



(12) Описание изобретения К ПАТЕНТУ

1

2

(21) 010000671

(22) 11.06.2001

(46) 06.10.2002, Бюл.№3 (27)

(76) Соатов И. (TJ), Кариев А.Р. (TJ), Арихбаева
О.И. (TJ)

(56) 1. RU 2070072 Cl, 1996.

2. RU 2101047 Cl, 1998.

3. WO 00/18380 Al, 2000

4. US 5043153, 1991.

5. Цагареишвили Г.В. и др. Использование бентонита тиха-аскане в защитных пастах. В: Реализация научных достижений в практической фармации. Харьков, 1991.

6. Борисенко А.В. Применение цитохрома в комплексном лечении генерализованного пародонтита. В: Методика диагностики, лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний. Киев, 1990.

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА АБСЦЕДИРОВАННОЙ ФОРМЫ

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно к терапевтической стоматологии, и может быть использовано в клинической практике для лечения заболеваний пародонта абсцедированной формы.

Целью изобретения является ускорение ремиссии процесса при лечении абсцедированных форм заболеваний пародонта, репаративной регенерации соединительной ткани.

Суть изобретения заключается в комплексной схеме лечения, включающей элементы консервативной медикаментозной терапии, состоящей из известного снятия над- и поддесневых отложений, полосканий раствором перманганата калия, 1% раствором йодиола, 3-% перекисью водорода, дополнительно включающей в зависимости от тяжести заболевания инстилляцией лиофильно высушенным ферментом трипсином из расчета 3-4 МЕ в каждый пародонтальный карман на 3-4 минуты, инстилляцией в карманы куриозина на 4-5 минут, инстилляцией на 2- 3 минуты и массаж десен с гелем "Бионет", инъекции витаминов С и В₁₂, наложение лечебной повязки, содержащей:

Клацид	1,0-1,5
5-НОК	0,5-1,0
Метилурациловую мазь	20,0-30,0
Деперзолоновую мазь	3,0 - 5,0
Истымтауский бентонит	- остальное,

а также назначении перорально пиридоксина и нистатина по 1 таблетке 2 раза в день в течение 6 дней.

Сравнительный анализ биохимических показателей до и после проведения лечения по заявленному способу подтвердил положительный эффект предложенной комплексной схемы лечения абсцедированных форм заболеваний пародонта.

Изобретение относится к области медицины, а именно к терапевтической стоматологии, и может быть использовано в клинической практике для лечения заболеваний пародонта абсцедированной формы.

Абсцедированная (воспалительная) форма заболеваний пародонта характеризуется острым гнойным воспалением маргинальной десны, отеком, образованием патологических десневых карманов, гноетечением из них. Абсцесс пародонта обычно начинается с острой стадии, по истечении которой он принимает хронический характер: позже вдоль корня наблюдается большее или меньшее разращение кости [1].

Применительно к развившимся воспалительным стадиям заболеваний пародонта, т.н. абсцедированной формы, уместно говорить о стабилизации (ремиссии) процесса в тканях пародонта. Стабилизация патологического процесса в тканях пародонта - это прежде всего отсутствие рецидивов, стихание воспалительных явлений (гноетечение из карманов, отечность, набухание грануляционной ткани из карманов), укрепление зубов, восстановление их функции, появление очагов уплотнения костной ткани [2].

Известен способ лечения заболеваний пародонта, в котором эпислон-аминокапроновую кислоту адсорбируют на углеродминеральном сорбенте СУМС-1 и применяют в виде аппликаций в десневой или пародонтальный карман. [3].

Однако, лечение этим способом длительное, при тяжелых формах заболевания в короткий срок наступает ремиссия.

