УДК 616.314-008.1:615.24

Ярова С.П., Юріна Е.О., Яров Ю.Ю., Юрін С.Є.

ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНИХ БІОРЕГУЛЯЦІЙНИХ ПРЕПАРАТІВ У СУЧАСНІЙ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Донецький національний медичний університет, Лиман, Україна

Актуальність дослідження

Серед провідних тенденцій у сучасній медицині – прагнення скоротити витрати на охорону здоров'я за рахунок стандартизації препаратів і схем лікування. Сучасні умови функціонування системи медичної допомоги виводять на перший план питання ефективності лікарських препаратів у поєднанні з безпекою їх застосування. Ці дві лінії спонукали до створення й активного розвитку доказової медицини, яка є «вищим арбітром» вирішення ефективності лікування й обґрунтування на основі його економічності. У пошуках лікарських засобів комплексної дії, високої ефективності й безпечності використання лікарі-стоматологи останніми роками все більше уваги приділяють комплексним біорегуляційним препаратам (КБП). Стара назва — антигомотоксичні препарати (АГТП) [1]. Вони впливають на організм малими дозами, ініціюють, активізують і регулюють захисні механізми, відновлюють процеси саморегуляції й детоксикації, при цьому не пригнічують імунітет [2-4]. Але найчастіше представники доказової медицини висувають претензії саме біорегуляційному методу лікування. Це пов'язано з тим, що багато препаратів такого роду вже десятиліттями використовуються в практиці й були зареєстровані ще задовго до створення власне доказової медицини. Проте потрібно зазначити, що саме комплексні біорегуляційні препарати часто стають об'єктами найпильнішого наукового вивчення. І все частіше поряд зі звичайними наглядовими й ретроспективними дослідженнями проводять рандомізовані клінічні дослідження, які дозволяють порівняти результати застосування препаратів із плацебо (для визначення ефективності лікування) або з референтними лікарськими субстанціями (для визначення їхньої еквівалентності й можливості заміни). Ці дані, з одного боку, дають нам чимало інформації для практичного застосування КПБ, з іншого боку, стають базою діалогу з доказовою медициною, оскільки відповідають її вимогам і канонам.

Мета дослідження **–** проаналізувати наукову літературу щодо ефективності застосування біорегуляційних препаратів у комплексному лікуванні стоматологічних хвороб.

Матеріали і методи

У дослідженні застосовано бібліосемантичний і аналітичний методи.

Результати дослідження

Засновником напряму й методу гомотоксикології як комплексної терапії став німецький лікар і вчений Ханс-Хайнріх Реккевег у 1948-1949 рр. Згідно з його теорією організм є відкритою біологічною системою, яка прагне до рівноваги. Однак рівновага може бути порушена, відповідно до теорії гомотоксикозу, ендогенними й екзогенними токсинами (гомотоксинами). Уплив цих хімічних речовин, різних за походженням, що надходять у організм ззовні або виробляються під час обмінних процесів, викликає відповідні захисні реакції біологічної системи, які виявляються, за Реккевегом, у формі симптомів захворювання. З урахуванням трьох найважливіших аспектів теорії гомотоксикозу (регуляторний уплив на відкриту біологічну систему; зв'язування й виведення токсичних для організму речовин і, нарешті, стимуляція його захисних сил) було створено низку лікарських засобів – комплексних біорегуляційних препаратів. Основним виробником стала фірма «Біологише Хайльміттель Хеель ГмбХ» (Баден-Баден, Німеччина).

КПБ готують із натуральних природних компонентів: екстрактів із рослин, витяжок із органів тварин, стерилізованих культур мікроорганізмів, мінеральних речовин, мікроелементів, каталізаторів і т.п. Усі ці компоненти обробляють згідно з принципами гомеопатичної технології потенціювання, тобто методами послідовного розбавлення й динамізації компонентів, тому активні речовини наявні в мікродозах. Потрапляючи в організм, мікродози не викликають перевантаження, а навпаки, стимулюють його системи й підключають додаткові захисні механізми [5; 6].

