

УДК 663.253.41:547.631.4:613.292:616.314.17 – 008.1 : 617.52 : 616.831.1 – 001 + 616 – 08 : 615

**Использование эноанта в комплексной терапии заболеваний пародонта у больных с сочетанной лицевой и легкой закрытой черепно-мозговой травмой**

Аль-Алавни С.В., Авдоница Л.И.

*(Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского, г. Симферополь)*

**Ключевые слова:** эноант, заболевания пародонта, стоматология, сочетанная лицевая и легкая закрытая черепно-лицевая травма

**Ключові слова:** эноант, захворювання пародонта, стоматологія, сполучена лицева та легка закрита черепно-мозкова травма

**Key words:** enoant, diseases of parodontium, stomatology, associative facial and light closed cranio-cerebral injury.

**SUMMARY**

**USE OF ENOANT IN COMPLEX THERAPY OF PARODONTIUM DISEASES IN PATIENTS WITH ASSOCIATIVE FACIAL AND LIGHT CLOSED CRANIO-CEREBRAL INJURY**

**Al-Alawneh S.V., Avdonina L.I.**

*Materials of clinical studying of a food concentrate of grapes polyphenols “Enoant”, developed by Institute of vine and wine “Magarach”, are presented. Researches of parodontoprotective actions of Enoant in complex treatment of generalized parodontitis of 50 patients with associative facial and light closed cranio-cerebral injury are carried out. In the first 4 weeks of treatment the patient consume Enoant at the daily dose of 0,5 ml/kg of weight, dissolved in 100 ml of water acidified by citric juice, divided to 2 parts (after meal). Care for teeth carried out with the help of an electrophoretic tooth-brush, using consistently calcium and fluorcontaining tooth-pastes. From the second week recommended calcid, and then biotreed-denta. The group of comparison was made by 50 patients with the same pathology which used traditional tactics of treatment at jaws fractures. Results of clinical tests allow drawing conclusions, that the complex use of medical products including Enoant, results in stabilization of adaptable reactions of reparative regeneration and protective-compensator mechanisms of the human organism undergone to an injury, unpleasant influence of fixing devices, stress and negative psychological influence.*

## **Резюме**

### **Використання еноанту у комплексному лікуванні захворювань пародонту у хворих із сполученою лицевою та легкою закритою черепно-мозковою травмою.**

*Аль-Алавні С.В., Авдоніна Л.І.*

Подані матеріали клінічного вивчення харчового концентрату поліфенолів винограду Еноант, розробленого інститутом винограду та вина "Магарач". Проведені дослідження пародонтопротекторного впливу Еноанту у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту легкого та середнього ступеню тяжкості 50 пацієнтів основної групи із сполученою лицевою та легкою закритою черепно-мозковою травмою. У перші 4 тижні лікування хворих основної групи призначили прийом Еноанту у добовій дозі 0,5 мл/кг ваги тіла, розчин у 100 мл підкисленої лимонним соком води, поділений на 2 прийоми на день (після їжі). Догляд за зубами здійснюється за допомогою електрофоретичних зубних щіток, використовуючи послідовно кальційутримуючі та фторутримуючі зубні пастки. З другого тижня призначали кальцид, а потім біотрит-дента. Групу порівнювання складала 50 пацієнтів із такою самою патологією, у яких використовували традиційну тактику ведення пацієнтів з переломами щелеп. Результати клінічних досліджень дозволяють зробити висновки, що комплексне застосування лікувальних препаратів та Еноанту приводить до стабілізації адаптаційних реакцій репаративної регенерації та захисно-компенсаторних механізмів організму людини, яка зазнала негативні дії травми, фіксуючих апаратів, стресу та психологічного впливу.

## **Введение**

Как известно, именно адекватность иммунореактивности организма обеспечивает не только антимикробную резистентность, но и способствует активному протеканию процессов репаративной регенерации. Проведение своевременной иммунокоррекции с адаптивной целью является патогенетически оправданным и обоснованным методологическим подходом при разработке лечебной тактики терапии больных с травматическими повреждениями головы и лица тяжелой степени.