Наиболее близким по существенным признакам является способ лечения заболеваний пародонта, в котором сочеталось комплексное лечение как перорально вводимыми препаратами цинка, так и местными повязками, содержащими мумиё, облепиховое масло, препараты цинка, метилурациловую мазь и бентонит [4]. В известном способе дополнительно к консервативной медикаментозной терапии, включающей снятие над- и поддесневых отложений, полосканий 2-5 % водным раствором мумиё, проводят инстилляцию 5 % водным раствором экстракта мумиё патологических зубодесневых карманов, а также аппликацию в виде лечебной повязки, содержащей:

Экстракт мумиё	- 2,0-4,0
Облепиховое масло (с содержанием токоферолов 100-110 мг %)	- 1,4 - 2,5
Окись цинка	- 2,0-3,0
10 %-я метилурациловая (или 10 %-гепариновая) мазь	-20,0-30,0
Бентонит	- остальное

а также приема внутрь по 0,2 г экстракта мумиё и по 0,25 г сульфата цинка.

Однако, несмотря на то, что в указанном способе использованы такие биологически активные препараты как мумиё и облепиховое масло, влияние их на биосинтез белков недостаточно эффек-

тивно, патологический процесс в тканях пародонта полностью не исключается, лечение длительное, затягивается на 10-14 посещений; для заболеваний пародонта в абсцедированной форме требуется более интенсивное комплексное лечение.

В состав лечебной повязки прототипа входит окись цинка, являющаяся как загущающим элементом, так и антисептическим. Однако, использование, больших количеств окиси цинка нежелательно из-за образования в результате реакций в организме ядовитых солей, в частности, хлористого цинка, растворяющего белки.

С целью ускорения ремиссии процесса при лечении абсцедированных форм заболеваний пародонта, а также репаративной регенерации соединительной ткани, сокращения числа посещений больными, авторами заявленного изобретения предложена комплексная схема лечения, включающая снятие над- и поддесневых отложений, полоскания, медикаментозную ферментативную обработку патологических зубодесневых карманов, инстилляцию, лечебный массаж десен, витаминотерапию, а также наложение специальной нетвердеющей лечебной повязки.

Суть изобретения заключается в известном снятии над- и поддесневых отложений, полосканий раствором перманганата калия, 1% раствором йодиола, 3-% перекисью водорода, инстилляцией лиофильно высушенным ферментом трипсином из расчета 3-4 МЕ в каждый пародонтальный карман на 3-4 минуты, промывании 3% перекисью водорода, инстилляцией в карманы куриозина на 4-5 минут, инстилляцией на 2- 3 минуты и массажа десен с гелем "Бионет", инъекций 5 % раствором аскорбиновой кислоты и В₁₂, наложением лечебной повязки, содержащей:

Клацид	1,0-1,5
5-НОК	0,5-1,0
Метилурациловая мазь	20,0 - 30,0
Деперзолоновая мазь	3,0 - 5,0
Истымтауский бентонит	- остальное,

Назначении перорально пиридоксина (витамина В₆), а также нистатина по 1 таблетке 2 раза в день в течение 6 дней.

Предложенный комплекс лечения содержит некоторые известные элементы, однако, именно заявленная последовательность, продолжительность процедур, воздействие ранее не используемых для этой цели таких лекарственных форм как куриозин, гель "Бионет", качественный и количественный подбор компонентов лечебной повязки позволил ускорить ремиссию абсцедированных форм заболеваний пародонта, репаративную регенерацию соединительной ткани.

Из известных сведений об указанных лекарственных и биологически активных веществах, не следует явно способ лечения заболеваний пародонта в абсцедированной форме.

Выбранные для лечения способ и состав определялись следующими соображениями.

Возникновению заболевания пародонта содействует целый ряд факторов. Наиболее непосредственным является наличие анаэробной бактериальной флоры. Первым этапом лечения, направленным на прекращение пародонтального воспаления, является уничтожение анаэробной бактериальной флоры. Оно достигается известными полосканиями, и промываниями из шприца патологических зубных карманов раствором перманганата калия, 1% раствором йодиола, 3% перекисью водорода. Затем производят механическое удаление зубного камня. Однако, при заболеваниях пародонта абсцедированной формы трудно уничтожить анаэробные бактерии только вышеперечисленными известными методами.