Характер більшості хвороб щелепно-лицевої ділянки – запальний, нерідко викликаний патогенною мікрофлорою. Тому комплексні біорегуляційні препарати можуть бути використані на терапевтичному, хірургічному, ортопедичному й ортодонтичному прийомах [7; 8].

Серед КБП найширші можливості для терапії запальних хвороб має препарат «Траумель С», який випускають у трьох лікарських формах – розчин для ін'єкцій (№ UA/5934/02/01 від 29.11.2017), таблетки (№ UA/5934/02/01 від 29.11.2017), мазь (№ UA/5934/01/01 від 19.05.2017) і гель (№ UA/5934/04/01 от 12.06.2017). Основні фармакологічні дії препарату «Траумель С» – протизапальна, антиексудативна, регенеруюча, знеболювальна, імуноко-

регувальна, кровоспинна. Ці властивості забезпечують 14 компонентів рослинного, мінерального і тваринного походження [9].

Особливе місце в лікуванні займають т. зв. дренажні засоби, такі як «Лімфоміозот». Це препарат вибору при порушенні дренажної функції лімфатичної системи, якій відводять найбільше значення в патогенезі багатьох хвороб (хвороби носоглотки, патології порожнистих органів і захворювання слизової оболонки порожнини рота й тканин пародонта). Випускається в формі розчину для ін'єкцій (№ UA/2054/01/01 від 17.10.2019) і крапель (№ UA/6673/01/01 від 25.07.2017). Широкий спектр дії «Лімфоміозоту» забезпечують 17 потенційованих компонентів рослинного, мінерального походження і потенційований гормон щитоподібної залози Levothyroxinum у розбавленні D12 [11].

У сучасній стоматології широко застосовуються комплексні препарати: спеціальні, композитні й гомакорди. «Мукоза композитум» (розчин для ін'єкцій, № UA/2946/01/01 від 25.09.2015 до 25.09.2020) у своєму складі має 36 біорегуляційних компонентів, показана при захворюваннях слизових оболонок різної локалізації, зокрема в терапії захворювань слизової оболонки порожнини рота. «Ехінацея композитум С» у вигляді розчину для ін'єкцій (№ UA/7368/01/01 від 25.10.2017) широко застосовується в лікуванні гострих і хронічних запальних і гнійно-запальних процесів будь-якої локалізації, 26 її складових зумовлюють універсальну імуномодулюючу, протимікробну, противірусну й протизапальну дію [10]. «Енгістол», ураховуючи його здатність до активації неспецифічних захисних сил організму, є провідним противірусним засобом, у складі якого міститься 6 компонентів. Форми випуску: розчин для ін'єкцій (№ UA/2053/01/01 від 02.10.2019) і таблетки (№ UA/2053/02/01 від 20.02.2018) [11].

Найбільше досліджено застосування КБП у лікуванні хвороб пародонта. У 2006 році вчені [12] розробили методику лікування хронічного генералізованого пародонтиту легкого й середнього ступенів тяжкості. Поряд із загальноприйнятими методами (зняття зубних відкладень, кюретаж пародонтальних кишень із подальшим полірування поверхні коренів зубів) у пацієнтів із легким ступенем перебігу захворювання накладали мазь у вигляді аплікацій «Траумель С» на ясенний край кожного зубощелепного сегмента з вестибулярної й оральної поверхонь. Аплікації накладали двічі за день на 15-20 хвилин, курс лікування – 10 діб. Хворим на хронічний генералізований пародонтит середнього ступеня тяжкості, крім аплікацій мазі на ясна, призначали таблетки препарату «Траумель С» (по 1 таблетці 3 рази за день під язик до повного розсмоктування через 1 годину після їди). Курс лікування становив 14 днів. Клінічне обстеження пацієнтів у динаміці лікування пародонтиту виявило, що препарат «Траумель С» сприяє зменшенню набряку, кровоточивості ясен. Це підтверджувалося позитивною динамікою клінічних індексів – виявлено достовірне зниження всіх пародонтальних і гігієнічного індексів. Лабораторне дослідження змішаної слини пацієнтів установило достовірне зниження вмісту супероксиддисмутази у 2 рази. Усе це дозволило дійти висновку про виражену протизапальну й антиоксидантну дію препарату «Траумель С». Таким чином, його використання обґрунтоване в комплексному лікуванні хронічного генералізованого пародонтиту. Крім того, було визначено, що найсильніший терапевтичний ефект досягнутий за одночасного використання мазевої й таблетованої форм.

