



(19) **RU** <sup>(11)</sup> **2 223 088** <sup>(13)</sup> **C1**  
(51) МПК<sup>7</sup> **A 61 K 7/16, 31/4412, A 61 P 1/02**

РОССИЙСКОЕ АГЕНТСТВО  
ПО ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21), (22) Заявка: 2002122703/15, 26.08.2002  
(24) Дата начала действия патента: 26.08.2002  
(46) Опубликовано: 10.02.2004  
(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: SU 1789214 A1, 23.01.1993. RU 2174230 C1, 27.09.2001. RU 2053760 C1, 10.02.1996. WO 96/25915 A1, 29.08.1996.

Адрес для переписки:  
123060, Москва, ул. Маршала Рыбалко, 16/4,  
кв.29, Д.Б. Поважному

(71) Заявитель(и):  
Поважный Дмитрий Борисович,  
Харебава Тенгиз Гивиевич

(72) Автор(ы):  
Поважный Д.Б.,  
Харебава Т.Г.,  
Сухова Т.В.

(73) Патентообладатель(ли):  
Поважный Дмитрий Борисович,  
Харебава Тенгиз Гивиевич

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

(57) Реферат:

Сущность изобретения: в способе лечения воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта путем комплексного лечения, включающего местную медикаментозную терапию с применением 5%-ного раствора мексидола в виде турунд и полосканий и введение мексидола в организм больного, введение мексидола осуществляют до проведения местной медикаментозной терапии, причем его вводят перорально по 100-500 мг в форме таблеток или капсул 1-2 раза в день, и/или в виде 5%-ного раствора по 2 мл 1 раз в день, и/или

внутримышечно в виде инъекций. Способ позволяет в короткие сроки получить выраженный терапевтический эффект (за 3-5 посещений), ускорить процессы заживления, ликвидировать воспаление (особенно при его обострении) тканей пародонта. Уже на 2-й день отмечается уменьшение отека, кровоточивости, болезненности десны. Применение мексидола быстро приводит к значительному улучшению состояния тканей пародонта. Высокая эффективность позволяет использовать способ для лечения средней и тяжелой степени тяжести заболевания. Способ обеспечивает длительную ремиссию. 4 табл.

RU 2 2 2 3 0 8 8 C 1

RU 2 2 2 3 0 8 8 C 1



RUSSIAN AGENCY  
FOR PATENTS AND TRADEMARKS

(19) **RU** <sup>(11)</sup> **2 223 088** <sup>(13)</sup> **C1**  
(51) Int. Cl.<sup>7</sup> **A 61 K 7/16, 31/4412, A 61 P**  
**1/02**

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(21), (22) Application: **2002122703/15, 26.08.2002**

(24) Effective date for property rights: **26.08.2002**

(46) Date of publication: **10.02.2004**

Mail address:

**123060, Moskva, ul. Marshala Rybalko, 16/4,  
kv.29, D.B. Povazhnomu**

(71) Applicant(s):

**Povazhnyj Dmitrij Borisovich,  
Kharebava Tengiz Givievich**

(72) Inventor(s):

**Povazhnyj D.B.,  
Kharebava T.G.,  
Sukhova T.V.**

(73) Proprietor(s):

**Povazhnyj Dmitrij Borisovich,  
Kharebava Tengiz Givievich**

(54) **METHOD FOR TREATING THE CASES OF INFLAMMATION and INFLAMMATORY  
DESTRUCTIVE PERIODONTIUM DISEASES**

(57) Abstract:

FIELD: medicine. SUBSTANCE: method involves administering local medicamentous therapy with 5% mexidol solution as turunda and rinsing and introducing mexidol into patient organism. Mexidol is introduced into patient organism

before applying local medicamentous therapy. It is administered per os at a dose of 100-500 mg in tablets or capsules 1-2 times a day and/or as 5% solution 2 ml once a day and/or as intramuscular injections. EFFECT: enhanced effectiveness of treatment; prolonged remission period. 4 tbl

R U 2 2 2 3 0 8 8 C 1

R U 2 2 2 3 0 8 8 C 1

Изобретение относится к области медицины, а именно к стоматологии, и может быть использовано при лечении воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта (гингивита, пародонтита и др.).

