



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40496 (13) A

(51) 7 A61K7/16

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ З ВІДНОВЛЕННЯМ НОРМОБІОЗУ ПАРОДОНТАЛЬНИХ ТКАНИН

(21) 2001032003

(22) 27.03.2001

(24) 16.07.2001

(33) UA

(46) 16.07.2001, Бюл. № 6, 2001 р.

(72) Мащенко Ігор Сергійович, Самойленко Андрій Валерійович, Гудар'ян Олександр Олександрович, Бунь Юрій Миколайович

(73) Дніпропетровська державна медична академія, UA

(57) 1. Спосіб лікування генералізованого пародонтиту з відновленням нормобіозу пародонтальних тканин, що містить всебічне оздоровлення ротової порожнини та зубів з наступною комплексною медикаментозною терапією шляхом використання протизапальних, антимікробних та імуностимулю-

ючих агентів, який **відрізняється** тим, що при комплексній терапії додатково здійснюють відновлення нормобіозу пародонтальних тканин після тотальної ліквідації мікроорганізмів в цій екологічній ніші, при цьому впливають аеробактом, як засобом відновлення нормобіозу, Д-Нолом, амокси-клавом та метронідазолвмісним гелем "Метрогіл-Дента", як антимікробними та протизапальними агентами.

2. Спосіб лікування генералізованого пародонтиту з відновленням нормобіозу пародонтальних тканин за п. 1, який **відрізняється** тим, що Д-Нол та амокси-клав призначають для загального викорис-тання, а аеробакт і метронідазолвмісний гель "Ме-трогіл-Дента" - для місцевого.

Винахід відноситься до медицини, переважно до вживання ліків і медикаментів для стоматологічних або гігієнічних цілей і може бути використаний у терапевтичній стоматології для усунення патологічних явищ у тканинах пародонту при генералізованому пародонтиті.

Існує чимало способів впливу на перебіг, патогенез і клініку генералізованого пародонтиту шляхом парентального, перорального чи місцевого введення антибактеріальних препаратів.

Відомий спосіб лікування генералізованого пародонтиту, що містить всебічне оздоровлення ротової порожнини та зубів з наступною медикаментозною терапією з використанням етонію, іммобілізованого на кремнеземі, прискорює регенеративні процеси і дозволяє поширити арсенал терапевтичних засобів [1].

Такі ж результати властиві й іншому способу лікування генералізованого катарального гінгівіту, що містить всебічне оздоровлення ротової порожнини та зубів з наступною медикаментозною терапією лікарськими плівками з солями хлоргексидіну, шляхом аплікацій на ясневий край [2].

Але, обидва рішення задачі хоча й трохи скорочують терміни лікування захворювань порожнини рота, у т.ч. й генералізованого пародонтиту, при використанні не спроможні забезпечити одержання очікуваного технічного результату, тому що вони не забезпечують усунення набряку ясен, не

впливають на мікробний агент та змінені фактори неспецифічного захисту.

Додатковий аналіз деяких джерел науково-технічної інформації [3, 4, 5 й інших] інформує про те, що у відомих рішеннях задачі не визначені механізми впливу на патогенність і видову належність мікроорганізмів, стан імунних сил, локальної імунної та специфічної резистентності, на тлі порушень багатьох функціональних систем організму (мікроциркуляторної, ендокринної, нервової тощо), які визначають характер клінічної картини і кінець запальних захворювань пародонту.

Найбільш близьким способом того ж призначення до запропонованого винаходу, що збігається з ним за максимальною кількістю істотних ознак і технічною суттєвістю, є спосіб лікування генералізованого пародонтиту, що містить всебічне оздоровлення ротової порожнини та зубів з наступною комплексною медикаментозною терапією шляхом використання протимікробних та протизапальних препаратів, відповідно до якого, при здійсненні медикаментозної терапії призначають склад, що містить метронідазол, як антимікробний, і димексид, як протизапальний засіб.

На підставі вище наведених тверджень слід висловити, що відоме рішення задачі трохи покращує клінічний результат за рахунок комплексного використання метронідазолу та димексиду [6].