Помимо микроорганизмов, в развившихся стадиях патологии пародонта отрицательную роль играют продукты тканевого распада. Для ускорения их расщепления и выведения некротических масс и экссудата используют протеолитические ферменты. Они улучшают кровообращение, нормализуют окислительно-восстановительные процессы в воспаленных тканях, стимулируют клеточную защиту, способствуют регенерации. Наиболее распространенный способ применения ферментов - введение их растворов с помощью турунд в зубодесневые карманы. Однако, при тяжелых абсцедированных формах авторами заявленного изобретения проводилась обработка гнойных карманов трипсином в сухом виде по 3-5 Международных единиц (МЕ)* на 3-5 минут с последующим промыванием известным способом.

При воспалительных процессах в пародонте необходимо использовать средства, направленные на усиление регенерации тканей. Куриозин представляет собой гиалуронат цинка в стерильном вязком растворе. Его действие основывается на повышении местной концентрации гиалуроновой кислоты и создании оптимальных условий для активирования миграции и полиферации клеток, участвующих в регенерации тканей. Как известно, гиалуроновая кислота, будучи важным компонентом внеклеточного вещества, способна взаимодействовать с другими молекулами тканей (белка, воды и т.п.), что играет основную роль с точки зрения специфичных биологических процессов. Гиалуронат цинка вследствие ангиогенического свойства улучшает местную микроциркуляцию. Содержание в составе ионов цинка придает ему антисептические свойства. Инстиляции куриозина проводили с целью регенерации тканей после удаления продуктов распада ферментами.

Следующим этапом комплексного лечения явилась обработка зубодесневых карманов зубным гелем "Бионет", а после устранения воспалительных процессов - массаж десен с зубным гелем "Бионет", оказывающим бактерицидное действие

* МЕ - Международная единица измерения активности ферментов. МЕ - это такое количество фермента, которое при заданных условиях катализирует превращение 1 микромоля (мкм) субстрата за 1 минуту

на патогенную микрофлору. Гель "Бионет" изготавливается фирмой "Бионет" (Венгрия) из биологически активных природных веществ и предназначен для лечения гингивитов, пародонтозов, пародонтитов. Гель состоит из вытяжки лекарственных трав Азии, Африки и Южной Америки. Его применение авторами определено тем, что гель проявляет антиаллергический эффект, нормализует функцию иммунной системы, оказывает заживляющее и восстанавливающее действие на слизистую. В тяжелых случаях для ускорения наступления ремиссии проводили инстиляции зубным гелем "Бионет" в патологические зубодесневые карманы. Массаж десен проводили после прекращения гнойных выделений и снятия воспалительного статуса. На приготовленную марлевую повязку наносили слой 0,5 мм геля и массировали поверх повязки десну в течение 2-3 минут.

В случае заболеваний пародонта в абсцедированной форме, трудно ликвидировать анаэробную бактериальную флору без антибиотиков. В лечебной повязке авторы заявляемого изобретения использовали клацид (кларитромицин) который не является специфичным антибиотиком, предназначенным для лечения заболеваний полости рта, как, например, используемый часто для этой цели клион. Авторы включили его в состав лечебной повязки, используя его свойство после всасывания быстро проникать в ткани организма; он нетоксичен, хорошо переносится больными. Обладает тропизмом к костной ткани. Зубодесневые повязки, содержащие клацид, позволяют повернуть картину воспаления в обратную сторону после 2-3 курсов лечения.

Проводя антибиотикотерапию, необходимо помнить о побочных явлениях, так как малые дозы и короткие сроки лечения обуславливают появление резистентной микрофлоры к данному антибиотику. Некоторые авторы (и прототипа в том числе) в состав лечебной повязки вводят одновременно антибиотик и нистатиновую мазь. Это ошибочная практика, так как нистатин при смешивании будет подавлять действие антибиотика, тем самым снижая эффективность лечения. Поэтому авторами заявленного изобретения предлагается применять нистатин не местно, а перорально, что дает возможность использовать лечебный потенциал антибиотика и снять опасность дальнейшего возникновения резистентной к нему микрофлоры.