5 Проблема лечения воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта не утратила актуальности в настоящее время и представляет одну из основных задач практической стоматологии. Самым тяжелым и распространенным заболеванием пародонта является пародонтит, который протекает годами, с периодами ремиссий и обострений и часто приводит к значительному нарушению функции зубочелюстной системы из-за резорбции костной ткани, гибели удерживающего аппарата зубов и  
10 выпадения (или удаления) последних.

Традиционные методы лечения воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта направлены на устранение основного причинного фактора - микробного налета, контроль за его образованием, использование антимикробных, противовоспалительных средств для местного и общего применения, совершенствование  
15 хирургических методов в устранении инфекционно-деструктивного очага в пародонте. Однако они оказываются не всегда эффективными и не обеспечивают условий, исключающих обострение патологического процесса.

В стадии ремиссии хронического генерализованного пародонтита (ХГП) нередко сохраняются структурно-функциональные изменения сосудов микроциркуляторного русла,  
20 которые сложились в условиях хронического воспаления (Лемецкая Т.И. Лечение воспалительных заболеваний пародонта. - М., 1983 г., с. 55; Лемецкая Т. И. Клинико-экспериментальное обоснование классификации болезней пародонта и патогенетические принципы лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта. Диссертация доктора мед. наук. - М. 1998 г. , с. 62; Суражев Б.Ю. Оценка эффективности хирургического лечения больных хроническим пародонтитом по показателям капиллярного кровотока и перекисного окисления липидов. Диссертация канд.  
25 мед. наук. - М., 1999 г., с. 144 и др. ).

Хроническое течение воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта и нарастающая при этом гипоксия, поражение ферментативных систем клеток  
30 истощают физиологическую антиоксидантную систему (ФАС) и приводят к снижению эффективности антирадикальной защиты. Ухудшение микроциркуляции усугубляется еще и тем, что под воздействием перекисного окисления липидов (ПОЛ) снижается антиагрегационная способность тканей пародонта (Силенко Ю.И. Тромбоустойчивые свойства ткани пародонта и процессы перекисного окисления в них у различных животных  
35 и человека. Автореферат диссертации канд. мед. наук. - г. Львов, 1988 г., с. 22). Роль дефицита антиоксидантов в возникновении ЗП показана в эксперименте (Мищенко В.М., Силенко Ю.И., Хавинсон В. Х. , Токарев О.Л. Влияние цитомедина на состояние перекисного окисления липидов и гемостаз при спонтанном пародонтите у крыс. Стоматология. 1991 г. , 5, с. 12-14). В клинике выявлена корреляция  
40 патоморфологических изменений пародонта с увеличением уровня ПОЛ (Нидзельский М.Я. Антиоксидантная недостаточность и пародонтоз. Сб. "Биоантиоксиданты и свободнорадикальная патология". - г. Полтава, 1987 г., с. 59-61).

Поэтому применение антиоксидантов в качестве корректоров ФАС при воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваниях пародонта патогенетически обосновано.

45 Известны различные способы лечения воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта и применяемые при этом лекарственные средства, определяемые общим состоянием организма, формой и тяжестью воспалительного (воспалительно-деструктивного) процесса в пародонте.

Независимо от формы и стадии патологии воспалительных и воспалительно-  
50 деструктивных заболеваний пародонта местное лечение начинают с тщательного удаления зубных отложений с последующей антисептической обработкой десневого края. Важным этапом в лечении воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта является коррекция гигиены полости рта и контроль за качеством чистки зубов. Лечение

включает: 1) тщательное соблюдение гигиены полости рта с применением паст и полосканий, оказывающих противовоспалительное и антиэкссудативное действие; 2) удаление зубного камня, налета; 3) применение лекарственных средств, дающих кератопластический эффект, аппликаций хлорофиллипта, 0,2% раствора сальвина, отвара ромашки, 5% бутадионовой мази; 4) массаж десен; 5) ортодонтическое лечение по показаниям.

