші, гемолітичні коки і дріжджеподібні грибки у значній кількості. В пробах рідини з пародонтальних кишень більш 40% лейкоцитів мертві

Діагноз: хронічний генералізований пародонтит II-III ступеню

Лікування: видалення над- і під'ясеневих зубних каменів з одночасним очищенням пародонтальних кишень, виправлення травматичної оклюзії і тимчасове шинування рухливих зубів, на першому сеансі лікування - струминне промивання пародонтальних кишень розчином препарату "РОТОКАН" з наступним введенням 2% розчину суміші метронідазолу з аміноном на турундах у пародонтальні кишені на 30хв (зі зміною турунд через кожні 10хв), щоденні 5-хвилинні апликації 2% розчину суміші метронідазолу з аміноном на нижню і верхню щелепи в умовах гіпотермії протягом трьох тижнів

Після зазначеного лікування тимчасові шини були зняті

У повторному мікробіологічному дослідженні патогенна мікрофлора виявлена в незначній кількості. Обстеженням ротової порожнини встановлено, що зуби мають рухомість І ступеню (укріпилися), ясна біля зубів рожевого кольору, рідина з пародонтальних кишень при натискуванні на ясна не виділяється, запах з рота нормальний

Рекомендоване чищення зубів з додаванням у порції зубної пасти суміші порошоків метронідазолу з аміноном, отриманих з розтертих таблеток масою 0,25г (приблизно по 100мг на кожне чищення) протягом 1 місяця

Контрольні візуальні і рентгенологічні обстеження у липні і жовтні 2002р не виявили будь-яких негативних змін

Приклад 3 Хворий С-в П П 38 років Звернувся до лікаря в лютому 2002р

Суб'єктивні скарги: кровоточивість ясен, яка дуже помітна під час чищення зубів, жування твердої їжі утруднене, неприємний запах з рота, рухливість зубів. В анамнезі - інсулінонезалежний цукровий діабет

Обстеженням ротової порожнини встановлено прикус прямий, оклюзія травматична, сосочки ясен в ділянці нижніх фронтальних зубів яскраво-червоні, набряклі, нещільно прилягають до шийок

зубів і злегка кровоточать при доторканні, значні відкладення зубного каменю, пародонтальні кишені в ділянці нижніх фронтальних зубів досягають 4-6мм, в інших ділянках 2-3мм, містять серозно-гнійний ексудат, шийки зубів оголені на 2-3мм, рухомість нижніх фронтальних зубів II-III ступеню, рентгенологічне визначена резорбція 1/3-1/2 довжини коренів зубів

В мікрофлорі ротової порожнини виявлені найпростіші, коки і дріжджеподібні грибки у великій кількості. В пробах рідини з пародонтальних кишень до 30% лейкоцитів мертві

Діагноз загострення хронічного генералізованого пародонтиту II ступеню

Лікування

видалення над- і під'ясеневих зубних каменю з поліруванням емалі, усунення травматичної оклюзії вибірково шліфуванням зубів,

тимчасове шинування нижніх фронтальних зубів,

на першому сеансі - струминне промивання пародонтальних кишень розчином фурациліну 1:5000 з додатком 2% етонолю,

на наступних сеансах протягом трьох тижнів поперемінно через день

уведення двічі на день в пародонтальні кишені сметаноподібної каолінової пасти, яку готують на 2,5% розчині суміші метронідазолу й амізону,

аплікації 2% розчину суміші метронідазолу й амізону на тлі пптермії. У повторному мікробіологічному дослідженні патогенна мікрофлора не виявлена. Обстеженням ротової порожнини встановлено, що зуби укріпилися, кровоточивість ясен повністю щезла, ясна набули рожевого кольору, запах з роти нормальний, суб'єктивних скарг пацієнт не має

Контрольні обстеження в червні та вересні не виявили будь-яких погіршень

Приклад 4 Хворий Н-ов К Г 46 років Звернувся до лікаря у вересні 2002р

Суб'єктивні скарги кровоточивість ясен, набряк ясенних сосочків у фронтальній ділянці, виділення гною з пародонтальних кишень, рухливість зубів Хворіє близько 6 років. В анамнезі - хронічний гепатохолецистит в стадії ремісії, хронічний тонзиліт

Обстеженням ротової порожнини встановлено прикус прямий, оклюзія травматична, ясна пперемовані, сосочки ясен пперплазовані (I ступінь), при пальпації спостерігається кровоточивість, пародонтальні кишені біля нижніх 54321/12345 зубів з гнійним виділенням, верхні 21/12 зуби рухомі (I ступінь), значне відкладення над'ясеневих зубних каменю. Рентгенологічно виявлене нерівномірне зниження альвеолярного краю, резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/2 висоти альвеолярного відростку