Хороший противовоспалительный эффект дают лечебные повязки, в состав которых введены глюкокортикоиды. В стоматологической практике часто используются пасты из сочетания глюкокортикоидов с антибиотиками и другими веществами. В отдельных сложных случаях в используемой повязке применяли деперзолоновую мазь, эффективно действующую на ткани пародонта.

Авторами заявленного изобретения предложено использовать в составе лечебной повязки бентонит - природное вещество, образовавшееся из вулканических пород. Состав составляющих его компонентов зависит от месторождения. В основном

это окислы кремния и алюминия в различных соотношениях, с добавлениями окислов кальция, железа, титана и т.п. В конкретном случае использовали таджикский бентонит Истымтауского месторождения с содержанием окиси кремния от 45 до 50 %, окиси алюминия от 15,2 до 16,8 %, окиси железа от 4,61 до 5,32 %, окиси кальция от 2,5 до 8,28 %, окиси магния от 3,03 до 3,74 %, окиси серы - менее 0,1 %, окиси фосфора 0,2 %, окиси углерода от 1,23 до 5,8 %. По степени карбонатности это слабокарбонатный бентонит серовато-рыжего цвета, который придают ему окислы железа. Дисперсный, мягкий на ощупь порошок, при гидратации может разбухать в 14-16 раз, образуя приятную на ощупь пасту. Нетоксичен. Известно использование бентонитов в медицине в составе паст для лечения кожных заболеваний. Однако, для лечения заболеваний пародонта абсцедированной формы Истымтауский бентонит предложен впервые.

Комплексное лечение абсцедированных форм болезней пародонта необходимо проводить с витаминотерапией, а именно с ежедневными инъекциями 5% раствора аскорбиновой кислоты, цианкобаламина, а также приемом внутрь витамина В₆. Инъекции витаминов С и В₁₂ проводили в переходную складку в преддверии полости рта ежедневно в течение всего курса лечения. Витамин В₆ назначали перорально по 1 таблетке 2 раза в день. Дополнительно назначался прием нистатина перорально по 1 таблетке 2 раза в день для снятия эффекта дальнейшего возникновения резистентной к антибиотикам микрофлоры.

Положительный эффект заявленного технического решения подтверждается примерами конкретного выполнения способа, проведенного в клинике и описанного как для конкретных больных, так и для больных, выделенных в 3 группы по тяжести заболеваний и по вариантам лечения в соответствии с заявленным способом.

Примеры конкретного осуществления способа.

Метод лечения определяли в зависимости от степени тяжести заболевания, в связи с чем больные были распределены по 3 соответствующим группам:

1 группа - с легкой степенью (n = 12 чел.); терапия: инстиляции трипсина и куриазина; лечебная повязка на основе метилурациловой мази содержит клацид, 5-НОК, бентонит.

2 группа - со средней степенью (n = 15 чел.); терапия: инстиляции трипсина и куриазина, массаж с гелем "Бионет"; лечебная повязка на основе метилурациловой мази содержит клацид, 5-НОК, бентонит;

3 группа - с тяжелой степенью (n = 8 чел.); терапия: инстиляции трипсина и куриазина, при необходимости - геля "Бионет", массаж с гелем "Бионет"; лечебная повязка на основе метилурациловой мази содержит клацид, 5-НОК, деперзолоновую мазь, бентонит.

Клиническая эффективность лечения заболеваний пародонта абсцедированной формы подтверждена математической оценкой достоверности результатов методов исследования, которые представлены в таблице 1. Анализируя результаты биохимических исследований групп больных различной степени тяжести до и после проведенной терапии, можно сделать вывод о положительных сдвигах клинических показателей вследствие применения заявленного решения.

Самые высокие результаты лечения наблюдались у больных со средней степенью тяжести заболевания, комплексная терапия которых проведена в соответствии с заявленным техническим решением. Например, проба Кулаженко, изменилась с $11,6 \pm 2,3$ до $44,8 \pm$, тогда как у практически здоровых людей она составляет $50,4 \pm 1,6$. Пародонтологический индекс ПИ по Russel в той же группе больных в результате лечения по предложенной схеме изменился с $4,58 \pm 0,3$ до $0,7 \pm 0,1$. Заметны также положительные сдвиги в активности лизоцима слюотки и слюны, показатели которых приведены в таб. 1.