Цели местной терапии: ликвидация или уменьшение микроциркуляторных нарушений и связанных с ними воспалительно-деструктивных изменений в пародонтальных тканях; устранение отека; уменьшение отрицательного влияния микрофлоры пародонтальных карманов; нормализация тканевого обмена, окислительно-восстановительных процессов, способности тканей пародонта к регенерации.

При наличии гнойного отделяемого из пародонтальных карманов наряду с антисептической обработкой, осуществляемой препаратами нитрофуранового ряда (фурацилин 1: 5000, фурагин, фуразолидон в растворах), раствором хлоргексидина 0,05%, калия перманганата 1:1000, этакридина лактата (риванола 1:1000), метрагила 1%, необходимо назначать больному прием внутрь препаратов трихопола 0,25 и его аналогов (метранидазола, макмиррола и др.) или линкомицина 0,5 (по 2 капсулы два раза в день после приема пищи) в течение 5 дней. Назначение антигистаминных препаратов с целью десенсибилизирующей и противовоспалительной терапии (димедрол 0,05, супрастин 0,025, диазолин 0,05 пипольфен, тавегил) позволит снизить аллегрический компонент воспаления (Иванов В.С. Заболевания пародонта. 3-е издание, переработанное и дополненное. - М.: Мед. информ. агентство, 1998 г., с. 296).

Назначают также витамин С и витамины группы В, используют половые гормоны, препараты, обладающие стимулирующим действием (продигиозан, ФиБС, алоэ и др.), анаболизирующим эффектом (пентоксил, неробол, метилурацил и др.). Проводится физиотерапия (дарсонвализация, вакуум, гидромассаж и др.). Для устранения патологической окклюзии производится сошлифовывание коронок зубов, зубное протезирование. В ряде случаев - дието-, курорто- и психотерапия. Осуществляется диспансерное наблюдение (Никитина Т.В. Пародонтоз. - М.: Медицина, 1982 г., с. 256).

Известны способы лечения воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта включающие применение вазоактивных средств, антиоксидантов (никотиновой кислоты, аскорбиновой кислоты,  $\alpha$ -токоферола ацетата), включение которых в комплексную терапию больных ХГП в стадии ремиссии обеспечивает нормализацию микроциркуляции в десне и свободнорадикальное окисление (СРО) периферической крови (Т.И. Лемецкая, Лечение воспалительных заболеваний пародонта. - М., 1983 г., с. 55; Лемецкая Т.И. Клинико-экспериментальное обоснование классификации болезней пародонта и патогенетические принципы лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта. Диссертация доктора мед. наук. - М., 1998 г., с. 62; Суражев Б.Ю. Оценка эффективности хирургического лечения больных хроническим пародонтитом по показателям капиллярного кровотока и перекисного окисления липидов. Диссертация кандидата мед. наук. - М., 1999 г., с. 144 и др.).

Однако использование большинства препаратов имеет ряд существенных недостатков: устранение этиологического фактора не всегда приводит к положительным результатам лечения, так как изменения в пародонте развиваются по типу патогенетического процесса, требующего воздействия на ведущие патогенетические звенья патологии.

Кроме того, при длительном применении этих препаратов возникает снижение чувствительности к ним, привыкание. Это вызывает необходимость увеличения дозы, что не всегда благоприятно отражается на состоянии больного.

Антибиотик линкомицин, например, обладает способностью накапливаться в костной ткани (в том числе в альвеолярном отростке челюстей), повышает неспецифическую реактивность организма и действует на микрофлору, устойчивую к другим антибиотикам. При этом обязательно назначают нистатин 0,5 (по 1 таблетке два раза в день) в качестве противогрибкового средства для предупреждения дисбактериоза в полости рта и

развития кандидоза.

Большинство применяемых препаратов незначительно улучшают состояние больного, не приводя к стабилизации результатов лечения.