Профилактика гнойно-воспалительных осложнений при острой травме челюсти является одной из актуальных проблем в челюстно-лицевой хирургии. Угнетение иммунных защитных механизмов в посттравматическом периоде, повышение количества микроорганизмов в полости рта, активизация условно-патогенных микроорганизмов является важным компонентом патогенеза воспалительных осложнений нагноения раны кости, травматического остеомиелита, остеофлегмоны,

абсцесса и др. При гнойно-воспалительных осложнениях в 2-3 раза увеличены сроки нетрудоспособности.

Местные нарушения и общие функциональные расстройства усугубляются еще более, когда для иммобилизации отломков применяют межчелюстную фиксацию, исключаящую движение нижней челюсти на весь период консолидации перелома, нарушающую функцию жевательных мышц и височно-нижнечелюстного суставов. Эти сдвиги оказывают отрицательное влияние на течение репаративных процессов в зоне травмы, в том числе на темпы консолидации, способствуют развитию травматического остеомиелита и тугоподвижности в нижнечелюстных суставах. Поэтому в комплексе реабилитации таких больных, кроме репозиции и фиксации отломков нижней челюсти, необходимо проведение лекарственной терапии, использование физических факторов, тщательный постоянный гигиенический уход за ротовой полостью в связи с затрудненным как естественным, так и искусственным очищением зубов.

Все вышеизложенное диктует необходимость совершенствования методов лечения лиц с переломами нижней челюсти. Профилактика и раннее лечение воспалительных осложнений остается актуальной проблемой челюстно-лицевой травматологии.

Целью настоящего исследования явилась оценка пародонтопротекторного действия эноанта в комплексной терапии у больных с сочетанной лицевой и легкой закрытой черепно-мозговой травмой.

### **Материал и методы исследования**

Проведено исследование пародонтопротекторного действия эноанта в комплексном лечении генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести 50 пациентов основной группы с сочетанной лицевой и легкой закрытой черепно-мозговой травмой (СЛ ЛЗЧМТ) в возрасте 26-45 лет (м-42 ж-8). Группу сравнения составили 50 пациентов с СЛ ЛЗЧМТ соответствующего возраста и пола, в отношении которых использовали традиционную тактику ведения пациентов с переломами челюстей.

Обследование пациентов проводили по общепринятой схеме: сбор жалоб, проведение клинико-лабораторных исследований, включающее микробиологические исследования с помощью стандартизированной системы «CRT bakteria» определение иммунологических и биохимических параметров. Состояние тканей пародонта оценивали с помощью проб и индексов, оценку состояния костной ткани челюстей в

общем и межзубных альвеолярных перегородок, в частности, проводили с помощью метода внутриротовой рентгенографии.

Проведены клинико-иммунологические исследования по изучению изменений в динамике проводимого лечения избранных показателей системного и местного иммунитета по таким восьми факторам неспецифической иммунологической защиты: содержание в сыворотке крови иммуноглобулинов основных А-, М- и G-классов, а также М-ЦИК и активности комплимента; содержание в слюне секреторного IgA, лизоцима и малых циркулирующих иммунных комплексов.

В сыворотке крови исследовали: содержание промежуточного продукта ПОЛ – малонового диальдегида (МДА), активность одного из основных антиоксидантных ферментов супероксиддисмутазы (СОД), суммарную протеолитическую активность (СПА), отражающую интенсивность процессов воспаления, содержание ингибитора трипсина (ИТ) и соотношение ИТ/СПА, свидетельствующее об уровне адаптации организма.

Пациентов обследовали в первые дни пребывания в стационаре и повторно через 4, 7 недель, 1 год после травмы.

В первые 4 недели лечения больным основной группы назначали прием эноанта из расчета 0,5 мл/кг веса в 100 мл подкисленной лимонным соком воды 2 раза в день после еды. Уход за зубами осуществляли с помощью электрофоретической зубной щетки, используя последовательно кальций- и фторсодержащие зубные пасты. Со второй недели назначали кальцид, а затем препарата биотрит-дента.

### **Обсуждение полученных результатов**

Результаты предпринятых клинико-иммунологических исследований в основной и контрольной группах пациентов до и после проведенной комплексной терапии соответственно с включением предложенной схемы лечения (ПСЛ) и без ее включения в терапевтический комплекс представлены в табл. 1.