Пример 1.

Больная Д., 1954 г.р., обратилась с жалобой на затрудненное пережевывание пищи, расшатанность зубов, боли в деснах, неприятный запах изо рта.

При осмотре полости рта выявлена атрофия маргинальной десны в области коренных зубов, значительное отложение над-и поддесневого камня, подвижность

5	5 зубов I степени
6	6

и

	4 зубов II степени
4	1

а патологические зубные карманы в области

5	4 5 зубов
6 1	1 6

глубиной 2 - 3 мм с гнойным содержимым.

На ортопантограмме выявляются костные карманы в области 6 I 6 зубов и атрофия альвеолярного гребня в области верхней и нижней челюстей.

Был поставлен диагноз : хронический локализованный пародонтит легкой степени тяжести абсцедированной формы

План лечения:

1. Терапевтические мероприятия (санация полости рта, снятие зубных отложений, антисептическая обработка.

2. Местное противовоспалительное лечение.

3. Общеукрепляющее лечение.

После тщательного удаления зубных отложений, антисептической обработки полости рта, полосканий 3% раствором перекиси водорода, 1% раствора йодиола больной проводили инстилляцию патологических зубодесневых карманов в области зубов

5 | 4

6 1 | 1 6

лиофильно высушенным ферментом трипсином из расчета 3-4 МЕ в каждый пародонтальный карман. Экспозиция 3 минуты. Затем тщательно промыли 3% перекисью водорода, перманганатом калия и, убедившись в очистке от гноя, проводили инстилляцию в карманы куриозина на 4 минуты; инъекции в переходную складку в преддверии полости рта витаминов С и В₁₂, затем накладывали лечебную нетвердеющую повязку, содержащую:

Клацид	1,0
5-НОК	0,5
Метилурациловую мазь	20
Бентонит	- остальное,

Длительность лечения 6-8 дней.

Назначено: перорально пиридоксин (витамин В₆), а также нистатин по 1 таблетке 2 раза в день в течение 6 дней.

В результате лечения выделения гноя прекратились на 4 день лечения, явления гиперемии и отека в десне были устранены на 7 день, восстановление и эпителизация десневых карманов - на 12 день. Подвижность зубов уменьшилась. Проба Шиллера-Писарева негативна. Пародонтальный индекс уменьшился с 2,8 до 1,2. После проведенного лечения у больного наблюдалось повышение активности лизоцима слюны с 18,7% до 22,4%.

Пример 2.

Больной Х., 1968 г.р. обратился с жалобой на неприятный запах изо рта, расшатанность зубов, боли при откусывании пищи, слабость, недомогание.

При осмотре полости рта выявлена вторичная деформация нижнего зубного ряда, подвижность

----- зубов, наличие обильных над- и

3 2 1 | 2 3 4

поддесневых зубных отложений, в особенности на язычной поверхности нижних фронтальных зубов; патологические десневые карманы глубиной 3 - 5 мм с вестибулярной поверхности ----- зубов,

3 2 1 | 1 2 3

атрофия маргинальной десны с язычной стороны, наличие гнойного экссудата при надавливании на десну.

Рентгенологически - костные карманы в области нижних фронтальных зубов.

Диагноз: хронический пародонтит абсцедированной формы средней степени тяжести в стадии обострения.

План лечения:

1. Терапевтические мероприятия (санация полости рта, снятие зубных отложений, антисептическая обработка,
2. Местное противовоспалительное лечение.
3. Общеукрепляющее лечение.

Больному проведена санация полости рта, сняты над- и поддесневые отложения, проведены инстилляцией патологических зубодесневых карманов ----- зубов, лиофильно высушенным

3 2 1 | 1 2 3

ферментом из расчета 3-4 МЕ в каждый пародонтальный карман на 3-4 минуты, промыли 3% перекисью водорода, перманганатом калия, провели инстилляцию в патологические зубодесневые карманы куриозина на 5 минут, провели инъекции витаминов С и В₁₂, затем наложили лечебную нетвердеющую повязку, содержащую:

Клацид	1,2
5-НОК	0,75
Метилурациловую мазь	25
Бентонит	- остальное,

На 3 день лечения после прекращения гнойных выделений вслед за проведением инстилляций куриозином назначено проведение ручного массажа с гелем "Бионет", для чего на марлевую повязку нанесли 0,5 мм слой геля "Бионет" и массажировали нижнюю десну в течение 3 минут. Затем накладывали вышеописанную лечебную повязку. Лечение проводили в течение 6 дней.