Известен способ лечения пародонтита (патент SU 1789214, МПК А 61 К 6/02, 1993 г. ),  
5 включающий применение препарата "Олифена" в виде 7%-ного водного раствора в качестве антиоксиданта. При лечении пародонтита препарат наряду с антигипоксическими свойствами проявляет антиокислительные и нормализующие гнойно-деструктивные процессы, что ускоряет процессы заживления и позволяет использовать препарат в случаях средней и тяжелой форм заболевания.

10 Способ заключается в том, что после обработки ротовой полости раствором антисептиков, тщательного удаления над- и доступных поддесневых отложений, устранения других местных раздражителей (нависающих краев пломб, травматической окклюзии и др.) проводят местную медикаментозную терапию.

С этой целью в пародонтальные карманы вводят ватные турунды, пропитанные 7%-ным  
15 водным раствором олифена, которые закрывают защитными повязками из парафина на 2-3 часа при отсутствии абсцедирования тканей и на 30 мин без защитной повязки при наличии гноетечения из карманов и/или абсцедирования тканей. Процедуру повторяют ежедневно или через день до исчезновения признаков заболевания, что происходит через 3-5 посещений.

20 Однако достигнуть стойкой выраженной ремиссии не удается. Проведение только одного местного лечения недостаточно, так как патогенетические механизмы формирования заболеваний пародонта (в том числе и пародонтита) затрагивают все системы организма.

Не отрицая влияния местных факторов, важную роль в возникновении и развитии генерализованного пародонтита ряд ученых видит в различных общесоматических  
25 нарушениях, изменениях центральной и периферической нервной систем.

В связи с этим полученный положительный эффект при местном применении олифена является кратковременным.

Известен также способ лечения воспалительных и воспалительно-деструктивных процессов в пародонте (патент РФ 2053760, МПК А 61 К 6/08, 1996 г.), включающий  
30 применение биосинтетического губчатого покрытия на основе коллагена, сшитого поливинилового спирта диоксида - Дигиспона, обеспечивающего одновременно антибактериальное, сорбционное и коллагенстимулирующее действие. Способ осуществляется следующим образом. После антисептической обработки полости рта растворами 1% перекиси водорода, 0,06% хлоргексидина биглюконата, тщательного снятия  
35 над- и поддесневых назубных отложений, устранения других местных раздражителей (нависающих краев пломб, травматической окклюзии) проводят местную медикаментозную терапию.

С этой целью десневые и пародонтальные карманы высушивают ватными турундами и вводят в карманы гладилкой дигиспон в количестве 1,5-2 мм<sup>3</sup> и закрывают защитными  
40 повязками из парафина. Через 2-3 часа повязку удаляют. При гноетечении из пародонтальных карманов вводят дигиспон, но повязку не накладывают. Процедуру повторяют через 1-2 дня, курс лечения состоит из 3-6 процедур.

Однако проведение медикаментозной терапии только местным путем не позволяет получить стойкий терапевтический эффект, так как в основе заболеваний полости рта,  
45 обусловленных воспалительно-деструктивными процессами, лежат как внутренние, так и внешние неблагоприятные факторы, под влиянием которых происходит дезадаптация всего организма с нарушением функций всех его систем.

Препарат также малоэффективен при лечении хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени тяжести.

50 В качестве ближайшего аналога принят способ лечения хронического пародонтита (RU 2174230, кл. G 01 N 33/50, 33/52, 33/68, 2001 г.). Способ заключается в проведении комплексного лечения традиционными средствами, в дополнение к которому местную медикаментозную терапию проводят с применением 5% раствора мексидола в виде

полосканий и повязок и осуществляют внутримышечное введение мексидола в виде инъекций по 2 мл ежедневно в течение 12 дней.

Однако известный способ не является эффективным. По данным самих авторов использование способа приводит лишь к некоторому улучшению состояния тканей полости рта, а в некоторых случаях оно остается без изменений. Глубина пародонтальных карманов уменьшается при этом незначительно.

Задачей изобретения является создание высокоэффективного способа лечения воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта, позволяющего в короткие сроки получить более выраженный и стойкий терапевтический эффект и имеющего широкие функциональные возможности.