Практичний інтерес, на наш погляд, представляє комплексний підхід до лікування генералізованого пародонтиту залежно від віку пацієнтів і тяжкості перебігу захворювання [13]. Для всіх учасників дослідницької групи до традиційного лікування пародонтиту додали такі КБП: «Траумель С», «Лімфоміозот», «Ехінацею композитум». Застосовували мазь «Траумель С» у вигляді аплікацій по 4-5 сеансів протягом 15-20 хвилин щоденно, краплі «Лімфоміозот» – по 10 крапель три рази за добу протягом 3 тижнів, а «Ехінацею композитум» – 2,2 мл (1 ампула) внутрішньом'язово 3 рази за тиждень (на курс лікування – 10 ін'єкцій). Пацієнтам із пародонтитом Ш (тяжкого) ступеня додавали ін'єкції препарату «Траумель С» по 2,2 мл (1 ампула) під слизову оболонку по перехідній складці з інтервалом дві ін'єкції за тиждень (курс лікування – 5 ін'єкцій). Ефективність лікування контролювали за допомогою клініко-рентгенологічного дослідження. Автори методу дійшли висновку, що застосування КБП усуває запальні процеси в короткі терміни, призупиняє дистрофічно-деструктивні процеси і сприяє тривалій стабілізації хвороби (до 2-х років). Слід зазначити також, що їх використання не зумовило жодного побічного ефекту.

За оцінками ВООЗ, у всьому світі вірусом ВПГ-1 інфіковані близько 3,7 мільярда людей у віці до 50 років (67% населення). За даними літератури, вірогідно, що віруси герпесу беруть участь у розвитку й перебігу різних форм пародонтиту. Віруси герпесу можуть викликати захворювання тканин пародонта безпосередньо – як наслідок ураження вірусом, так і внаслідок викликаних ним тяжких порушень у всіх ланках імунної системи [14]. Включення до схем лікування захворювань тканин пародонту, асоційованих із персистуючою вірусною інфекцією, КБП дозволяє зменшити кількість застосованих алопатичних препаратів і ослабити їхню побічну дію на організм пацієнта. Доктор медичних наук, професор Т.М. Волосовець у своїй праці [11] рекомендує схему лікування таких пацієнтів, де до препаратів традиційної терапії додають біорегуляційні комплекси.

Протизапальне лікування: «Траумель С» у вигляді ін'єкцій під слизову оболонку сегментарно по 1 ампулі (2,2 мл) 1-2 рази за тиждень. За неможливості ін'єкційного введення найпоширеніших у вигляді аплікацій та інстиляцій, на слизову оболон-

ку. За відсутності ексудації – мазь «Траумель С» у вигляді аплікацій та інстиляцій під твердіючу пов'язку або введення методом іонофорезу.

Репаративне лікування: внутрішньо – «Лімфоміозот» (по 10 крапель 3 рази за день під язик; за необхідності розчинити у 5-15 мл води), «Мукоза композитум» – по 1 амп. (2,2 мл) 1-2 рази зна тиждень у вигляді питних ампул. Місцево – мазь «Траумель С» (комплексна дія: знеболювальна, протизапальна, антиексудативна, імуномодулююча й репаративна) у вигляді аплікацій. Можна під твердіючу пов'язку.

Імунокорегуюча терапія: «Ехінацея композитум С» по 1 амп. (2,2 мл) 2-3 рази за тиждень у вигляді питних ампул протягом 2-3 тижнів. Місцево — мазь «Траумель С» (комплексна дія: знеболювальна, протизапальна, протиексудативна, імуномодулююча й репаративна) у вигляді аплікацій та інстиляцій.