В мікрофлорі ротової порожнини виявлені трихомонади, коки і *Candida species* у значній кількості. В пробах рідини з пародонтальних кишень до 30% лейкоцитів мертві. Діагноз загострення хронічного

генералізованого пародонтиту II ступеню. Лікування видалення зубного каменю, усунення травматичної оклюзії, тимчасове шинування нижніх фронтальних зубів, полоскання ротової порожнини в цілому і кишень розчином препарату "РОТОКАН" і далі на наступних сеансах протягом трьох тижнів поперемінно через день введення в пародонтальні кишені на турундах 2% суміші метронідазолу з амізоном на 20хв двічі на день, аплікації на ясна каолінової пасти з 2,5% суміші метронідазолу й амізону на 20хв з наступними аплікаціями 2% розчину амізону на тлі пптермії

У повторному мікробіологічному дослідженні патогенна мікрофлора не виявлена. Обстеженням ротової порожнини встановлено, що виділення гною з пародонтальних кишень припинилося значно зменшилась рухливість зубів ясна набули рожевого кольору, запах з роти нормальний, суб'єктивних скарг пацієнт не має

Пацієнту рекомендовано з'явитися на контрольне обстеження через 3 місяці

Приклад 5 Хвора І-ва С А, 27 років Звернулася до лікаря у листопаді 2002р

Суб'єктивні скарги рухливість зубів, кровоточивість ясен, розростання тканин ясен

Обстеженням ротової порожнини встановлено травматична оклюзія, ясна пперемовані, ясеневі сосочки ппертрофовані, сягають 1/3 висоти коронок зубів, кровоточать при дотику, патологічна рухомість зубів I-II ступеню, помірні відкладення над-та під'ясеневих зубних каменю, пародонтальні кишені в ділянці нижніх 321/123 зубів глибиною 5-7мм з серозними виділеннями

В мікрофлорі ротової порожнини виявлені коки, грибки роду *Candida*, спирохети у значній кількості. В пробах рідини з пародонтальних кишень до 50% лейкоцитів мертві

Діагноз хронічний генералізований пародонтит I-II ступеню

Лікування видалення зубних відкладень, усунення травматичної оклюзії, тимчасове шинування нижніх фронтальних зубів, полоскання ротової порожнини відварами лікарських трав, 10 сеансів аплікації на ясна і введення в пародонтальні кишені на турундах 2% розчину композиції амізону з метронідазолом (4 табл амізону + 4 табл метронідазолу + 98мл дистильованої води) на 20хв один раз на день, з наступною ппотермією комплексом 2% амізону з метронідазолом

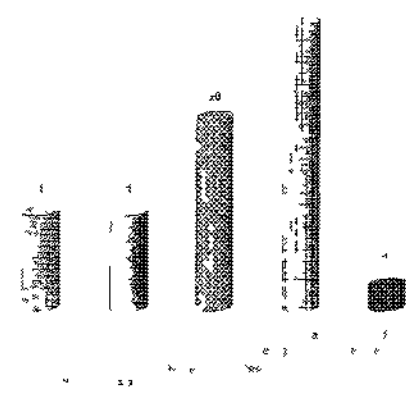
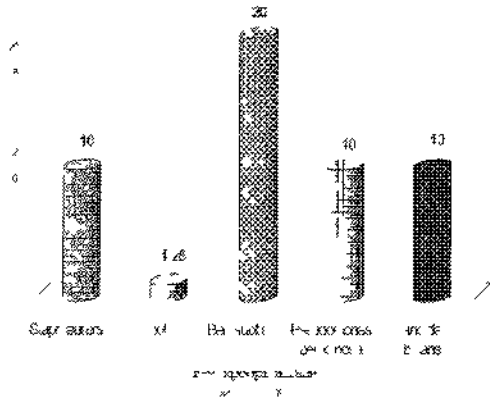
У повторному мікробіологічному дослідженні спирохети і грибки не виявлені, коки - у межах норми. Обстеженням ротової порожнини встановлено, що ясна рожевого кольору, зникла ппертрофія ясеневих сосочків, ясна не кровоточать при механічному подразненні, значно зменшилась рухомість зубів, глибина пародонтальних кишень зменшилась до 1-2мм, з кишень немає патологічних виділень, суб'єктивних скарг пацієнт не має

Пацієнтці рекомендовано з'явитися на контрольне обстеження через 3 місяці

13

59249

14



0,1

1,2