Сущность изобретения состоит в том, что в способе лечения воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта путем комплексного лечения, включающего местную медикаментозную терапию с применением 5% раствора мексидола в виде турунд и полосканий и введение мексидола в организм больного, введение мексидола осуществляют до проведения местной медикаментозной терапии, причем его вводят перорально по 100-500 мг в форме таблеток или капсул 1-2 раза в день и/или в виде 5% раствора по 2 мл 1 раз в день и/или внутримышечно в виде инъекций.

Использование изобретения позволяет получить следующий технический результат.

Способ лечения воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта с использованием мексидола по предложенной схеме является высокоэффективным и патогенетически обоснованным.

Он позволяет в короткие сроки получить выраженный терапевтический эффект (за 3-5 посещений), ускорить процессы заживления, ликвидировать воспаление (особенно при его обострении) тканей пародонта. Уже на 2-й день отмечается уменьшение отека, кровоточивости, болезненности десны.

Применение мексидола быстро приводит к значительному улучшению состояния тканей пародонта.

Мексидол не оказывает побочного действия, что дает возможность применять его у пациентов, страдающих аллергиями.

Высокая эффективность позволяет использовать мексидол для лечения средней и тяжелой степени тяжести заболевания.

Способ лечения воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта мексидолом обеспечивает длительную ремиссию.

Способ отличается простотой, не связан с инъекциями препарата и может быть внедрен в практику врачей-стоматологов пародонтологических кабинетов, отделений стоматологических поликлиник, амбулаторий и медсанчастей.

Широкий спектр действия препарата позволяет рекомендовать включение мексидола в зубные пасты, зубные эликсиры, жевательные резинки и другие композиции с целью профилактики и лечения воспалительных заболеваний полости рта (в том числе и пародонтита).

Высокая эффективность способа обусловлена прежде всего широким спектром действия мексидола.

Авторами установлено, что при лечении воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта препарат проявляет также антигипоксическое действие, восстанавливает микроциркуляцию, повышает местный иммунитет, что позволяет воздействовать на основные звенья патогенеза заболевания.

Восстановление микроциркуляции происходит за счет стабилизации проницаемости клеточных мембран стенок капилляров, поддержания их эластичности, нормализации в них обменных процессов на клеточном уровне. Мексидол ингибирует интенсивность свободнорадикального окисления липидов, вследствие чего повышается его непосредственное действие на дыхательную цепь с увеличением аденозинтрифосфата (антигипоксический эффект), что приводит к улучшению снабжения тканей кислородом, в результате чего тормозится развитие дистрофических и склеротических изменений в

тканях. Изменение текучести мембран капилляров способствует уменьшению вязкости крови за счет нормализации соотношения атерогенных и антиатерогенных фракций липопротеинов, снижению концентрации триглицеридов и общего холестерина в крови, уменьшению вязкости липидного слоя, угнетению агрегации тромбоцитов, что приводит к  
5 улучшению реологических свойств крови и в конечном итоге к повышению кровоснабжения пародонта, стимулируя тем самым процессы регенерации и репарации.

Антитоксическое действие мексидола достигается за счет снижения токсического уровня свободных радикалов, сорбционного воздействия на первичный источник воспалительного эндотоксикоза (связывания эндо- и экзотоксинов), выведения их из организма,  
10 стабилизации клеточных мембран и стенок сосудов, что препятствует проникновению микрофлоры, токсинов и продуктов распада в кровь. Мексидол, обладая мембраномодулирующими свойствами, стимулирует процессы детоксикации, нормализует микрофлору полости рта, что приводит к нормализации метаболизма клеток и тканей пародонта. Стимулируя энергетические процессы в них, он также способствует  
15 значительному улучшению результатов лечения.

Мексидол стимулирует звено неспецифической гуморальной защиты, в результате которой снижается продукция провоспалительных лейкотриенов, что приводит к уменьшению воспалительного повреждения тканей пародонта и повышению местного иммунитета за счет повышения фагоцитирующей активности лейкоцитов, увеличивает  
20 содержание лизоцима слюны. Лизоцим воздействует на клеточную стенку микроба, разрушает ее, вследствие чего липидный слой мембраны клетки микроба становится неустойчивым. Мексидол также способствует увеличению иммунокомпетентных клеток, повышению секреторного иммуноглобулина А слюны.