За висновками автора, на клінічному обстеженні після проведеної терапії хворих із запальними ураженнями пародонта на 3-4 день після початку лікування спостерігали прогресуюче зменшення гіперемії й набряку слизової оболонки альвеолярного відростка. Епітелізація уражених поверхонь настає через 4,8 ± 0,5 дня після початку лікування, а повне видужання — через 6,9 ± 0,54 дня. Поява свіжих висипів була тільки в 7% хворих, із рецидивом маніфестних проявів вірусної інфекції частіше ніж 2 рази за рік і 3% хворих із рецидивом маніфестних проявів вірусної інфекції раз за 2-3 роки. Кількість CD4+ та CD8+ достовірно збільшується, показники фагоцитозу, які до лікування були достовірно знижені, після проведеної терапії підвищуються. Рівень В-лімфоцитів, підвищений до лікування, знижується на 12%. Концентрація імуноглобулінів G і A підвищується, а рівень імуноглобуліну M, достовірно підвищений до лікування, знижується.

У стоматологічній практиці лікування різних форм червоного плескатого лишаю комплексними біорегуляційними препаратами дозволило домогтися високих результатів і дало можливість розглядати цей метод як альтернативу загальноприйнятим засобам терапії. Проведені дослідження були спрямовані на вивчення терапевтичної ефективності препарату «Мукоза композитум» у лікуванні червоного плескатого лишаю [15]. При різних формах червоного плескатого лишаю (крім атипової) «Мукоза композитум» використовувався у вигляді ін'єкцій під елементи ураження. При атиповій формі його вводили по типу інфільтраційної анестезії по перехідній складці справа і зліва на верхній або нижній щелепі залежно від локалізації й поширеності процесу. Курс лікування становив 20 ін'єкцій: перші 4 ін'єкції проводили щодня, наступні 6 – через день, потім 5 ін'єкцій – два рази за тиждень і 4 ін'єкції – один раз за 7-10 днів. Незалежно від форми червоного плескатого лишаю суб'єктивні відчуття зникали після 4-5 ін'єкцій. У пацієнтів з атиповою формою після 4-5 ін'єкцій спостерігалося або повне зникнення ознак захворювання, або трансформування її в типову форму з появою папул на незміненому тлі. Ексудативно-гіперемічна форма після 8 ін'єкцій трансформувалася в типову форму. При ерозивно-виразковій формі зменшення розмірів ерозій спостерігалося після 6-8 ін'єкцій, а епітелізація, зникнення гіперемії, трансформація в типову форму – після 10-12 ін'єкцій. Під час спостереження за пацієнтами протягом 5-8 місяців загострень не спостерігали. Крім того, у жодного з обстежених пацієнтів за використання «Мукоза композитум» не зареєстровано побічних ефектів.

Заслуговує на увагу стоматологів-хірургів дослідження щодо обґрунтування застосування КБП у щелепно-лицевій хірургії, особливо при таких тяжких процесах, як флегмони різної етіології й локалізації [16]. Комплексне лікування всіх хворих охоплювало хірургічне втручання за загальноприйнятою методикою й традиційну медикаментозну терапію. Терапію хворих основної групи доповнювали введенням препарату «Лімфоміозот Н» по 1,1 мл перед розтином флегмони, а потім 1 раз за добу внутрішньовенно протягом 5-7 днів; антибіотикотерапію не застосовували. Терапію хворих групи порівняння доповнювали введенням препарату «Траумель С» по 2,2 мл внутрішньовенно 1 раз за добу протягом 5-7 днів. Перше введення лікарського засобу – перед розтином флегмони; антибіотикотерапію не застосовували. При вивченні клініко-лабораторних показників та аналазі імунограм хворих достовірно виявилося, що застосування цих препаратів забезпечує позитивніший перебіг ранового процесу й більш виражене зниження загальної інтоксикації, що приводить до скорочення термінів лікування в порівнянні з традиційною терапією.

Висновок

На підставі проведеного аналізу доступної літератури ми зробили висновок про доцільність удосконалення підходів до лікування основних стоматологічних хвороб комплексними біорегуляційними препаратами. Питання сучасного застосування в стоматології КБП залишається актуальним і потребує подальшого вивчення.