Установлено, что у больных основной контрольной группы исследуемые факторы неспецифической иммунологической защиты, как по показателям системного, так и местного иммунитета активно включались в реактивные изменения в ответ на стрессовое воздействие – тяжелую комбинированную травму головы (сочетание ЗЧМТ с переломом нижней челюсти). Это проявляется в значительном превышении в сравнении с нормативными значениями содержания в сыворотке крови иммуноглобулинов основных классов, содержания М-ЦИК и в снижении активности

комплимента, а на уровне местного иммунитета – в повышении в сравнении с нормой содержания лизоцима и также М-ЦИК.

Что касается содержания секреторного IgA-класса в слюне, то его ресурсы были значительно истощены до начала лечения (как у больных основной, так и контрольной группы), что находит объяснение в повышении иммунокомплексного образования в ротовой полости, направленного на имитацию патогенных агентов из очага повреждения, где разворачивается патологический процесс.

Как видно из табл. 1, при нормативном содержании IgA-класса в сыворотке крови здоровых лиц  $1,74 \pm 0,13$  г/л его содержание в сыворотке крови пациентов с ЗЧМТ в сочетании с ЛТ было достоверно более высоким и составило до лечения  $3,32 \pm 0,1$  г/л и  $3,21 \pm 0,18$  г/л в основной и контрольной группах больных соответственно ( $p < 0,001$  и  $p < 0,001$ ). Содержание IgM-класса в сыворотке крови больных основной и контрольной групп составило до лечения соответственно  $1,48 \pm 0,06$  и  $1,52 \pm 0,08$  г/л, что также достоверно превышало значение этого показателя в норме ( $0,96 \pm 0,04$  г/л) ( $p < 0,001$  и  $p < 0,001$ ). При нормативном значении содержания IgG-класса в сыворотке крови здоровых лиц  $12,9 \pm 2,07$  г/л его содержание у обследованных пациентов до лечения составило  $20,3 \pm 1,60$  г/л и  $19,8 \pm 1,52$  г/л в основной и контрольной группах соответственно ( $p < 0,05$  и  $p < 0,05$ ).

Установленное увеличение содержания иммуноглобулинов основных А-, М- и G-классов в сыворотке крови больных с ЗЧМТ в сочетании ЛТ сопровождалось повышением иммунокомплексным образованием и снижением содержания комплимента в сыворотке крови обследованных пациентов, как в основной, так и в контрольной группе. Так, если содержание М-ЦИК и комплимента у здоровых лиц составило  $85,0 \pm 3,7$  ед. и  $0,83 \pm 0,05$  ед. опт. плотн., то значения этих показателей у больных основной группы ( $134,0 \pm 3,2$  ед. и  $0,48 \pm 0,06$  ед. опт. плотн.) и у пациентов контрольной группы ( $136,2 \pm 2,9$  ед. и  $0,49 \pm 0,06$  ед. опт. плотн.) достоверно отличались от нормативных ( $p < 0,05$  и  $p < 0,05$ ) для обеих групп.

Содержание лизоцима в слюне – фактора, обеспечивающего резистентность на местном уровне у обследованных пациентов до лечения было достоверно снижено, как в основной ( $11,3 \pm 2,0$  ед.;  $p < 0,05$ ), так и в контрольной ( $10,7 \pm 1,9$  ед.;  $p < 0,05$ ) группах в сравнении с референтной нормой ( $11,4 \pm 1,2$ ) (табл. 1).

Как следует из вышеприведенных результатов. По показаниям системного и местного иммунитета выделенные основная и контрольная группы до лечения практически не отличались друг от друга, что предопределяло правомочность

осуществления в дальнейшем сравнительного сопоставления изменений исследуемых факторов неспецифической иммунологической защиты после проведения различных видов комплексного лечения с целью сравнительной оценки эффективности ПСЛ и традиционной комплексной терапии.

Анализ изменений избранных показателей системного и местного иммунитета в основной группе пациентов под влиянием предложенной схемы лечения с включением биостимулирующей терапии позволил установить выраженное иммунореабилитационное воздействие примененного комплексного лечения. Это проявлялось в том, что в основной группе снижался, исходно повышенный уровень иммуноглобулинов основных классов и восстанавливалась концентрация комплимента до нормативного значения, возрастало исходно сниженное содержание в слюне секреторного IgA-класса и лизоцима до их уровня из практически здоровых лиц, а также снижалось в сыворотке крови и в слюне содержание М-ЦИК до нормативных значений этих показателей (табл. 1).

