



УКРАЇНА

(19) UA (11) 60154 (13) A

(51) 7 A61K33/34

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ**  
**НА ВІНАХІД**Видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ**

1

2

(21) 2003021292

(22) 13 02 2003

(24) 15 09 2003

(46) 15 09 2003, Бюл. № 9, 2003 р.

(72) Федянович Ірина Миколаївна, Борисенко Ана-  
топій Васильович, Магомедов Олександр Магоме-  
дович(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. О. О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб комплексного лікування генералізова-  
ного пародонтиту, що включає санацію порожнини  
рота, зняття зубних відкладень та, за показаннями,  
усунення травматичної оклюзії, шинування рухо-  
мих зубів і кюретаж пародонтальних кишень, і пе-

редбачає використання антибактеріальних засо-  
бів, протизапальних засобів та препарату, що  
покращує остеогенез, який відрізняється тим, що  
як препарат, що покращує остеогенез, признача-  
ють Купір перорально в дозі 30 мл 0,1% водного  
розчину 1 раз на день за 30 хвилин до приймання  
їжі впродовж місяця і місцево - у вигляді аплікацій  
на ясна та інстиляцій у пародонтальні кишені 1%  
водного розчину при тривалості процедури 20  
хвилин, всього 5-10 процедур, а після повної лікві-  
дації запальних явищ в навколорубних тканинах -  
електрофорез 1% водного розчину Купіра протя-  
гом 10 хвилин, всього 10 сеансів

Винахід, що заявляється, відноситься до ме-  
дицини, зокрема до терапевтичної стоматології, і  
стосується лікування генералізованого пародонти-  
ту

Генералізований пародонтит (ГП) продовжує  
займати одне з провідних місць серед основних  
стоматологічних захворювань. Це пов'язано з його  
масовим розповсюдженням серед населення,  
складним патогенезом, недостатньою ефективніс-  
тю методів профілактики та лікування.

Генералізований пародонтит призводить до  
значних порушень функції зубощелепного апарату,  
шлунково-кишкового тракту, ендокринної сис-  
теми. Крім того, запальні процеси в пародонті яв-  
ляються причиною утворення вогнищ хронічної  
інфекції та інтоксикації організму хворого, сен-  
сифілізації та алергічного враження серця, нирок і  
інших органів. Цим визначається медико-  
соціальне значення цього захворювання.

Не дивлячись на велику кількість препаратів,  
які використовуються в пародонтології, ефек-  
тивність терапії ГП все ще залишається неадек-  
ватною. Тому проблема досягнення тривалої  
стабілізації та стійкої ремісії після комплексної  
терапії генералізованого пародонтита не втрачає  
своєї актуальності і в наші дні.

Літературні дані свідчать про те, що запальний  
компонент ГП завжди розвивається паралельно з  
дистрофічно-деструктивними процесами в паро-

донті. В теперішній час значна роль в патогенезі  
ГП відводиться порушенням кісткового обміну  
альвеолярних відростків збільшується швидкість  
остеокластичного розсмоктування, знижується  
активність остеобластів, з'являється дисбаланс  
між резорбцією та формуванням кісткової тканини.  
Враховуючи прогностичне значення дистрофічно-  
деструктивних змін в альвеолярній кістці при гене-  
ралізованому пародонтиті та беручи до уваги  
особливості її будови та фізіології, стає зро-  
зумілою необхідність такої терапії, яка б була  
спрямована на корекцію порушень метаболізму  
кісткової тканини пародонту та на стимуляцію ре-  
паративної регенерації. Між тим, ймовірна причина  
недостатньої ефективності традиційного лікування  
ГП - зведення його переважно до ліквідації запалення  
в пародонті шляхом усунення місцевого под-  
разнюючих факторів та застосування у складі  
місцевої та загальної терапії антимікробних, про-  
тизапальних, десенсибілізуючих,  
імуномодулюючих препаратів. Все це не може не  
відбиватись негативно на стійкості ремісії після  
проведеного курсу терапії.

Так, відомий спосіб комплексного лікування ГП  
з використанням препаратів кальцію (хлорид, глю-  
конат, лактат, гліцерофосфат) [1]. Комплексне  
лікування хворих включає санацію порожнини ро-  
та, зняття зубних відкладень, вибірково  
пришліфовку зубів, кюретаж, зрошення порожнини

UA (19) 60154 (11) (13) A

рота антисептиком фурациліном, аплікації антимікробної і протизапальної мазі етонія. Препарати кальцію застосовуються в таблетках по 0,5 г тричі на день протягом місяця чи шляхом електрофорезу (10 сеансів). Позитивний результат такого лікування зв'язують з поліпшенням мінерального обміну та трофіки навколозубних тканин, а також з тим, що ці препарати задовольняють потребу в іонах кальцію для відновлення кісткової тканини. Однак препарати кальцію не є специфічними остеостимуляторами, чим можна пояснити недостатню стійкість ремісії після проведеного лікування.

