



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40497 (13) A

(51) 7 A61K7/16

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ

(21) 2001032004

(22) 27.03.2001

(24) 16.07.2001

(33) UA

(46) 16.07.2001, Бюл. № 6, 2001 р.

(72) Мащенко Ігор Сергійович, Гудар'ян Олександр
Олександрович(73) Дніпропетровська державна медична ака-
демія, UA(57) Спосіб лікування генералізованого катараль-
ного гінгівіту, що містить всебічне оздоровлення
ротової порожнини та зубів з наступною комплекс-
ною медикаментозною терапією шляхом викорис-

тання протизапальних, антимікробних та імуно-
стимулюючих агентів, який **відрізняється** тим, що
при здійсненні медикаментозної терапії додатково
впливають нітазолом, як протинабряковим засо-
бом, метацилом, як імунокорегуючим засобом та
застосовують білу глину, як носій цих засобів, піс-
ля усунення патологічної дії тонзиллярних осередків
інфекції, при наступному співвідношенні інгредієн-
тів, г.:

Нітазол 0,05-0,15

Метацил 1,0-3,0

Біла глина 6,85-8,95.

Винахід відноситься до медицини, переважно
до вживання ліків і медикаментів для стоматологі-
чних або гігієнічних цілей і може бути використан-
ним у терапевтичній стоматології для усунення па-
тологічних явищ в тканинах ясен, що відбуваються
під впливом тонзиллярної інфекції з виразним де-
фіцитом місцевих імунних і неспецифічних факто-
рів захисту, при загостреному перебігу генералізо-
ваного катарального гінгівіту.

Існує чимало способів впливу на перебіг, пато-
генез і клініку генералізованого катарального гінгі-
віту шляхом парентального, перорального чи міс-
цевого введення антибактеріальних препаратів.

Відомий спосіб лікування генералізованого ка-
тарального гінгівіту, що містить всебічне оздоров-
лення ротової порожнини та зубів з наступною ме-
дикаментозною терапією препаратом, до вмісту
якого введені енкад і сушениця топ'яна (чи алтей-
ний корінь) у співвідношенні 1:10, який прискорює
регенеративні процеси і дозволяє поширити арсе-
нал терапевтичних засобів [1].

Такі ж результати властиві й іншому способу
лікування генералізованого катарального гінгівіту,
що містить всебічне оздоровлення ротової порож-
нини та зубів з наступною медикаментозною тера-
пією лікувально-профілактичною ароматичною їс-
тотною композицією "Хлорофілова", в разі зовніш-
нього використання останньої [2].

Але, обидва рішення задачі хоча й декілька
скорочують терміни лікування захворювань поро-
жнини рота, у т.ч. й генералізованого катарального
гінгівіту, при використанні не спроможні забезпе-
чити одержання очікуваного технічного результа-

ту, тому що вони не забезпечують усунення на-
бряку 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 ме-
ханізми впливу на патогенність і видову належ-
ність мікроорганізмів, стан імунних сил, локальної
імунної та специфічної резистентності, на тлі по-
рушень багатьох функціональних систем організму
(мікроциркуляторної, ендокринної, нервової тощо),
які визначають характер клінічної картини і кінець
запальних захворювань пародонту.

Найбільш близьким способом того ж призна-
чення до запропонованого винаходу, що збігаєть-
ся з ним за максимальною кількістю істотних ознак
і технічною суттєвістю, є спосіб лікування генера-
лізованого катарального гінгівіту, що містить все-
бічне оздоровлення ротової порожнини та зубів з
наступною комплексною медикаментозною терапі-
єю шляхом використання протимікробних та іму-
ностимулюючих препаратів, відповідно до якого,
при здійсненні медикаментозної терапії назнача-
ють реоферон, як регенеративний, і продігіозан, як
імуностимулюючий засоби [6].

На підставі вище наведених тверджень слід
зазначити, що відоме рішення задачі декілька по-
кращує клінічний результат за рахунок комплекс-
ного використання реоферону у сполученні з про-
дігіозаном.