Це пояснюється тим, що комплексні призна-

(19) UA (11) 40496 (13) A

чення досить часто дозволяють підвищити вплив на етіологічні та патогенетичні фактори генералізованого пародонтиту, поширюваність запального процесу, клінічні прояви, на підставі яких можливо впроваджувати адекватні лікувальні заходи [5].

У конкретному випадку перевернення результату відбувається за рахунок усунення патологічної дії мікробного агента.

Метронідазол, як протимікробний засіб впливає на простіших, усуває їх з тканин пародонту, а димексид, якому властиві окрім протизапального ще й антимікробний ефект, посилює дію терапевтичного комплексу.

Причини, що перешкоджають одержати очікуваний технічний результат (або використати відомий спосіб) обумовлені, здебільшого, відсутністю в комплексі препарату, який ефективно усуває набряк тканин ясен, як одного з головних проявів генералізованого катарального гінгівіту, заходів індивідуалізації терапії та впливу на мікробні фактори, що формуються осередниками запалень у маргінальному пародонті, як ініціаторами розвитку генералізованого пародонтиту [3, 4], відповідно до конкретної етіології, патогенезу та поширюваності захворювання, патогенності та видової належності мікроорганізмів, функціональних станів означених вище систем, а відтак - неадекватністю існуючих терапевтичних приймачів.

Клінічні, рентгенологічні, мікробіологічні та імунологічні комплексні дослідження заявника серед хворих на генералізований пародонтит свідчать про те, що у хворих генералізованим пародонтитом відмічена різна зміна біоценоза тканин пародонту. Поряд із стрептококовою і стафілококовою інфекцією висівалися інші мікроорганізми. Так, за частотою виявлення умовно-патогенні мікроорганізми у цих хворих розподілились наступним чином: *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Actinobacillus actinomycetent comitans*, *Compylobacter recta* (89,4%), гемолітичні стрептококи і трихомонади (42,3%), гемолітичні стафілококи і ентеробактери (39,7%), клебсієла (23,1%). Перераховані мікроорганізми виявлялись у вищих концентраціях - від 10^6 до 10^{10} КОЕ/од.субстр. Слід зауважити, що в цілому у хворих генералізованим пародонтитом анаеробна флора переважала над аеробною, а розвиток захворювання є наслідком масивної мікробної контамінації.

Отже, технічні властивості прототипу, що обумовлені його ознаками, недостатні для досягнення потрібного важливого технічного результату, тому, що даний комплекс впливає тільки на мікробний агент, але не враховує зміни, що присутні в імунній системі.

До основи способу лікування генералізованого пародонтиту поставлено задачу шляхом усунення патогенної мікрофлори пародонтальних кишень, ліквідації дефіциту місцевих імунних та неспецифічних факторів захисту та використанні засобу, що дозволяє відновити нормобіоз пародонтальних кишень, що пропонується вперше, забезпечити скорочення термінів лікування, кількість рецидивів у віддаленому періоді при використанні винаходу.

Означений технічний результат при використанні винаходу досягається тим, що у відомому способі лікування генералізованого пародонтиту що містить всебічне оздоровлення ротової порож-

нини та зубів з наступною комплексною медикamentозною терапією шляхом використання проти-запальних, антимікробних та імуностимулюючих агентів, особливість полягає в тому, що застосовується аеробакт, основу якого складають живі не-патогенні мікроорганізми *Aerococcus viridans* для відновлення нормобіозу пародонтальних тканин, після тотальної ліквідації всіх мікроорганізмів у цій екологічній ніші за рахунок загального використання Д-Нолу, амоксиклаву та місцевого - метронідазолмісткого гелю "Метрогіл-Дента".

Проведено вивчення кількісного і видового складу пародонтальної інфекції, встановлено параметри еубіозу пародонтальних тканин здорового контингенту населення.

По результатах бактеріологічного і мікробіологічного методів дослідження у 20 здорових людей не було виявлено ознак інфікування тканин пародонту патогенною мікрофлорою. В незначній кількості (10^1 КОЕ/на од.субстр.) висівалися *Aerococcus viridans* (90%), *Str. Sanguis* (40%), *Str.salivarius* (30%), *Staph. Saprophyticus* (30%), *Staph. Epidermidis* (20%), *E.coli* (20%), гриби роду *Candida* (10%).