Как можно видеть из данных, представленных в табл.1, в результате применения предложенной схемы лечения у больных основной группы избранные показатели системного и местного иммунитета нормализовались, что свидетельствует о иммунокорректирующем воздействии комплексной терапии.

В контрольной группе с использованием традиционного лечения целый ряд показателей системного и местного иммунитета имели выраженную тенденцию к нормализации, но достоверно значимо после проведенной комплексной терапии изменилось только содержание М-ЦИК в слюне и крови обследуемых больных (табл.1).

Проведение сравнительного анализа: изменений изучаемых факторов неспецифической иммунологической защиты в основной и контрольной группе пациентов, получавших различные виды комплексной терапии после лечения позволили установить следующее.

У больных основной группы, получавших биостимулирующую терапию, достоверно значимо в сравнении с пациентами контрольной группы снижалось исходно повышенное содержание в крови IgA- и IgG-классов, а также содержание М-ЦИК (табл.1). после лечения содержания IgA- и IgM-классов у больных основной группы составило  $1,85 \pm 0,14$  г/л и  $1,12 \pm 0,05$  г/л, то время как у больных контрольной группы эти показатели составили  $2,80 \pm 0,15$  г/л и  $1,36 \pm 0,06$  г/л ( $p < 0,05$  и  $p < 0,05$ ).

Что касается избранных показателей местного иммунитета, то секреторный IgA в слюне у больных основной группы в результате включения природных адаптогенов в комплексную терапию с  $0,86 \pm 0,07$  г/л возрос до  $1,57 \pm 0,06$  г/л ( $p < 0,001$ ), в то время



как у пациентов контрольной группы, получавших традиционные лекарственные средства, этот показатель со значение  $0,82 \pm 0,10$  г/л увеличился только до значения  $1,16 \pm 0,08$  г/л ( $p < 0,1$ ) и после проведенного лечения оставался достоверно ниже референтной нормы ( $p < 0,05$ ) (табл.1). Аналогичный характер изменений прослеживался и для такого показателя, как содержание лизоцима в слюне. Если при исходно сниженном значении этого показателя до лечения в обеих оцениваемых группах пациентов содержание лизоцима в слезе у больных основной группы повысилось до нормативного его значения и стало составлять  $19,0 \pm 1,4$  ед., то у больных контрольной группы значение этого показателя, хотя и имело выраженную тенденцию к повышению ( $p < 0,1$ ) и после лечения составило  $16,1 \pm 1,5$  ед., все же такое содержание лизоцима было достоверно ниже в сравнении с пациентами основной группы ( $p < 0,05$ ) (табл. 1).

Вышеприведенные результаты свидетельствуют о выраженном иммунореабилитационном воздействии предложенной схемы лечения тяжелых комбинированных травм головы и лица (ЗЧМТ в сочетании с перелом нижней челюсти), что проявляется в установленном позитивном и адекватном воздействии примененной комплексной терапии с включением адаптогенов природного происхождения на иммунореактивность обследуемых больных основной группы, как по состоянию системного, так и местного иммунитета. Это обеспечивает оптимальную неспецифическую защиту и тем самым повышает резистентность к повреждающим воздействиям.

Полученные данные согласуются с результатами клинических и биохимических исследований, проведенных в динамике применения ПСЛ и традиционной терапии.

Предложенная схема лечения при комбинированной травме головы (ЗЧМТ в сочетании с переломом нижней челюсти), включающая применение дополнительно к традиционным лекарственным средствам биорегуляторов природного происхождения (per os и местно) оказывает адекватное иммунореабилитационное воздействие на состояние системного и местного иммунитета, что позволяет повысить резистентность больных к стрессовым повреждениям на уровне высокоспециализированных морфофункциональных элементов пораженных тканей.