Це пояснюється тим, що комплексні призна-
чення досить часто дозволяють підвищити вплив
на етіологічні та патогенетичні фактори генералі-

(19) UA (11) 40497 (13) A

зованого катарального гінгівіту, поширюваність запального процесу, клінічні прояви, на підставі яких можливо впроваджувати адекватні лікувальні заходи [7].

У конкретному випадку перевернення результату відбувається покриттям дефіциту місцевих імунних і неспецифічних факторів захисту ясеневі борозни.

Продігіозан, як імуностимулюючий засіб з групи бактеріальних полісахаридів, стимулює фактори неспецифічної та специфічної резистентності організму, активує Т-систему імунітету, підвищує терапевтичну функцію реоферону, особливо при інфекційно-запальних процесах, і в сполученні з антибактеріальною терапією надає змогу підвищити тривалість її впливу [8], наприклад реофероном.

Причини, що перешкоджають одержанню очікуваного технічного результату (або використанню відомого способу) 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 катарального гінгівіту [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 прийомів.

Клінічні, рентгенологічні, мікробіологічні та імунологічні комплексні дослідження заявника серед хворих на генералізований катаральний гінгівіт свідчать про те, що наявність тонзиллярної інфекції сприяє зміні біоценозу ясеневі борозни в бік заміни стрептококової мікрофлори на стафілококову. Встановлено, що стафілококи ясеневі борозни у високих концентраціях (10^4 - 10^8 КОЕ/мл) сприяють більш глибокій уразливій дії ніж стрептококи на тканини ясен, зумовлюють виразний дефіцит місцевих імунних і неспецифічних факторів захисту та підгостру течію патологічного стану, про який йдеться. Патогенні стафілококи своїми ферментами і токсинами більшою мірою, ніж стрептококи, не тільки завдають шкідливої дії тканині маргінального пародонту, але й викликають більш виражену зміну захисних реакцій імунної системи на місцевому рівні у досліджуваних хворих. Це дозволило виділити два клінічні різновиди перебігу генералізованого катарального гінгівіту - хронічний та підгострий. До основи такого розподілу покладені особливості перебігу запального процесу в маргінальному пародонті та часовий фактор. Хронічний перебіг існує, коли генералізований катаральний гінгівіт не супроводжується виразною суб'єктивною симптоматикою із низькими показниками індексів та проб понад 6 місяців. Підгострий перебіг захворювання з'являється, коли генералізований катаральний гінгівіт підтверджується клінічною та параклінічною симптоматикою протягом 6 тижнів.

Отже, технічні властивості прототипу, що обумовлені його ознаками, недостатні для досягнення потрібного важливого технічного результату.

Поміж тим, вживання продігіозану інколи супроводжується хвилюю - розвитком лейкопенії, а у подальшому - лейкоцитозу [8], що викликає необхідність зупинення призначеного комплексу, що пов'язане з втратою його імуностимулюючих, активуючих та лонгуючих властивостей. Окрім того, вищезгадані засоби не сприяють ліквідації набряку в тканинах ясен, як однієї із характерних ознак запального процесу.

До основи способу лікування генералізованого катарального гінгівіту поставлено задачу шляхом ліквідації набряку та дефіциту місцевих імунних і неспецифічних факторів захисту ясеневі борозни, а також цілеспрямованої дії на мікробний агент, забезпечити скорочення термінів лікування і кількість рецидивів у віддаленому періоді при використанні винаходу.

Означений технічний результат при використанні винаходу досягається тим, що у відомому способі лікування генералізованого катарального гінгівіту, що містить всебічне оздоровлення ротової порожнини та зубів з наступною комплексною медикаментозною терапією шляхом використання протизапальних, антимікробних та імуностимулюючих агентів, який відрізняється тим, що при здійсненні медикаментозної терапії додатково впливають нітазолом, як протинабряковим засобом; метацилом, як протизапальним і прорегенеруючим засобом та застосовують білу глину, як носія цих засобів, після усунення патологічної дії тонзиллярних осередків інфекції, при наступному співвідношенні інгредієнтів, г.:

Нітазол 0,05-0,15

Метацил 1,0-3,0

Біла глина 6,85-8,95

Додаткове визначення наявності тонзиллярних осередків інфекції та кваліфікація характеру перебігу патологічного стану надає змогу інтегрально оцінити локальний імунологічний статус та місцеву неспецифічну резистентність у хворих на генералізований катаральний гінгівіт із підгострим та хронічним перебігами, виявити схожі та відмінні риси цих процесів, пов'язати виразність визначених змін із клінічними проявами запалень у маргінальному пародонті, а від того - з активністю клінічних ознак захворювання, ступенем обмінення та видами мікроорганізмів ясеневі борозни, на відміну від прототипу, вкрай до вживання адекватних терапевтичних препаратів.

Вживання хіноксидину, як протимікробного засобу, у суміші з антипірином для лікування генералізованого катарального гінгівіту пропонується не вперше і передбачає поширення утилітарних властивостей останніх у фармакології. Властивості хіноксидин-антипіринової пасти, що призначається при хронічному перебігу, дозволяють значно випередити позитивну динаміку клінічного прояву запального процесу у яснах, що пов'язана з ліквідацією їх мікробного обмінення. Імуномодельюча терапія метацилом полягає в отриманні більш стійкого імунного результату, що підтверджується зменшенням кількості рецидивів у віддалених періодах, завдяки поглибленню процесів клітинної регенерації, прискоренню процесів загоєння, більш ефективній стимуляції клітинно-гуморальних факторів захисту та лейкопоезу.

Даний метод лікування відноситься до традиційних, тобто відомих раніше та дозволяє у хворих на генералізований катаральний гінгівіт без супровідної патології отримати високі результати лікування, але виявляється не спроможним, щодо хворих на генералізований катаральний гінгівіт, що перебігає на фоні хронічного тонзиліту. Тому пропонується новий комплекс, створений з урахуванням особливостей перебігу генералізованого катарального гінгівіту на фоні хронічного тонзиліту.

Призначення нітазол-метацилової пасти для лікування генералізованого катарального гінгівіту при наявності його підгострого перебігу пропонується вперше і поширює уявлення про можливість використання властивостей її складових у фармакології. Нітазол, як протимікробний, а головне протинабряковий препарат, що доведено вперше, показує значні переваги над власними аналогами при застосуванні на фоні хронічного тонзиліту, які передбачаються, здебільшого в більш високій кількості випадків пригнічення росту стафілококів ясенної борозни, що мають більш глибоку шкідливу активність у порівнянні зі стрептококами. За даними заявника, призначення етіотропної терапії нітазолом, у середньому, зменшує обсіменінність ясенної борозни після лікування КОЕ S.Aures на $74,6 \pm 1,2\%$, КОЕ Epidemalis на $73,3 \pm 0,3\%$, а КОЕ Streptococcus на $96,3\%$. При цьому використання нітазолу у 70% хворих супроводжувалося зниженням кількості мікроорганізмів із 10^6 - 10^8 до 10^1 КОЕ. У хворих досягалась повна ліквідація запалення в маргінальній частині ясен. Місцеве вживання нітазол-метацилової пасти на фоні імуномодельючої терапії Т-активіном сприяло зникненню набряку, найбільшому зменшенню обсіменіння ясенної борозни патогенними мікроорганізмами при підгострій течії генералізованого катарального гінгівіту. Так, безпосередньо, після лікування - ліквідація КОЕ S.Aures на 100%, КОЕ Epidemalis на $98,83 \pm 3,1\%$ тощо.

Сукупність істотних ознак взагалі дозволила на завершення комплексних терапевтичних заходів нормалізувати спонтанну та індуковану фагоцитарну активність лейкоцитів, вміст імунокомпетентних клітин (Т-, В-, Д- та 0-лімфоцитів), рівні імуноглобуліну А, при тому, як у осіб із неліквованим запальним процесом у ясенній тканині параметри лабораторних тестів практично не змінювались у бік межі умовної норми.