Відомий також спосіб комплексного лікування ГП з використанням анаболічних стероїдів - ретаболілу, нероболу [2]. Лікування передбачає видалення зубних відкладень з антисептичною обробкою ясенного краю, хірургічну обробку пародонтальних кишень і вибірково пришліфовку зубів. Терапія цими препаратами здійснюється шляхом призначення нероболу перорально по 0,005 г 1-2 рази в день протягом місяця чи ін'єкцій 5% розчину ретаболілу 1 раз в два тижні, на курс 8-10 ін'єкцій. Позитивний ефект такого лікування зв'язують з тим, що анаболічні стероїди покращують остеогенез завдяки збільшенню синтезу білка. Однак, ці препарати не являються специфічними остеостимуляторами, чим можна пояснити недостатню стійкість ремісії після проведеного лікування. Крім того, відомі численні побічні дії цих засобів, особливо у жінок, пов'язані з їх андрогенним ефектом.

Найбільш близьким до запропонованого способу (прототипом) є спосіб комплексного лікування ГП з використанням лікувальної пасти остеотропної дії, що містить гідроксиапатит, іпріфлавіон та ксидифон [3]. Лікування включає усунення місцевих подразнюючих чинників, санацію порожнини рота, зняття зубних відкладень, усунення травматичної оклюзії, шинування рухомих зубів і кюретаж пародонтальних кишень, з попереднім і наступним використанням у вигляді зрошень та аплікацій антибактеріальних і протизапальних засобів (етоній, димексид, протеолітичні ферменти). В якості препарату, що покращує остеогенез, хворим накладають лікувальну пасту, замішану на 30% олійному розчині вітаміну Е. Після повної ліквідації запальних явищ в навколозубних тканинах хворим призначають ультрафонофорез 2% розчином ксидифону. Таке призначення місцевої остеотропної терапії спрямоване на нормалізацію порушень метаболізму кісткової тканини пародонту, супроводжується вираженим клінічним позитивним ефектом в найближчі строки після проведення курсу лікування, який проявляється редукцією як суб'єктивних, так і об'єктивних ознак ГП. Однак, внаслідок не приділення уваги створенню умов для стимуляції репаративної регенерації та пролонгованої ремісії, остання залишається недостатньо стійкою.

Задача, яку вирішує винахід, що заявляється, полягає в оптимізації умов для репаративної регенерації кісткової тканини альвеолярного відростка для забезпечення більш стійкої ремісії.

Технічний результат, що досягається, буде полягати у значному збільшенні стійкості ремісії

після проведення курсу комплексного лікування ГП.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі комплексного лікування ГП, який включає санацію порожнини рота, зняття зубних відкладень, усунення травматичної оклюзії, шинування рухомих зубів, використання антибактеріальних та протизапальних засобів та препарату, що покращує остеогенез, згідно винаходу, в якості препарату, що покращує остеогенез, призначають Купір перорально, в дозі 30мл 0,1% водного розчину 1 раз на день, за 30 хвилин до прийому їжі, впродовж місяця, і місцеве - у вигляді аплікацій на ясна та інстиляцій у пародонтальні кишень 1% водного розчину при тривалості процедури 20 хвилин, всього 5-10 процедур, а після повної ліквідації запальних явищ в навколозубних тканинах - електрофорез 1% водного розчину Купіру протягом 10 хвилин, всього 10 сеансів.

Відмінною особливістю запропонованого способу комплексного лікування ГП є використання, на тлі традиційної терапії, препарату остеотропної та протимікробної дії, як перорально, так і місцево, що забезпечує швидку і ефективну ліквідацію патологічного процесу в тканинах пародонту. Це досягається за рахунок одночасного впливу на основні патогенетичні ланки розвитку ГП. Завдячуючи цьому, по-перше, усувається мікробний чинник, який індукує запальний процес та зумовлює стимуляцію остеокластичної активності, по-друге, нормалізуються обмінні процеси в альвеолярній кістці та створюються умови для оптимізації репаративної регенерації. Як результат - зростає стійкість ремісії після проведеного курсу лікування. Отже, винахід, що заявляється, забезпечує дію на патологічне вогнище в кістковій тканині шляхом розриву етіопатогенетичних зв'язків запально-деструктивного процесу в пародонті. За доступними літературними даними такий спосіб лікування ГП невідомий.