Введение раствора мексидола в пародонтальный карман и на десну при полоскании  
25 обеспечивает: связывание эндо- и экзотоксинов, выведение их из организма, нормализацию клеточных мембран и стенок сосудов, улучшение микроциркуляции, антиагрегационное действие, повышение уровня напряжения кислорода в тканях десны. Мексидол, воздействуя на первичный источник воспалительного эндотоксикоза, препятствует проникновению микрофлоры, токсинов и продуктов распада тканей из  
30 пародонтального кармана в кровь, способствует элиминации компонентов воспаления из очага.

Введение мексидола до проведения местного медикаментозного лечения усиливает эффективность последнего, так как в ткани пародонта успевают проникать действующее  
35 вещество препарата, оказывая на них лечебное воздействие. Одновременное воздействие на весь организм в целом и на патологически измененные ткани пародонта через кровеносное русло и слизистую оболочку приводит к одновременному повышению как местного иммунитета, так и общей резистентности организма, что обеспечивает значительное ускорение репаративных процессов и стойкую ремиссию.

Способ лечения воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний  
40 пародонта осуществляется следующим образом.

Предварительно, до проведения местной медикаментозной терапии в организм больного вводят мексидол. В зависимости от тяжести и формы воспалительного процесса, наличия гнойных осложнений его вводят перорально (например при гингивитах) по 100-500  
45 мг в форме таблеток или капсул 1-2 раза в день или в виде 5% раствора по 2 мл 1 раз в день и/или вводят внутримышечно (например при тяжелых формах заболевания пародонта) в виде инъекций 5% раствора по 2-4 мл 1 раз в день.

Возможно сочетанное применение мексидола: перорально и внутримышечно при тяжелой форме заболевания пародонта.

Введение мексидола осуществляют в течение 7-14 дней.

50 В стационаре сначала осуществляют антисептическую обработку полости рта 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата. После чего проводят тщательное удаление над- и поддесневых зубных отложений, устраняют другие местные раздражители (нависающие края пломб, травматическую окклюзию и др.). Затем проводят местную медикаментозную

терапию.

С этой целью в пародонтальные карманы вводят ватные турунды, пропитанные 5% раствором мексидола на 30 мин и назначают этот лекарственный раствор в виде полосканий полости рта.

5 Процедуру повторяют ежедневно до исчезновения признаков заболевания. Курс лечения включает 3-10 процедур.

В зависимости от формы и тяжести воспалительного процесса дополнительно по показаниям назначают антибиотики, например линкомицин 0,5 (по 2 капсулы два раза в день после приема пищи) в течение 5 дней; бактерицидный препарат широкого спектра действия бисептол по 1 таблетке утром и вечером после еды; препараты трихопола 0,25 и его аналогов (метранидазола, макмирола и др.); антигистаминные препараты: супрастин 0,025 или диазолин 0,05 два раза в день.

15 Способ использован при лечении 53 больных с воспалительными и воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта: 12 пациентов с гингивитом и 41 - с генерализованным пародонтитом.

Пример 1. Больной М. , 35 лет. Обратился с жалобами на кровоточивость десен при приеме пищи, чистке зубов, отложение зубного камня. Болен в течение 3 лет. К пародонтологу обратился впервые. Поставлен диагноз: обострение гипертрофического гингивита средней степени тяжести.

20 Индекс гигиены по Greene-Vermillion (OSI-S) до лечения равен 3,48, пародонтальный индекс по Russel (PI) до лечения равен 4,27, кровоточивость десен оценивали модифицированным индексом кровоточивости десневой борозды (SBI), равном 72,24, подвижность зубов (PPD) определена прибором Periotest фирмы Siemens (Германия).