На відміну від прототипу, врахована закономірність перебігу генералізованого катарального гінгівіту, що розвивається без супровідної патології або на фоні хронічного тонзиліту під впливом різних інфекційних агентів і неоднозначного характеру змін імунних механізмів місцевого захисту. Кваліфікація характеру перебігу патологічного стану, а саме, виявлення хронічного або підгострого перебігів, дозволяє застосовувати доцільніші заходи, індивідуально до кожного з хворих, з цілеспрямованою антибактеріальною (етіотропною) терапією та необхідним обсягом замінної 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 катарального гінгівіту полягають в наступному.

Після всебічного оздоровлення ротової порожнини та зубів (видалення м'яких і твердих відкладень) визначають наявність тонзиллярних осередків інфекції, які за рахунок патогенних стафілококів призводять до зміни біоценозу ясенної борозни (в бік превалювання стафілококів над стрептококами) та обумовлюють характер перебігу патологічного стану, як хронічний або підгострий; проводять їх ліквідацію. Після цього призначають нітазол-метацилову пасту з імуномодельючою терапією Т-активіном, де нітазол використовується як протинабряковий і антимікробний препарат.

При кваліфікації характеру перебігу генералізованого катарального гінгівіту можливо використання будь-яких лабораторних методик, що здатні виявити наявність патогенних стрептококів групи А, що відбивають стан хронічної течії, або золотистого й епідермального стафілококів у ясенній борозні пацієнта.

Для лікування стану, що зумовлений хронічним перебігом, у ясенну борозну вводять хіноксидин-антипіринову пасту, що містить 2,0 г хіноксидину, 0,1 г антипірину та 9,7 г білої глини. На останнє, протягом 25-30 днів здійснюють імуномодельючу терапію метацилом, у кількості по 0,5 г, 2-3 рази на день.

При лікуванні хворих на генералізований катаральний гінгівіт, що обтяжений хронічним тонзилітом, тобто стан якого кваліфіковано підгострим, призначають нітазол-метацилову пасту, що містить 0,05-0,15 г нітазолу, 1,0-3,0 г метацилу та 6,85-8,95 г білої глини. Для нормалізації місцевих імунних захисних реакцій призначають ін'єкції Т-активіну, протягом 10 днів, у кількості по 0,1 мл щоденно. Протягом лікування здійснюється антимікробна терапія (зрошування порожнини рота та міжзубних проміжків) 2% розчином хіноксидином.

При проведенні досліджень випробовувались декілька композицій нітазол-метацилової пасти. На підставі отриманих результатів було доведено, що оптимальними для лікування даного патологічного процесу є композиції № 2-4, але найбільш оптимальною є композиція № 3. Дані, що підтверджують інформацію наведені в таблиці 1.

У подальшому, у хворих з гінгівітами зі станами обох перебігів, контролюють ступінь кровотечі, гіперемії та набряклостей ясен, одночасно, хворі, які мають гінгівіт, обтяжений хронічним тонзилітом, наглядаються лікарем-отоларингологом.

Терміни лікування запалення за способом, що пропонується, складають 7-10 днів.

Приклад № 1. Хворий Х., 24 роки. Діагноз: генералізований катаральний гінгівіт без супровідної патології, хронічний перебіг. Скарги на кровотечу ясен при чистці зубів. За словами хворого, він страждає на цю патологію 3 роки, раніше не лікувався.

Об'єктивно: слизова оболонка ясен гіперимована, набрякла. Проба Шиллера-Пісарєва позитивна (світло коричневе забарвлення), індекс гігієни за Федоровой-Володкіной - 2,3 (незадовільно), РМА - 25%

		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 у ясенну борозну вводять хіноксидин-антипіринову пасту, що містить 2,0 г хіноксидину, 0,1 г антипірину та 9,7 г білої глини. На останнє, протягом 25-30 днів здійснюють імуномодельючу терапію метацилом, у кількості по 0,5 г, 2-3 рази на день.

Зменшення ступеня набрякості та гіперемії ясен спостерігалось після 4-5 сеансу. А повне зникнення клінічних ознак запалення лише після 10-12 сеансу, що підтверджувалось клінічними пробами (проба Шиллера-Пісарєва - негативна, індекс гігієни за Федоровой-Володкіной - 1,2 (добре), РМА - 5%).