У хворих генералізованим пародонтитом відмічена різна зміна біоценоза тканин пародонту. Поряд із стрептококовою і стафілококовою інфекцією висівалися інші мікроорганізми. Так, за частотою виявлення умовно-патогенні мікроорганізми у цих хворих розподілились наступним чином: *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Actinobacillus actinomycetent comitans*, *Compylobacter recta* (89,4%), гемолітичні стрептококи і трихомонади (42,3%), гемолітичні стафілококи і ентеробактери (39,7%), клебсієла (23,1%). Перераховані мікроорганізми виявлялись у вищих концентраціях - від 10^6 до 10^{10} КОЕ/од.субстр. Слід зауважити, що в цілому у хворих генералізованим пародонтитом анаеробна флора переважала над аеробною, а розвиток захворювання є наслідком масивної мікробної контамінації.

Було проведено порівняння дослідження чутливості штамів аеробних бактерій пародонтальних кишень до цілої низки антисептичних препаратів та антибіотиків: хіноксидіну, нітазолу, етонію, Д-Нолу, цефалоксину, канаміцину, гентаміцину, лінкоміцину, стрептоміцину, еритроміцину, амоксиклаву. Майже всі штами мікроорганізмів були чутливі до комбінації хіноксидіну і Д-Нолу та амоксиклаву. На другому місці по ефективності стоїть гентаміцин, на третьому - канаміцин. Низька чутливість мікроорганізмів пародонтальної кишені була до лінкоміцину та стрептоміцину.

Одержані матеріали стали визначальними при виборі препаратів для місцевого застосування у хворих на генералізований пародонтит при проведенні клінічної їх апробації. В роботі використовували гелеподібну хіноксидінову пасту (Метрогіл "Дента"), до якої додавали Д-Нол. Пасту вводили в пародонтальні кишень, під парафінову пов'язку на 1-1,5 години, курсом 7-10 відвідувань. Перед використанням описаної вище пасти хворим санували порожнину рота - видаляли зубні відкладення, проводили лікування карієсу та його ускладнень, видаляли функціонально непридатні зуби та корені, юретаж пародонтальних кишень за показаннями, шинування рухомих зубів та інше. Такий ліку-

вальний комплекс використовувався у 36 хворих на генералізований пародонтит (I група хворих).

У 36 хворих на генералізований пародонтит (II групи) застосовувався антибактеріальний препарат загальної дії амоксицилін у загальноприйнятій парентеральній дозі. Курс терапії складав 7-8 днів.

Третя група хворих (110 чол.) приймала місцеву терапію за схемою I групи і загальний лікувальний комплекс II групи пацієнтів.

Треба зазначити, що всі хворі на генералізований пародонтит одержували поряд з антибактеріальною терапією також і імунотропну терапію лейкофероном. Препарат являє собою лікувальний комплекс людського інтерферона і цитокінів. Хворі генералізованим пародонтитом отримували лейкоферон в/м 3 рази на тиждень у години проведення курсів антибактеріальної терапії.

Нами встановлено, що при використанні лікувального комплексу III групи реєструються кращі клінічні і мікробіологічні результати в порівнянні з подібними даними хворих I та II груп. Ліквідація запалення в пародонті, яка документувалась відсутністю клінічних і параклінічних (по індексах і пробах) його ознак, досягнута у 105 (95%) хворих. Серед пацієнтів, які лікувались з використанням місцевої антибактеріальної терапії, таких хворих було 86,1%. Подібні результати отримані і у хворих після загальної антибактеріальної терапії (83,3%).

Контроль ефективності різних способів етіотропної терапії генералізованого пародонтиту за допомогою лабораторного аналізу проводили шляхом трикратного дослідження бактеріологічного матеріалу пародонтальних кишень від хворих генералізованим пародонтитом після отримання ними курсів комплексної антибактеріальної терапії. Після завершення лікування (на 10 день етіотропної терапії) пародонтальні мікроорганізми (у хворих з ліквідованим запаленням) частіше не виявлялись зовсім (у 90% випадків), або висівали у низьких концентраціях (10^1 КОЕ/од.субстр.). Однак, паралельно з цим відзначався низький рівень представників нормальної мікрофлори пародонтальних тканин, частота виділення яких мало змінювалась в порівнянні з такою до лікування.