Результаты изучения уровня МДА и активности СОД в сыворотке крови пациентов с легкой ЗЧМТ и переломом нижней челюсти под влиянием предлагаемой схемы лечения представлены в таблице 2. до проведения терапии содержание МДА в сыворотке крови больных группы сравнения соответствовало таковому в основной группе ( $p > 0,05$ ). После проведения 1-го этапа лечения через 4 недели уровень МДА в

группе сравнения не изменился. Тогда как в основной группе этот показатель существенно снизился, что привело к достоверной разнице между группами.

Предлагаемый комплекс терапии легкой ЗЧМТ с переломом нижней челюсти способствует не только более интенсивному снижению ПОЛ, но скорейшему восстановлению антиоксидантной защиты организма, о чем свидетельствуют результаты изучения активности СОД в сыворотке крови (табл.2). Как видно из таблицы, уже через 4 недели лечения активность СОД в сыворотке крови основной группы увеличилась более, чем в 2 раза по сравнению с исходным уровнем и составляла  $0,81 \pm 0,09$  у.е./л. тогда как в группе сравнения (традиционная терапия) активность СОД в этом сроке была  $0,46 \pm 0,07$  у. е./л. несмотря на дальнейшее повышение этого показателя в обеих группах, темпы роста активности СОД были гораздо выше после применения комплекса адаптогенов со стимуляторами минерализации костной ткани. Эта закономерность сохраняется даже при обследовании через год, что свидетельствует об устойчивом и долговременном повышении активности физиологической антиоксидантной системы организма под влиянием адаптогенов эноанта (табл. 2).

Легкая ЗЧМТ в сочетании с переломом нижней челюсти сопровождается повышенной протеолитической активностью в сыворотке крови больных, что свидетельствует об интенсивном протекании воспалительных реакций (табл. 3). Через 4 недели СПА сыворотки крови у пациентов группы сравнения снижается с  $10,2 \pm 1,8$  до  $8,9 \pm 0,9$  нкат/л. при этом у больных основной группы этот показатель снижается более существенно: с  $12,3 \pm 1,4$  до  $5,6 \pm 0,7$  нкат/л.

На фоне значительных изменений СПА в сыворотке крови наблюдаемых пациентов, колебания концентрации ИТ были незначительны на протяжении всех сроков исследования. Следует отметить лишь тенденцию к повышению этого показателя в динамике лечения больных (табл. 3) при этом соотношение ИТ/СПА в сыворотке крови изменялось существенно. Если до лечения числовые значения этого соотношения были одинаковыми в обеих группах, то уже через 4 недели лечения ИТ/СПА было в 2 раза выше в основной группе.

Анализ результатов таблицы 3 свидетельствует о выраженном противовоспалительном действии предлагаемого комплекса лечения легкой ЗЧМТ в сочетании с переломом нижней челюсти (по уровню СПА). Кроме того, введение адаптогенов способствует более быстрому восстановлению соотношения ИТ/СПА, что говорит о формировании более высокой устойчивости организма в посттравматический период.



Изучение основных биохимических маркеров воспаления в ротовой жидкости пациентов с легкой ЗЧМТ в сочетании с переломом нижней челюсти показало высокие значения всех изучаемых показателей: активности эластазы и содержания белка (табл. 4), а также активности фосфатаз (табл. 5).

Проведение, как традиционной терапии, так и дополнительное назначение комплекса адаптогенов со стимуляторами минерализации через 4 недели снижает активность эластазы в ротовой жидкости группы сравнения в 1,2 раза, а основной – в 2,1 раза.

Характер изменения содержания белка в ротовой жидкости пациентов обеих групп в процессе лечения был аналогичным активности эластазы. Уменьшение уровня белка было гораздо выраженнее в ротовой жидкости основной группы как в середине курса лечения ( $p < 0,05$ ), так и после завершения ( $p < 0,01$ ).

Активность щелочной фосфатазы (ЩФ) в смешанной не стимулированной ротовой жидкости отражает также уровень воспаления, поскольку источником этого фермента в ротовой жидкости являются лейкоциты и слущивающийся эпителий слизистой оболочки полости рта. Как видно из представленных данных в таблице 5, активность ЩФ в ротовой жидкости пациентов как основной, так и группы сравнения после 4 недель терапии снижается. Но при этом, как и активность эластазы и уровень белка, ЩФ в ротовой жидкости больных, получавших эноант с кальцидом и использующих электрофоретическую зубную щетку «Дента +» с кальцием, понижалась более значительно, чем в группе с традиционной схемой лечения ( $4,2 \pm 0,6$  и  $6,1 \pm 0,8$  нкат/л, соответственно).