Приклад № 2. Хворий К., 21 рік. Діагноз: генералізований катаральний гінгівіт, обтяжений хронічним тонзилітом, підгострий перебіг. Скарги на самовільну кровотечу ясен, яка посилюється при чистці зубів та прийомі твердої їжі, гіперемію ясен та їхорозний запах з порожнини рота. За словами хворого страждає на цю патологію 2 роки, раніше не лікувався.

Об'єктивно: слизова оболонка ясен гіперимована, набрякла, кровотеча при дотику. Проба Шиллера-Пісарєва позитивна (коричневе забарвлення), індекс гігієни за Федоровой-Володкіной - 1,7 (задовільно), РМА - 37%.

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

Лікування: після видалення зубних відкладень та антисептичної обробки порожнини рота у ясенну борозну вводять хіноксидин-антипіринову пасту, що містить 2,0 г хіноксидину, 0,1 г антипірину та 9,7 г білої глини. На останнє, протягом 25-30 днів здійснюють імуномодельючу терапію метацилом, у кількості по 0,5 г, 2-3 рази на день.

Зменшення ступеня набрякості та гіперемії ясен спостерігалось після 4-5 сеансу. Повного зникнення клінічних ознак запалення не спостерігалось навіть після 10-12 сеансу, що підтверджувалось клінічними пробами (проба Шиллера-Пісарєва - слабо позитивна (світло-коричневе забарвлення), індекс гігієни за Федоровой-Володкіной - 1,6 (задовільно), РМА - 21%).

Приклад № 3. Хвора У., 26 років. Діагноз: генералізований катаральний гінгівіт, обтяжений хронічним тонзилітом, підгострий перебіг. Скарги на самовільну кровотечу ясен, яка посилюється при чистці зубів та прийомі твердої їжі, гіперемію ясен та їхорозний запах з порожнини рота.

Об'єктивно: слизова оболонка ясен гіперимована, набрякла. Проба Шиллера-Пісарєва позитивна (коричневе забарвлення), індекс гігієни за Федоровой-Володкіной - 2,1 (незадовільно), РМА - 39%.

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

Лікування: після видалення зубних відкладень та антисептичної обробки порожнини рота у ясенну борозну вводять нітазол-метацилову пасту, що містить 0,1 г нітазолу, 2,0 г метацилу та 9,8 г білої глини. Для нормалізації місцевих імунних захисних реакцій призначають ін'єкції Т-активіну, протягом 10 днів, у кількості по 0,1 мл щоденно. Протягом лікування здійснюється антимікробна терапія (зрошування порожнини рота та міжзубних проміжків) 2% розчином хіноксидином.

Зменшення ступеня набрякості та гіперемії ясен спостерігалось після 3-4 сеансу. А повне зникнення клінічних ознак запалення лише після 8-9 сеансу, що підтверджувалось клінічними пробами (проба Шиллера-Пісарєва - негативна, індекс гігієни за Федоровой-Володкіной - 1,2 (добре), РМА - 3%).

Дослідження заявника, що проведені при вивченні стану хворих на генералізований катаральний гінгівіт, як обтяженого тонзиллярною інфекцією, так і того, що протікає без супутніх патологій, дозволили визначити, що стафілококи ясеневі борозни у збільшених концентраціях здатні до більш глибокого ураження тканин ясен, ніж стрептококи, і викликають виразний дефіцит місцевих імунних і неспецифічних факторів захисту та підгостру течію генералізованого катарального гінгівіту. Від того, комплексні терапевтичні призначення, що пропонуються, відповідають конкретному стану маргінального пародонта та дозволяють пригнітити вплив тонзиллярної інфекції на біоценоз ясенної борозни з більш високою ефективністю, що характеризується, переважно скороченням термінів лікування, зменшенням кількості рецидивів захворювання у подальшому тощо.

Для підтвердження технічного результату у Таблиці № 2 були порівняні між собою показники ефективності найбільш розповсюджених методик лікування генералізованого катарального гінгівіту, прототипу та способу, що пропонується.