Виявлена закономірність обумовлювала проведення третього етапу досліджень - пошук методу відновлення нормального біоценозу пародонтальної мікрофлори після прицільної і всебічної антибактеріальної терапії. Для цих цілей, як вже говорилося раніше, був використаний аеробакт. Подальше лікування у 91 хворого генералізованим пародонтитом і було проведено цим препаратом. Контролем слугували 91 хворий генералізованим пародонтитом, яким не призначали по завершенню етіотропної терапії цей препарат.

Мікробіологічне дослідження пародонтальної мікрофлори після використання аеробакту виявило позитивні зрушення в мікробному статусі хворих на генералізований пародонтит: спостерігалося відновлення еубіозу у 89 (97,8%) пацієнтів. У хворих, яким не використовували аеробакт, таке відновлення в ці терміни обстеження реєструвалося тільки у 39 (42,8%) випадках.

У віддалені терміни досліджень (через 6, 12 місяців) у хворих на генералізований пародонтит,

у яких було досягнуто відновлення нормального біоценозу в пародонтальних тканинах, не було порушення процесів трансформації мікробіоценозу і вивчаємої екоїні і не зареєстровано рецидивів запалення у 84 із 89 (94,3%) хворих. Кореляційний зв'язок між клінічними показниками і особливостями обсіменіння пародонтальних тканин був достовірним ($p < 0,05$).

Вже через 3 місяці у 50,5% хворих, а через 12 місяців у 56,0% хворих на генералізований пародонтит, які не лікувались аеробактом, встановлений недостатній ефект від бактеріальної терапії. Контрольне бактеріологічне дослідження виявило у них наявність у пародонтальних тканинах вегетуючих форм цілої низки пародонтальних мікроорганізмів.

Перш за все із пародонтальних кишень висівалися *Campylobacter recta*, *Porphyromonas gingivalis*, *Actinobacillus actinomycetens comitans*, ентеробактерії, гемолітичні стрептококи та стафілококи, кишкова паличка, гриби роду *Candida*. Потрібно віддати належне, що в ці терміни дослідження перелічені мікроорганізми висівалися ще в низьких концентраціях (10^2 - 10^3 КОЕ/од.субстр.). Це, з одного боку, підкреслює, що місцева та загальна антибактеріальна терапія дійсно використовувалась за призначенням, а з другого - невідновлений еубіоз пародонтальних тканин сприяє всетаки рецидивам розвитку пародонтальної інфекції. Це, безумовно, сприяє формуванню в подальшому рецидивів запалення в пародонті у хворих на генералізований пародонтит в переважній більшості в більш ранні терміни. Це висловлювання документується фактичними даними: число рецидивів у цій групі хворих через 3 місяці лікування було у 24,2% випадків, а через 12 місяців - у 31,9% хворих.

На відміну від прототипу враховується вплив різних інфекційних агентів і неоднозначний характер змін імунних механізмів місцевого захисту, а також доведена необхідність відновлення нормобіозу пародонтальних кишень, що дозволяє застосовувати доцільніші заходи, індивідуально до кожного з хворих, з цілеспрямованою антибактеріальною (етіотропною) терапією та необхідним обсягом заміної та стимулюючої імунотерапії, які сприяють скороченню термінів лікування і кількості рецидивів у віддаленому періоді при використанні винаходу.

Отже, сукупність істотних відокремлюючих ознак способу, що пропонується, є суттєвою, бо має причинно-наслідковий зв'язок з означеним вище технічним результатом. Відомості, що підтверджують можливість здійснення способу лікування генералізованого пародонтиту полягають у наступному.

Після всебічного оздоровлення ротової порожнини та зубів (видалення м'яких і твердих відкладень) проводилась комплексна терапія шляхом використання антимікробних, протизапальних та імунотропних препаратів, після якої проводили відновлення нормобіозу пародонтальних кишень, використовуючи аеробакт.