Список літератури

1. Попович СЕ. Траумель С – биорегуляционный подход в терапии воспаления в практике семейного врача. Новости медицины и фармации. 2015; №4 (533): 8.
2. Никоненко АГ. Современные представления о механизмах регуляции воспалительного процесса. Биологическая терапия. 2006; № 1: 11-15.
3. Хайне Х. Значение антигомотоксической терапии в регуляторной медицине. Биологическая медицина. 2004; № 2: 4-9.
4. Ван Брандт Б, Хайне Х. Регуляторная блокада: определение, значение и терапия. Биологическая медицина. 2006; № 2: 4-5.
5. Пашковская АЭ, Иконникова ИБ, Янушевич ОО. Антигомотоксичный препарат Траумель С и его

применение в медицине. Российская стоматология. 2011; № 2: 4-7.
6. Хайне Х, Шмольц МВ. Иммунологическая вспомогательная реакция, вызываемая растительными экстрактами, содержащимися в антигомотоксических препаратах. Биол. медицина. 1998; № 2: 9-11.
7. Зорян ЕВ. Краткое руководство по применению гомеопатических препаратов в стоматологии. М.: Арнебия. 2015; 144.
8. Беккер Вернер. Антигомотоксическая терапия в стоматологии. Пер. с немецкого. М.: Арнебия. 2005; 80.
9. Мюллер-Лобниц К, Гетель Д. Клиническая эффективность комплексного гомеопатического препарата Траумель С и его компонентов. Биологическая медицина. 2013; № 1: 13-27.
10. Скрипников ПМ. Антигомотоксична терапія в лікуванні захворювань тканин пародонта. Стоматологія. 2011; № 6: 38-40.
11. Волосовець ТМ. Етіологічні та патогенетичні аспекти лікування і профілактики запальних та дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонту, асоційованих з персистуючою вірусною інфекцією. Новини стоматології. 2011; № 2: 87-93.
12. Симакова ТГ, Пожарицкая ММ, Солдатов СК, Марьяновский АА, Гуляев НИ. Применение гомеопатического препарата Траумель С в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита. Биол. медицина. 2006; № 2: 40-46.
13. Голод ЛВ, Принда ЮМ, Голод ОВ. Ефективність застосування антигомотоксичних препаратів в комплексному лікуванні захворювань тканин пародонта. Медицина транспорту України. 2014; № 3: 71-76.
14. Slots J. Herpesviral–bacterial interactions in periodontal diseases. Periodontol 2010; № 52, 117-140.
15. Зорян ЕВ, Лемецкая ТИ, Аллик ЕЛ, Зорян АВ. Антигомотоксический подход к лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта. Биологическая медицина. 2000; № 2: 51-52.
16. Грецьких ЄВ. Антигомотоксичні препарати в комплексному лікуванні пацієнтів на флегмони щелепно-лицевої ділянки: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.22 – Стоматологія/Є. В. Грецьких; Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія". Полтава, 2011; 20.