25 Проведено комплексное лечение. Больному назначен мексидол перорально в виде капсул по 100 мг 2 раза в день, которые он принимал в течение 7 дней до проведения местной медикаментозной терапии: один раз утром перед посещением врача, второй раз вечером перед полосканием полости рта 5% водным раствором мексидола.

30 В первый день удалены твердые назубные отложения и мягкий "зубной" налет с зубов нижней челюсти, полость рта обработана 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата, на десневую борозду на 30 мин положены турунды, пропитанные 5% раствором мексидола.

35 На протяжении всего курса лечения больной в течение дня несколько раз обрабатывал полость рта 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата, 3 раза в день после проведения гигиенических мероприятий полоскал полость рта 5% водным раствором мексидола, принимал бисептол по 1 таблетке утром и вечером после еды; супрастин 0,025 два раза в день.

40 Во второе посещение больной отметил незначительную кровоточивость во время чистки зубов и отсутствие кровоточивости во время приема пищи. При осмотре отмечено уменьшение отечности межзубных сосочков, уменьшение отека свободной десны. Удалены назубные наддесневые отложения в области зубов верхней и нижней челюсти слева и справа. Полость рта обработана 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата. На десневую борозду снова на 30 мин положены турунды.

При четвертом посещении установлено, что жалобы у больного отсутствуют, слизистая оболочка имеет розовый цвет, проба Шиллера-Писарева отрицательна.

Изменение стоматологических индексов в процессе лечения приведено в табл. 1.

45 Изменение биохимических показателей в смешанной слюне в процессе лечения приведено в табл. 2.

Для острого воспаления характерно развитие нейтрофильного лейкоцитоза с регенераторным сдвигом, что особенно хорошо выявляется по величине "лейкоцитарного индекса интоксикации" (ЛИИ). Этот индекс определяется по формуле

$$50 \frac{(4\text{Ми} + 3\text{Ю} + 2\text{П} + \text{С}) \cdot (\text{Пл} + 1)}{(\text{Л} + \text{Мои}) \cdot (\text{Э} + 1)} = \text{ЛИИ}(\text{норма } 0,5 - 1,5),$$

где Ми - миелоциты, Ю - юные, П - палочкоядерные, Пл - плазматические клетки, С - сегментоядерные, Л - лимфоциты, Э - эозинофилы, Мои - моноциты (в процентах).

Регенераторный сдвиг происходит, главным образом, за счет увеличения числа



палочкоядерных нейтрофилов, появления юных форм и значительно реже - миелоцитов. В большинстве случаев число лейкоцитов при остром воспалении возрастает до  $9-12 \cdot 10^9/\text{л}$ , но может достигать и  $20-30 \cdot 10^9/\text{л}$ .

5 Величина ЛИИ находится в прямой зависимости от интенсивности воспалительного процесса; в норме она составляет в среднем 0,5-1,5, при легком воспалении увеличивается до 2-3, а при тяжелом - превышает 5. Однако при изменении реактивности организма этот индекс может неадекватно отражать степень выраженности патологического процесса, например, когда низкая величина ЛИИ бывает при обширном воспалении и наоборот.

10 Причиной лейкоцитоза и регенераторного сдвига является активация симпатoadrenalовой системы, воздействие продуктов распада и токсинов, снижение иммунорезистентности организма.

До лечения у пациента ЛИИ был равен 2,5, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса и нарушении иммунного ответа организма. После проведенного 15 комплексного лечения - 0,58, что соответствует нормальным значениям. Кровоточивость десневой борозды значительно снизилась, подвижность зубов исчезла.

В результате лечения произошло улучшение состояния тканей полости рта, снижение стоматологических индексов и биохимических показателей.

20 Пример 2. Больная А., 49 лет. Обратилась с жалобами на боль в области 6, 7 зубов постоянного ноющего характера, усиливающуюся при приеме пищи, подвижность зубов, гноетечение из десен, постоянную кровоточивость последних, запах изо рта. Больной себя считает более 10 лет. Ранее лечилась нерегулярно, эффект от лечения был кратковременным. После обследования установлен диагноз: обострение хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени.