При лікуванні хворих на генералізований пародонтит призначають гелеподібну пасту "Метрогіл-Дента", до якої додавали Д-Нол, яка вводилась в пародонтальні кишень під парафінову пов'язку на

1-1,5 години, амоксиклав у загальноприйнятих парентеральних дозах та імунокорегуючу терапію лейкофероном. Курс лікування складав 7-10 днів. Для відновлення нормобіозу пародонтальних кишень призначають аеробакт за такою схемою: 2-4 дози 2-3 рази на день, добовий прийом - 8-10 доз перорально за 30-40 хвилин до їжі. Курс лікування склав 9-10 днів.

У подальшому у хворих на генералізований пародонтит контролюють ступінь кровотечі, гіперемії та набрякості ясен, та ступінь рухливості зубів. Терміни лікування за способом, що пропонується, складають 8-11 днів.

Приклад № 1. Хворий Х., 36 років. Діагноз: генералізований пародонтит. Скарги на кровотечу та біль в яснах, рухливість зубів. За словами хворого, він страждає на цю патологію 3 роки, раніше не лікувався.

Об'єктивно: слизова оболонка ясен гіперимована, набрякла, край ясен фронтальної групи зубів рихлий, синюшний, кровотеча при дотику, корені зубів заголені на 1/2, рухливість зубів 2 ступеня. Проба Шиллера-Пісарєва позитивна (коричневе забарвлення), індекс гігієни за Федоровой-Володкіной - 2,3 (незадовільно).

		П		П			С	С					С		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
		П	П										П	С	

Лікування: після видалення зубних відкладень та антисептичної обробки порожнини рота призначають гелеподібну пасту "Метрогіл-Дента", до якої додають Д-Нол, яка вводилась у пародонтальні кишень під парафінову пов'язку на 1-1,5 години, амоксиклав у загальноприйнятих парентеральних дозах та імунокорегуючу терапію лейкофероном. Курс лікування складав 7-10 днів.

Зменшення ступеня набрякості та гіперемії ясен спостерігалось після 4-5 сеансу. А повне зникнення клінічних ознак запалення після 8 сеансу, що підтверджувалось клінічними пробами (проба Шиллера-Пісарєва - негативна, індекс гігієни за Федоровой-Володкіной - 1,2 (добре) Але через 3 місяці після лікування спостерігався рецидив захворювання з чітко вираженими клінічними симптомами та всі лабораторні показники повертались до рівня, який спостерігався до лікування.

Приклад № 2. Хворий К., 40 років. Діагноз: генералізований пародонтит. Скарги на кровотечу та біль в яснах, рухливість зубів. За словами хворого страждає на цю патологію 3 роки, раніше не лікувався.

Об'єктивно: слизова оболонка ясен гіперимована, набрякла, край ясен фронтальної групи зубів рихлий, синюшний, кровотеча при дотику, корені зубів заголені на 1/2, рухливість зубів 2 ступеня. Проба Шиллера-Пісарєва позитивна (коричневе забарвлення), індекс гігієни за Федоровой-Володкіной - 2,1 (незадовільно)

О		С												П	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
О			П										С	С	О

Лікування: після видалення зубних відкладень та антисептичної обробки порожнини рота призна-

чають гелеподібну пасту "Метрогіл-Дента", до якої додавали Д-Нол, яка вводилась в пародонтальні кишень під парафінову пов'язку на 1-1,5 години, амоксиклав в загальноприйнятих парентеральних дозах та імунокорегуючу терапію лейкофероном. Курс лікування складав 7-10 днів. Після цього для відновлення нормобіозу пародонтальних кишень призначають аеробакт за такою схемою: 2-4 дози 2-3 рази на день, добовий прийом - 8-10 доз перорально за 30-40 хвилин до їжі. Курс лікування склав 9-10 днів.

Зменшення ступеня набрякості та гіперемії ясен спостерігалось після 4-5 сеансу. Повне зникнення клінічних ознак запалення спостерігалось після 7 сеансу, що підтверджувалось клінічними пробами (проба Шиллера-Пісарєва - негативна, індекс гігієни за Федоровой-Володкіной - 1,6 (задовільно). Через 1,5 роки рецидивів не спостерігалось, показники стану імунної системи та мікробіологічні показники залишались в межах допустимої норми.