Назначено: перорально пиридоксин (витамин В₆), а также нистатин по 1 таблетке 2 раза в день в течение 6 дней.

Явления гиперемии и отека в десне были устранены на 8 день, восстановление и эпителизация десневых карманов наступили на 12 день. Проба Шиллера-Писарева стала негативной. Пародонтальный индекс уменьшился с 4,58 до 0,7. После проведенного лечения у больного наблюдалось повышение активности лизоцима слюны с 16,6 % до 23,8 %. Проба Кулаженко изменилась с 11,3 (до лечения) до 44,8 - после лечения.

Пример 3

Больной Ш., 1987 г.р. обратился с жалобой на расшатанность передних зубов, боли при надкусывании, при приеме пищи, запахе изо рта.

При осмотре полости рта определена вторичная деформация верхних и фронтальной части нижнего зубных рядов, частично вторичная адентия зубов нижнего ряда, значительные отложения над- и поддесневых камней, патологические карманы с гнойным экссудатом в области

3 2 1 | 1 2 3
2 1 | 1 2

зубов глубиной 5,0 - 7,0 мм, подвижность 2 1 | 1 2
1 | 1

зубов III степени и 3 | 3 зубов II степени. При 2 | 2

пальпации десны в области вышеуказанных зубов - резкая болезненность.

На ортопантограмме определена атрофия альвеолярного гребня верхней и фронтальной части нижней челюсти и костные карманы в области 2 1 | 1 2 зубов.

1 | 1 2

Поставлен диагноз: хронический пародонтит абсцедированной формы III степени тяжести в стадии обострения.

План лечения :

1. Хирургическое лечение
2. Местное противовоспалительное лечение.
3. Общеукрепляющее лечение.
4. Ортопедическое лечение.

После проведения хирургического лечения больному назначили аппликацию в виде лечебной повязки, не раздражающую ткани десны, оказывающую противовоспалительное и стимулирующее действие на ткани пародонта, следующего состава:

Клацид	-1,5
5-НОК	-1,0
Метилурациловая мазь	- 30,0
Деперзолоновая мазь	- 5,0
Бентонит	- остальное

Местное противовоспалительное лечение проводили инстилляциями куриозина и геля "Бионет", общеукрепляющее лечение - инъекциями линкомицина и витаминов С и В₁₂, перорально - пиридоксин (витамин В₆) и нистатин по 1 таблетке 2 раза в день.

В результате лечения гноетечение и воспалительные явления в пародонте были устранены на

5-й день, гиперемии и отечности в десне были устранены на 8 день, восстановление и эпителизация десневых карманов - на 12 день. Подвижность зубов уменьшилась. Проба Шиллера-Писарева негативна. Пародонтальный индекс уменьшился с 4,7 до 0,9. После проведенного лечения у больного наблюдалось повышение активности лизоцима слюны с 26,7% до 34,9 %. Проба Кулаженко изменилась в результате лечения с 9,7 до 40,4.

В контрольной группе лечение больных средней тяжести проводилось по комплексной терапии, предложенной в прототипе, в котором показатели стабилизации заболевания ниже, чем у наблюдаемой аналогичной группы средней тяжести по предложенному решению. Число посещений больными контрольной группы составляло 8-12, стабилизация заболевания наступала намного позднее, чем у проходивших лечение по заявляемой комплексной терапии, так как воздействие только препаратов цинка и мумиё явно недостаточно для лечения абсцидированных форм заболевания пародонта.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