Источником другой фосфатазы – кислой (КФ) являются лизосомы клеток, мембрана которых при травме и воспалении разрушается, и фермент в активном состоянии выходит в межклеточное пространство, разрушая другие клетки и их органеллы. Проведение терапевтических мероприятий в группе сравнения через 4 недели приводит к снижению активности КФ в ротовой жидкости в 1,5 раза. При этом в основной группе активность КФ снижается за 4 недели в 2,6 раза.

Таким образом, можно заключить о высокой эффективности предлагаемой схемы лечения легкой ЗЧМТ в сочетании с переломом нижней челюсти, на наш взгляд, введение адаптогенов позволяет блокировать ПОЛ, инициированное травмой и существенно повысить физиологическую антиоксидантную защиту организма. О чем свидетельствуют низкие показатели МДА и высокая активность СОД в сыворотке крови пациентов, принимавших дополнительно к основной схеме лечения адаптогены. Возможно, благодаря антиоксидантным свойствам адаптогенов, у пациентов основной

группы установлено более значительное снижение воспалительных процессов, регистрируемое по уменьшению активности протеолитических ферментов в сыворотке крови. А рост соотношения ИТ/СПА в сыворотке крови пациентов, принимавших эноант и биотрит-дента, свидетельствует о повышении неспецифической резистентности организма под воздействием препаратов в посттравматический период.

Применение адаптогенов к комплексной терапии легкой ЗЧМТ с переломом челюсти оказывает положительное влияние не только на системном, но и на местном уровне, а именно, в ротовой жидкости. Предлагаемый комплекс препаратов позволяет в более короткие сроки и более существенно снизить такие показатели воспаления в ротовой полости как активность эластазы, ЩФ, КФ и содержание белка в ротовой жидкости больных.

О положительном влиянии эноанта на состояние гигиены полости рта судили на основании достоверного различия показателей гигиенического индекса (ГИ) в обеих группах на фоне лечения, снижения количества патогенных стрептококков и лактобактерий ( $P < 0,05$ ) к концу первой недели, клинико-рентгенологической ремиссии через месяц, нормализации или достоверного улучшения таких иммунных показателей как: содержание в сыворотке крови иммуноглобулинов класса А, М, G, содержания М-ЦИК и активности комплимента; содержание в слюне секреторного IgA, лизоцима и малых циркулирующих иммунных комплексов, а также таких биохимических показателей как: содержание малонового диальдегида и ингибитора трипсина в сыворотке крови, активность супероксиддисмутазы, суммарная протеолитическая активность и соотношение ИТ/СПА.

### **Выводы и перспективы**

Таким образом, комплексное применение лекарственных препаратов, включающее эноант, приводит к стабилизации адаптационных реакций репаративной регенерации и защитно-компенсаторных механизмов организма человека, подвергшегося травме, неприятным воздействиям фиксирующих аппаратов, стрессовым и негативным психологическим влияниям.

Перспективным направлением исследований эноанта является его использование в процессе предоперационной подготовки пациентов.





Таблица 1

Показатели системного и местного иммунитета у больных с закрытой черепно-мозговой травмой (ЗЧМТ) в сочетании с лицевой травмой (ЛТ) до и после лечения в основной группе с применением предлагаемой схемы лечения (ПСЛ) и в контрольной группе при использовании традиционного лечения (ТЛ)