Запропонований спосіб комплексного лікування ГП здійснюється наступним чином. Незалежно від ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту спочатку проводять традиційні заходи, спрямовані на усунення місцевих подразнюючих чинників (санацію порожнини рота, зняття зубних відкладень, усунення травматичної оклюзії, шинування рухомих зубів, вибірково пришліфовування і, за показаннями, кюретаж пародонтальних кишень). Після цього всім пацієнтам призначають препарат, що стимулює остеогенез, Купір - перорально в дозі 30мл 0,1% водного розчину 1 раз в день за 30 хвилин до їжі впродовж місяця. Місцеву протимікробну та протизапальну терапію проводять шляхом накладання аплікацій на ясна та інстиляцій в пародонтальні кишень 1% водного розчину Купіру при тривалості процедури 20 хвилин, всього 5-10 процедур в залежності від перебігу патологічного процесу. В разі хронічного перебігу буває достатньо 5 процедур, тоді як при загостренні - до 10. Після ліквідації запальних явищ в тканинах пародонту (зняття загострення процесу), хворим призначають електрофорез 1% водного розчину Купіру на слизову оболонку порожнини рота при тривалості процедури 10 хвилин, всього 10 сеансів.

Препарат Купір містить 14% міді в іонах та 86% органічних речовин. В фізіології кісткової тканини мідь відіграє велику роль, тому, що каталізує важливі ферментні системи в остеоклітинах та підтримує рівень їх диференціації. В останні роки визнана роль мікроелементів як специфічних регуляторів низки фізіологічних процесів в метаболізмі кісткової тканини. Мікроелементи створюють оптимальні умови для переходу обміну речовин на анаболічний шлях та стимуляції репаративної регенерації. Разом зі здатністю нормалізувати обмінні процеси в кістковій тканині та стимулювати її репарацію, даний препарат має значну протимікробну активність, що забезпечує комплексний підхід до лікування генералізованого пародонтиту. Доза препарату Купір і курс перорального лікування цим препаратом були встановлені.

клішко-експериментальними дослідженнями, виходячи з того факту, що нормалізація механізмів регуляції синтезу основного білка кісткової тканини колагену потребує 3-4 тижнів. Схема місцевого лікування препаратом Купір була розроблена, виходячи з клінічного досвіду застосування препаратів подібного класу. Аналіз отриманих клініко-лабораторних даних засвідчує, що вже після 5 сеансів описаної терапії зникає неприємний запах з рота, значно зменшується біль, набряк, гіперемія і кровоточивість з ясен, виділення ексудату з пародонтальних кишень, падає пародонтально-маргінально-альвеолярний індекс РМА. Одного 1-місячного курсу терапії остеотропним препаратом Купір, як правило, було достатньо для нормалізації біохімічних показників кісткового метаболізму альвеолярного відростка і стабілізації запально-дистрофічного процесу в тканинах пародонту (для 1-2 ступеня тяжкості в більшій мірі).

Стойкість ремісії оцінювали за клініко-лабораторними показниками стану тканин пародонту в віддалені строки після проведеного курсу лікування. Ознакою стійкої ремісії є клініко-рентгенологічна стабілізація патологічного процесу, тобто відсутність рецидиву. Використання остеотропного та протимікробного препарату міді Купір в комплексному лікуванні ГП дозволяє збільшити тривалість ремісії до 1-1,5 років.

#### Конкретний приклад 1

Хвора В., 45 років, діагноз генералізований пародонтит, другий ступінь, загострення процесу. Діагноз підтверджено клініко-рентгенологічними даними. Хворіє впродовж 7 років, періодично лікувалась у лікаря-пародонтолога в зв'язку з рецидивуванням хвороби. Об'єктивно слизова оболонка ясенного краю застійно-гіперимована, пастозна, кровоточить після дотику. Патологічна рухливість зубів II ступеня. На ділянці

76521|12567  
76521|12567

зубів пародонтальні кишень глибиною 5,5мм, з серозно-гнійним ексудатом. Корінці зубів оголені на 1/2-1/3 довжини. Наявні масивні зубні відкладення над і під яснами. На ортопантомограмі спостерігається дифузний остеопороз кісткової тканини, нерівномірна вертикальна і горизонтальна резорбція міжальвеолярних перетинок на 1/2 довжини. При аналізі біохімічних показ-

ників маркерів кісткового метаболізму спостерігається підвищення активності колагенази на 46% в порівнянні з нормою та зниження активності лужної фосфатази більше ніж втричі порівняно з нормою, концентрація вільної фракції гідроксипроліну перевищує нормальний показник на 35% при одночасному зниженні зв'язаного з білком гідроксипроліну на 64% від норми. Все це вказує на переважання катаболічної фази над фазою синтезу основного білка кісткової тканини - колагену та на порушення метаболізму в альвеолярній кістці в цілому.