1. Способ лечения заболеваний пародонта абсцедированной формы, включающий консервативную медикаментозную терапию по стандартной схеме, состоящую из снятия над- и поддесневых отложений, полосканий дезинфицирующими растворами, инстилляций лекарственных препаратов в зубодесневые карманы, аппликации лечебной повязкой, содержащей бентонит, отличающийся тем, что проводят аппликации лечебной повязкой -, дополнительно содержащей клацид, 5-НОК, метилурациловую мазь, деперзолоновую мазь, бентонит (Истымтауский) при следующем соотношении компонентов, в мае. %:

Клацид	1,0 -1,5
5-НОК	0,5 -1,0
Метилурациловая мазь	20,0 - 30,0

Деперзолоновая мазь 3,0 - 5,0

Бентонит - остальное

2. Способ по п.1, отличающийся тем, что в процессе лечения до проведения аппликаций лечебной повязкой дополнительно проводят инстилляцию в зубодесневые карманы куриозином в течение 4-5 минут.

3. Способ по п. 1, отличающийся тем, что в процессе лечения до проведения аппликаций лечебной повязкой дополнительно проводят массаж десен с гелем "Бионет".

4. Способ по п. 1, отличающийся тем, что в процессе лечения до проведения аппликации лечебной повязкой дополнительно проводят витаминотерапию инъекциями 5% витамина С, В₁₂ и ежедневно перорально витамина В₆.

Таблица 1

Пародонтологический статус больных хроническим пародонтитом абсцедированной формы различной степени тяжести до и после лечения

Группы больных	Терапия	Лечение	Проба Кулаженко (сек)	Активность лизоцима, %		РН		ПИ по Russel	Число посещений
				Сыворотки крови	Слюны	Десневой жидкости	Ротовой жидкости		
С легкой степенью (n=12 чел.)	Инстилляций Трипсина Куриозина Лечебная повязка Клацид 5-НОК Бентонит	До	18,7±2,2	18,7±1,36	24,6±2,45	6,2±0,61	5,85±0,45	2,81±1,2	6,0±0,3
		После	37,6±1,7	22,4±1,78	31,7±0,99	6,85±0,05	7,0±0,01	1,2±0,2	

Вероятность достоверности средних величин (P)			<0,05	<0,001	<0,001	<0,05	<0,05	<0,01	
Со средней степенью (n=15 чел.)	Инстилляций Трипсина Куриазина Массаж с гелем "Бионет" Лечебная повязка Кладид 5-НОК Бентонит	До	11,6±2,3	16,6±1,88	29,8±2,61	6,35±0,87	5,75±0,67	4,58±0,3	6,3±0,21
		После	44,8±1,2	23,8±2,53	37,1±1,02	6,88±0,03	6,78±0,73	0,7±0,1	
Вероятность достоверности средних величин (P)			<0,05	<0,001	<0,001	<0,05	<0,05	<0,01	
С легкой степенью (n=8 чел.)	Инстилляций Трипсина Куриазина Массаж с гелем "Бионет" Лечебная повязка Кладид 5-НОК Диперзолон. мазь Бентонит	До	9,7±2,8	15,8±0,44	26,7±1,31	6,1±0,56	5,68±0,64	4,77±0,3	6,6±0,7
		после	40,4±3,0	23,6±1,51	34,9±2,03	6,80±0,7	6,91±0,59	0,9±0,33	
Вероятность достоверности средних величин (P)			<0,05	<0,001	<0,001	<0,05	<0,05	<0,01	
Контрольная группа (по прототипу) (n=15)	Мумиё (местно и внутрь)+	До	12,4±3,0	19,4±0,26	31,5±0,44	6,35±0,61	5,79±0,7	4,29±0,3	8,3±0,6
	Препар. цинка (местно и внутрь)	после	44,2±2,0	24,6±0,62	39,8±0,51	6,71±0,65	6,89±0,61	0,8±0,2	
Вероятность достоверности средних величин (P)			<0,05	<0,001	<0,001	<0,05	<0,05	<0,01	
Практически здоровые люди (n=10 чел.)			50,4±1,6	27,5±0,5	45,8±1,2	6,4±0,7	5,8±0,7	0	