Показатели	Референтная норма (здоровые лица, n = 32)	Показатели у больных с ЗЧМТ в сочетании с ЛТ с учетом применения различных схем лечения			
		Основная группа с включением ПСХ (n = 50)		Контрольная группа с использованием ТЛ (n = 50)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Содержание IgA в сыворотке крови, г/л	1,74 ± 0,13	3,32 ± 0 16*	1,85 ± 0,14 ***	3,21 ± 0 18*	2,80 ± 0 15*
Содержание IgM в сыворотке крови, г/л	0,96 ± 0,04	1,48 ± 0 06*	1,12 ± 0,05 ***	1,52 ± 0 08*	1,36 ± 0 06*
Содержание IgG в сыворотке крови, г/л	12,9 ± 2,07	20,3 ± 1 60*	13,1 ± 1,34 **	19,8 ± 1 52*	15,2 ± 1,20
Содержание SIgA в слюне, г/л	1,47 ± 0,08	0,86 ± 0,07*	1,51 ± 0,06 ***	0,82 ± 0 10*	1,16 ± 0 08*
Содержание лизоцима в слюне, ед.	19,4 ± 1,2	11,3 ± 2,0*	19,0 ± 1,4 **	10,7 ± 1,9*	16,1 ± 1,5
Содержание М-ЦИК в слюне, ед.	5,4 ± 0,35	22,6 ± 1,8*	10,4 ± 1,9 ***	23,2 ± 1,6*	16,3 ± 0,9 **
Содержание М-ЦИК в крови, ед.	65,0 ± 3,7	134,0 ± 3,2*	102,1 ± 2,1 ***	136,2 ± 2,9*	119,5 ± 2,4 **
Комплимент в сыворотке крови (ед. отн. плотн.)	0,83 ± 0,05	0,48 ± 0 06*	0,80 ± 0,04 ***	0,49 ± 0 06*	0,60 ± 0 05*

\* – отличия достоверны (p < 0,05) в сравнении с референтной нормой; \*\* – отличия достоверны (p < 0,05) в сравнении с показателями до лечения; \*\*\* – отличия подлинны (p < 0,05) после проводимого лечения при сравнении контрольной и основной группы.





Таблица 2

Динамика изменения ПОЛ и АОС в сыворотке крови пациентов с легкой ЗЧМТ и переломом нижней челюсти  
под влиянием комплексной схемы лечения

№	Показатели	МДА, мкМоль/л			СОД, у.е./л		
		Группы		Р	Группы		Р
		Сравнения (n=50)	Основная (n=50)		Сравнения (n=50)	Основная (n=50)	
1	До лечения	2,04±0,31	2,27±0,25	>0,05	0,42±0,06	0,37±0,04	>0,05
2	Через 4 недели	2,19±0,24	1,35±0,14	<0,01	0,46±0,07	0,81±0,09	<0,01

Таблица 3

Влияние комплекса терапии на показатели воспаления адаптации организма  
в сыворотке крови пациентов с легкой ЗЧМТ и переломом нижней челюсти

№	Показатели	СПА, нкат/л			ИТ, г/л			ИТ/СПА	
		Группы		Р	Группы		Р	Группы	
		Сравнения (n=50)	Основная (n=50)		Сравнения (n=50)	Основная (n=50)		Сравнения (n=50)	Основная (n=50)
1	До лечения	10,2±1,8	12,3±1,4	>0,05	0,95±0,08	0,87±0,10	>0,05	0,09	0,07
2	Через 4 недели	8,9±0,9	5,6±0,7	<0,01	0,86±0,09	1,10±0,12	>0,05	0,09	0,19

Влияние комплекса терапии легкой ЗЧМТ на активность эластазы  
и содержание белка в ротовой жидкости пациентов

№	Показатели	Активность эластазы, мккат/л			Содержание белка, г/л		
		Группы		P	Группы		P
		Сравнения (n=50)	Основная (n=50)		Сравнения (n=50)	Основная (n=50)	
1	До лечения	8,2±0,9	6,8±0,6	>0,05	9,3±1,1	10,8±0,9	>0,05
2	Через 4 недели	6,5±0,8	3,3±0,5	<0,01	7,4±0,9	4,6±0,7	<0,05

Таблица 5

Влияние комплекса терапии легкой ЗЧМТ на активность кислой и щелочной фосфатаз в ротовой жидкости пациентов

№	Показатели	Активность ЩФ, нкат/л			Активность КФ, нкат/л		
		Группы		P	Группы		P
		Сравнения (n=50)	Основная (n=50)		Сравнения (n=50)	Основная (n=50)	
1	До лечения	7,3±0,5	6,8±0,7	>0,05	27,9±3,4	32,5±2,8	>0,05
2	Через 4 недели	6,1±0,8	4,2±0,6	>0,05	18,6±2,3	12,5±1,4	<0,05

enoant.info, enoant-club.ru