До аналізу були включені "Засіб для лікування гінгівіту" [9], "Спосіб лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей" [10], "Спосіб лікування гінгівіту" [11] та прототип - "Спосіб лікування генералізованого катарального гінгівіту" [6].

Таким чином, заходи заявника, що запропоновані у винаході, значно перевершують досягнення найкращих об'єктів аналогічного призначення, завдяки ліквідації набряку, дефіциту місцевих імунних і неспецифічних факторів захисту ясеневі 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 імуномодельючою 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 катарального гінгівіту" відповідає умовам "промислова придатність", "новизна" та "винахідницький рівень", що дозволяє кваліфікувати його винаходом України.

Джерела інформації

1. Пат. 2137461 Росії, МПК7 А61К6/00. Состав для лечения заболеваний полости рта / Лукиных Л.М. (Россия). - № 98106942/14; заявл. 14.04.98; опубл. 20.09.99.

2. Пат. 2080855 Росії, МПК7 А61К7/16. Средство для лечения и профилактики заболеваний полости рта / Борц М.С., Ковалев С.Г. и др.(Россия). - № 94011499/14; заявл. 12.04.94.; опубл. 06. 10.97.

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

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

5. Самойленко А.В. Генералізований пародонтит, асоційований з кампілобактеріальною інфек-

цією // Матеріали І (ІІІ) з'їзду Асоціації стоматологів України. - К., - 1999. - С. 234-235.

6. Глазунов О.А. Применение интерферонов в лечении генерализованного катарального гингивита у часто болеющих детей: Авторефдис.... канд. мед. наук. - Полтава, 1995. - 20 с.

7. Машенко И.С., Самойленко И.И., Глазунов О.А. Особенности клинического течения и лечения гингивита и пародонтита у подростков // Актуальные вопросы теоритической и клинической медицины. -Днепропетровск, 1993. - С. 257-259.

8. Машковский М.Д. Лекарственные средства, в 2-х частях. ч. 2.-10-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1986. - С. 172-173; 297-298; 346.

9. А.с. 1639653 СРСР, МПК5: А61К 6/02 Состав для лечения гингивитов / Мельниченко Е.М. (СРСР). - 1991(1987).

10. Пат. 2108782 Росії, МПК6: А61К 9/70. Способ лечения гингивита / Чуходжан Г.А. (Россия). - 1998(1996).

11. Пат. 25171 А Україна, МПК6: А61С 5/04. Спосіб лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей / Руденко М.М. (Україна). - 1998(1993).

Таблиця 1

Ефективність лікування в залежності від композиції, що використовувалась

Результати лікування	Композиція, що використовувалась				
	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5
	Нітазол-0,025 Метацил-0,5 Біла глина-9,025	Нітазол-0,05 Метацил-1 Біла глина-8,95	Нітазол-0,1 Метацил-2 Біла глина-7,9	Нітазол-0,15 Метацил-3 Біла глина-6,85	Нітазол-0,2 Метацил-3,5 Біла глина -6,3
1	2	3	4	5	6
Терміни ліквідації запалень, днів	14-17	10-13	7-10	7-10	7-10
Кількість рецидивів через 2 роки, %	26,4	11,0	10,5	10,5	10,5
Видужання, %	81,3	93,2	95,0	95,0	95,0

Таблиця 2

Порівняльний аналіз ефективності відомих методик лікування генералізованого катарального гінгівіту

Найменування та одиниці виміру показників	Об'єкти - аналоги				
	Засіб для лікування гінгівіту	Спосіб лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей	Спосіб лікування гінгівіту	Спосіб лікування генералізованого катарального гінгівіту (прототип)	Спосіб лікування генералізованого катарального гінгівіту (що пропонується)
1	2	3	4	5	6
Терміни ліквідації запалень, днів	16-17	14-16	16	12	7-10
Кількість рецидивів через 2 роки, %	36,2	34,8	30,8	27,6	10,5
Видужання, %	82	80	84	87	95

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 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

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