References

1. Popovich SE. Traumeel S – bioregulyatsionnyi podhod v terapii vospaleniya v praktike semeynogo vracha. Novosti meditsiny i farmatsii. 2015; #4 (533): 8.(Russian)
2. Nikonenko AG. Sovremennyie predstavleniya o mehanizmah regulyatsii vospalitelnogo protsessa. Biologicheskaya terapiya. 2006; #1: 11-15.(Russian)
3. Hayne H. Znachenie antigomotoksicheskoy terapii v regulyatornoy meditsine. Biologicheskaya meditsina. 2004; #2: 4-9.(Russian)
4. Van Brandt B, Hayne H. Regulyatornaya blokada: opredelenie, znachenie i terapiya. Biologicheskaya meditsina. 2006; #2: 4-5.(Russian)
5. Pashkovskaya AE, Ikonnikova IB, Yanushevich OO. Antigomotoksichnyiy preparat Traumeel S i ego primenenie v meditsine. Rossiyskaya stomatologiya. 2011; #2: 4-7.(Russian)
6. Hayne H., Shmolts MV. Immunologicheskaya vspomogatelnaya reaktsiya, vyizyivaemaya rastitelnyimi ekstraktami, soderzhaschimisya v antigomotoksicheskih preparatah. Biol. meditsina. 1998; #2: 9-11.(Russian)
7. Zoryan EV. Kratkoe rukovodstvo po primeneniyu gomeopaticheskih preparatov v stomatologii. M.: Arnebiya. 2015; 144.(Russian)
8. Bekker Verner. Antigomotoksicheskaya terapiya v stomatologii. M.: Arnebiya. 2005; 80.(Russian)
9. Myuller-Lobnits K., Getel D. Klinicheskaya effektivnost kompleksnogo gomeopaticheskogo preparata Traumeel S i ego komponentov. Biologicheskaya meditsina. 2013; #1: 13-27.(Russian)
10. Skripnikov PM. Antigomotoksichna teraplya v likuvanni zahvoryuvan tkanin parodonta. Stomatologlya. 2011; #6: 38-40.(Ukrainian)
11. Volosovets TM Etiologichni ta patogenetichnI aspekti likuvannya i profllaktiki zapalnih ta distroflchno-zapalnih zahvoryuvan tkanin parodontu, asotsiyovanih z persistuyuchoyu virusnoyu infektsieyu. Novini stomatologiyi. 2011; #2: 87-93.(Ukrainian)
12. Simakova TG, Pozharitskaya MM, Soldatov SK, Maryanovskiy AA, Gulyaev NI. Primenenie gomeopaticheskogo preparata Traumeel S v kompleksnom lechenii hronicheskogo generalizovannogo parodontita. Biol. meditsina. 2006; #2: 40-46.(Russian)
13. Golod LV, Prinda YuM, Golod OV. Efektivnist zastosuvannya antigomotoksichnih preparativ v kompleksnomu likuvanni zahvoryuvan tkanin parodonta. Meditsina transportu Ukrayini. 2014; #3: 71-76.(Ukrainian)
14. Slots J. Herpesviral–bacterial interactions in periodontal diseases. Periodontol 2010; #52, 117-140.
15. Zoryan EV, Lemetskaya TI, Allik EL, Zoryan AV. Antigomotoksicheskiy podhod k lecheniyu zabolevaniy slizistoy obolochki polosti rta. Biologicheskaya meditsina. 2000; #2: 51-52.(Russian)
16. Gretskih EV. Antigomotoksichni preparati v kompleksnomu likuvanni patsientiv na flegmoni schelepno-litsevoyi dilyanki: autoref. dis. kand. med. nauk: 14.01.22 - Stomatologiya/E. V. Gretskih; Vischiy derzhavniy navchalniy zaklad Ukrayini "Ukrayinska medichna stomatologichna akademiya". Poltava, 2011; 20. (Ukrainian)

Стаття надійшла: 28.01.2020 року

Резюме

Мета дослідження **–** проаналізувати наукову літературу щодо ефективності застосування біорегуляційних препаратів у комплексному лікуванні стоматологічних хвороб. У дослідженні застосовано бібліосемантичний і аналітичний методи. Сучасна доказова медицина перебуває в пошуку методів лікування стоматологічних хвороб, які б давали найкращий результат і водночас були максимально безпечними для пацієнтів. Комплексні біорегуляційні препарати дозволяють зменшити кількість застосованих алопатичних препаратів, послабити їхню побічну дію на організм пацієнта, скоротити терміни лікування.

Ключові слова: доказова медицина, комплексні біорегуляційні препарати, антигомотоксична терапія, алопатичні препарати.

Резюме

Цель исследования – проанализировать научную литературу об эффективности применения биорегуляционных препаратов в комплексном лечении стоматологических заболеваний. В исследовании применены библиосемантичный и аналитический методы. Доказательная медицина в настоящее время находится в поиске методов лечения стоматологических болезней, которые бы давали наилучший результат и одновременно были максимально безопасными для пациентов. Комплексные биорегуляционные препараты позволяют уменьшить количество применяемых аллопатических препаратов, ослабить их побочное действие на организм пациента, сократить сроки лечения.

Ключевые слова: доказательная медицина, комплексные биорегуляционные препараты, антигомотоксичная терапия, аллопатические препараты.