Спочатку провели заходи, спрямовані на усунення місцевих подразнюючих чинників (санация порожнини рота, зняття зубних відкладень під зрошенням розчином антисептика, усунення травматичної оклюзії, кюретаж пародонтальних кишень). Протимікробну та протизапальну терапію. Проводили шляхом накладання аплікацій на ясна та інстиляції в пародонтальні кишень 1% водного розчину Купіру на 20 хвилин протягом 8 днів. Паралельно призначали препарат Купір для прийому всередину по 30мл 0,1% водного розчину 1 раз на день до прийому їжі. Системну терапію проводили впродовж місяця. Через 4 сеанси зeszли біль, кровоточивість, набряк, ясна стали приймати блідо-рожевий колір, припинилось виділення ексудату з пародонтальних кишень, їх глибина зменшилась до 3,5-4мм. Лабораторні дані також підтверджують позитивний результат лікування. Клініко-біохімічні дослідження (через 6, 12 і 18 місяців) показали нормалізацію основних показників біохімічного статусу, стабілізацію запально-деструктивного процесу в тканинах пародонту і відсутність рецидиву.

#### Конкретний приклад 2

Хворий Н., 25 років, діагноз генералізований пародонтит, перший ступінь, хронічний перебіг. Діагноз підтверджено клініко-рентгенологічними даними. Хворіє впродовж 3 років, періодично лікувався у лікаря-пародонтолога. Об'єктивно ясна синюшного кольору, незначний набряк, при зондуванні дещо кровоточать. Патологічна рухливість фронтальних зубів I ступеня. На ділянці

654321|123456  
654321|123456

зубів пародонтальні кишень глибиною 2-3мм, наявні над- і підясенні зубні відкладення. На ортопантомограмі відмічається рівномірна резорбція міжальвеолярних перетинок на 1/3 їх довжини. При аналізі біохімічних даних визначаються порушення метаболічних процесів в альвеолярній кістці.

Після проведення заходів, спрямованих на усунення місцевих подразнюючих чинників (санация порожнини рота, зняття зубних відкладень, усунення травматичної оклюзії), призначали для прийому всередину препарат Купір - в дозі 30мл 0,1% розчину 1 раз на день за 30 хвилин до прийому їжі. Курс системної терапії складав один місяць. Паралельно на ясна накладались аплікації та проводились інстиляції в пародонтальні кишень з препаратом Купір на 20 хвилин, всього 5 процедур. Після повної ліквідації запальних явищ в навколо зубних тканинах призначали електрофорез на ясна 1% водного розчину Купіру протягом 10

хвилин, всього 10 сеансів. Після 5 сеансів місцевої терапії припинилась кровоточивість, щез набряк, ясна стали блідо-рожевого кольору. Лабораторні дані підтвердили позитивний результат лікування. Клініко-біохімічні дослідження, проведені в динаміці спостережень (через 6-12 місяців), показали нормалізацію показників біохімічного статусу і відсутність рецидиву.

За період з 01.01.99 по 01.01.2002 в клініці терапевтичної стоматології НМУ запропонований спосіб комплексного лікування ГП було використано у 62 хворих з хронічним і загостреним перебігом хвороби різної тяжкості.

Контрольну групу склали 25 пацієнтів з аналогічними враженнями пародонту. Лікування пацієнтів контрольної групи проводили за способом-прототипом.

Як свідчать отримані дані, запропонований спосіб дозволяє досягти у хворих на ГП більш стійкої ремісії і зниження активності симптоматичного пінгвіту при наступних рецидивах пародонтиту. Так, клініко-лабораторна стабілізація, як показник стійкості ремісії, через 6 місяців у пацієнтів основної групи з I ступенем тяжкості генералізова-

ного пародонтиту склала 98,8%, у пацієнтів II ступеня тяжкості - 98,2% і у пацієнтів III ступеня тяжкості - 95,4% (в контрольній групі 53,4%). Через 12 місяців ці цифри були наступними - 90,3%, 85,2%, 70,1%, відповідно, проти 48,2% ( $P < 0,05$ ) в контрольній групі.

Таким чином, одного курсу лікування ГП за запропонованим способом достатньо для підтримки стійкої ремісії впродовж 1-1,5 років.

#### Література

1 Мазур І.П. Остеотропная терапія в комплексном леченні захворювань пародонта // Проблемы остеологии - 2001 - Т. 4, №1 - 2 - С. 99-101.

2 Вишняк Г.Н. Комплексна остеотропна терапія генералізованих захворювань пародонта // Матеріали I з'їзду Асоціації стоматологів України - Київ - 1999 - С. 180-181.

3 Фастовець О.О. Клініко-патогенетичне обґрунтування корекції порушень метаболізму кісткової тканини у хворих на генералізований пародонтит. Автореф. дис. канд. мед. наук - Дніпропетровськ, 2000 - 25 с.