25 Индекс гигиены по Greene-Vermillion (OSI-S) до лечения равен 3,9, пародонтальный индекс по Russel (PI) до лечения равен 5,76; кровоточивость десен оценивали модифицированным индексом кровоточивости десневой борозды (SBI), равном 83,22, подвижность зубов (PPD) определена прибором Periotest фирмы Siemens (Германия).

30 Проведено комплексное лечение. Больной назначены внутримышечные инъекции 5% раствора мексидола по 2 мл ежедневно, который вводили в течение 10 дней один раз в день до проведения местной медикаментозной терапии.

В первое посещение стационара удалены твердые назубные над- и поддесневые отложения в области зубов верхней и нижней челюсти сплава, в пародонтальные карманы на 30 мин введены турунды, пропитанные 5% раствором мексидола.

35 В течение дня на протяжении всего курса лечения больная несколько раз обрабатывала полость рта 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата, 3 раза в день после проведения гигиенических мероприятий полоскала полость рта 5% водным раствором мексидола, принимала линкомицин 0,5 (по 2 капсулы два раза в день после приема пищи) в течение 5 40 дней; диазолин 0,05 два раза в день.

На следующий день больная отметила отсутствие гноетечения из пародонтальных карманов, значительное уменьшение боли в деснах. В это и следующее посещения (3-4-5-й дни лечения) удалены твердые назубные отложения с шеек и корней зубов верхней и нижней челюсти слева, проведен кюретаж пародонтальных карманов в области верхних моляров и премоляров справа и слева и окончательное удаление над- и поддесневых 45 назубных отложений с корней всех остальных зубов. В пародонтальные карманы введены турунды, пропитанные 5% раствором мексидола, на 30 минут.

При шестом посещении жалоб нет: слизистая оболочка десен розового цвета, межзубные сосочки обычной величины, подвижность зубов уменьшилась, неприятный запах изо рта исчез, повысился уровень активности супероксиддисмутазы и снизился 50 уровень малонового диальдегида в смешанной нестимулированной слюне (как показатели, характеризующие состояние перекисного окисления липидов - ПОЛ).

Изменение стоматологических индексов в процессе лечения приведено в табл. 3.

Изменение биохимических показателей в смешанной слюне в процессе лечения

приведено в табл. 4.

До лечения у больной ЛИИ был равен 0,26, что свидетельствует о нарушении иммунного ответа организма. После проведенного комплексного лечения - 1,15, что соответствует нормальным значениям.

5 В результате лечения произошло улучшение состояния тканей полости рта, снижение стоматологических индексов и биохимических показателей, исчезновение симптомов хронического психоэмоционального напряжения.

#### Формула изобретения

10 Способ лечения воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта путем комплексного лечения, включающего местную медикаментозную терапию с применением 5% раствора мексидола в виде турунд и полосканий и введение мексидола в организм больного, отличающийся тем, что введение мексидола осуществляют до  
15 проведения местной медикаментозной терапии, причем его вводят перорально по 100-500 мг в форме таблеток или капсул 1-2 раза в день и/или в виде 5% раствора по 2 мл 1 раз в день и/или внутримышечно в виде инъекций.

20

25

30

35

40

45

50

Таблица 1

баллы	ОHI-S	PI	SBI	PPD
До лечения	2,04	2,12	27,41	1,23
После лечения	1,72	1,05	19,36	-

Таблица 2

	Малоновый диальдегид (Нмоль/мл)	Супероксиддисмутаза (Ед./мг белка)	Глутатионпероксидаза (Ед./мг белка)
До лечения	0,35	28,60	0,18
После лечения	0,21	31,45	0,15

Таблица 3

баллы	ОHI-S	PI	SBI	PPD
До лечения	3,90	5,76	83,22	6,81
После лечения	1,89	2,13	32,46	2,04

Таблица 4

	Малоновый диальдегид (Нмоль/мл)	Супероксиддисмутаза (Ед./мг белка)	Глутатионпероксидаза (Ед./мг белка)
До лечения	0,80	34,95	0,21
После лечения	0,23	62,30	0,23