Дослідження заявника, що проведені при вивченні стану хворих на генералізований пародонтит дозволили визначити, що включення комбінованого місцевого використання хіноксидіну і Д-Нолу з загальною терапією амоксиклавом та лейкофероном у хворих на генералізований пародонтит дозволяє ліквідувати патогенну мікрофлору пародонтальних тканин, але не сприяє відновленню нормального біоценозу.

Обґрунтована необхідність і підтверджена доцільність використання після етіотропної антибактеріальної терапії для відновлення еубіозу здорових пародонтальних тканин аеробакту.

При відновленні нормобіозу пародонтальних тканин у хворих на генералізований пародонтит повна клініко-лабораторна ремісія протягом року і більше спостерігається у 94,3%, тоді як у хворих без його корекції тільки у 69,1%.

Для підтвердження технічного результату у таблиці № 1 були порівняні між собою показники ефективності найбільш розповсюджених методик лікування генералізованого катарального гінгівіту, прототипу та способу, що пропонується.

До аналізу були включені "Спосіб лечения воспалительных заболеваний пародонта" [9], "Способ лечения пародонтита" [10] та прототип - "Состав для лечения воспалительного процесса в пародонте" [6].

Таким чином, заходи заявника, що запропоновані у винаході, значно перевершують досягнення найкращих об'єктів аналогічного призначення, завдяки відновленню нормобіозу пародонтальних кишень, після ліквідації набряку, дефіциту місцевих імунних і неспецифічних факторів захисту ясеневій борозни, яке надало можливість скоротити терміни лікування і кількість рецидивів у віддаленому періоді. Заходи заявника зведені до визначення наявності та характеру інфекційного фактору з адекватним впливом на них антибактеріальною та імуномодельюючою терапією, що поєднана у спільному комплексі більш ефективними фармакологічними засобами. Запропоноване технічне рішення може знайти використання у стоматології, а можливість його здійснення підтверджена конкретними клінічними прикладами.

Отже, запропонований "Спосіб лікування генералізованого пародонтиту з відновленням нормо-

біозу пародонтальних тканин" відповідає умовам "промислова придатність", "новизна" та "винахідницький рівень", що дозволяю кваліфікувати його винаходом України.

Джерела інформації

1. Пат. 214778 Росії, МПК6 А61К6/00, А61К31/205. Спосіб лікування воспалительных захворювань пародонта / Е.П. Роговая, Н.Н. Гаражная (Росип). - № 97115532; заявл. 19.09.97; опубл. 20.12.99.

2. Пат. 2108781 Росії, МПК 6 А61К9/70. Спосіб лікування пародонтита / В.К. Леонтьев, В.Р. Дедеян, Г.А. Чуходжан, А.И. Грудянов, С.А. Дедеян. (Росія). - № 96109080; заявл. 16.05.96.; опубл. 20.01.98.

3. Грудянов А.И., Чернова Ф.С., Морозова Л.И. Этиологическая роль некоторых видов микроорганизмов в патогенезе заболеваний пародонта // МРЖ. - 1986. - Разд. 12. - № 4. - С. 4-9.

4. Мащенко І.С. Вузлові питання клінічної пародонтології // Медичні перспективи. - 1996. - № 1. - С. 55-58.

5. Самойленко А.В. Генералізований пародонтит, асоційований з кампілобактеріальною інфекцією // Матеріали І (ІІІ) з'їзду Асоціації стоматологів України. - К., - 1999. - С. 234-235.

6. Пат. 2107489 Росії, МПК 6 А 61К/00. Состав для лечения воспалительного процесса в пародонте. / Л.М. Лукиних, С.Р. Сорокина (Россия). - № 9511 7795; заявл. 18.10.95; опубл. 27.03.98.

Таблиця

Порівняльний аналіз ефективності відомих методик лікування генералізованого пародонтиту

Об'єкти - аналоги				
Найменування та одиниці виміру показників	Спосіб лікування воспалительных захворювань пародонта	Спосіб лікування пародонтита	Состав для лечения воспалительного процесса в пародонте (прототип)	Спосіб лікування генералізованого пародонтиту з відновленням нормобіозу пародонтальних кишень (що пропонується)
1	2	3	4	5
Терміни ліквідації запалень, днів	14-16	16	12	8-10
Кількість рецидивів через 2 роки, %	34,8	30,8	27,6	5,7
Видужання, %	78	81	82	94

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22