UDC 616.314-008.1:615.24

APPLICATION OF COMPLEX BIOREGULATORY DRUGS IN MODERN DENTAL PRACTICE (REVIEW OF LITERATURE)

Yarova S.P, Yurina E.O., Yarov Y.Y., Yurin S.E.
Donetsk National Medical University, Lyman, Ukraine

Summary

In the research for the highly efficient, wide spectrum, safe drugs, dental practitioners in recent years have been increasingly paying attention to complex bioregulatory drugs (CBDs). They affect the body in small doses, initiate, activate and regulate defense mechanisms, restore the processes of self-regulation and detoxification, all without suppressing immunity.

Aim of the research was to analyze the scientific literature on the effectiveness of the bioregulatory drugs in the treatment of dental diseases.

Materials and methods. The bibliosemantic and analytical methods were used in our research.

Results. The use of CBDs in the treatment of periodontal diseases was the most researched. In the treatment of chronic generalized periodontitis of mild and moderate severity, along with the conventional methods (removal of dental deposits, curettage of periodontal pockets with subsequent polishing of the root's surface), the Traumeel S ointment was applied to the vestibular and oral surfaces of the marginal gums of patients with mild degree of disease. Traumeel S in pills had been prescribed for patients with chronic generalized periodontitis of moderate severity, along with ointment applications. The course of treatment was 14 days. Clinical examination of patients during the course of treatment revealed that the drug Traumeel S contributed to the reduction of edema and bleeding in the gums. This was confirmed by a significant decrease in all periodontal and hygienic indices. Laboratory study of mixed saliva of patients found a significant reduction in the content of superoxide dismutase twice over. All this led to the conclusion that the Traumeel S exhibited pronounced anti-inflammatory and antioxidant effects. Thus, its use is justified in the supplementary treatment of chronic generalized periodontitis. Practical interest, in our view, lies in a comprehensive approach to the treatment of generalized periodontitis, depending on the age of patients and the severity of the disease. For all participants in the study group, the following CBDs were added to traditional periodontitis treatment: Traumeel S, Lymphomyosot and Echinacea compositum. Traumeel S ointment was issued in the form of applications; Lymphomyosot was administered by 10 drops three times a day for 3 weeks, and Echinacea compositum − intramuscularly. Patients with severe periodontitis were injected with Traumeel S under the mucous membrane of the gum. Effectiveness of the treatment was monitored by clinical and radiological examination. The authors of the method concluded that the use of CBDs relieved inflammatory processes in the short term, suspended dystrophic and destructive processes, and promoted long-term stabilization of the disease (up to 2 years). It should also be noted that the use of CBDs did not cause any side effects.

In the treatment of the treatment of various forms of lichen planus (except atypical), drug Mucosa compositum was used via an injection under the lesions. In patients with an atypical form, it was administered as infiltration anesthesia to the transitional folds on the upper or lower jaw, depending on the localization and prevalence of the process. Regardless of lichen planus form, the subjective sensations in patients disappeared after 4-5 injections. In patients with atypical form either the complete disappearance of signs of the disease or its transformation into a typical form with the appearance of papules on an unchanged background were observed. The exudative hyperemic form after 8 injections had transformed into a typical form. In the erosive-ulcerative form, a decrease in the size of erosion was observed after 6-8 injections, and epithelialization, disappearance of hyperemia, transformation into a typical form − after 10-12 injections. During the observation period of 5-8 months, there were no symptoms of exacerbation in the patients. In addition, no adverse effects were reported in any of the patients examined using Mucosa compositum.

A noteworthy study was carried out by the dental surgeons to substantiate the use of CBDs in

maxillofacial surgery, especially in such difficult conditions as phlegmon of different etiology and localization. Comprehensive treatment of all patients included conventional surgery and traditional drug therapy. Therapy of patients in the main group was supplemented with the introduction of the drug Lymphomyosot intravenously; antibiotic therapy was not used. Therapy of patients in the comparison group was supplemented by intravenous administration of the drug Traumeel S. Antibiotic therapy was not used. Analysis of clinical and laboratory parameters, and of patients' immunograms reliably showed that the use of these drugs provides a more positive course of the wound process and a more pronounced reduction in total intoxication, which leads to a shorter treatment time compared with the traditional therapy.

Based on the analysis of available literature, we concluded that it is advisable to improve approaches to the treatment of major dental diseases by introducing complex bioregulatory drugs. The question of modern application of the CBDs in dentistry remains relevant and requires further study.

Key words: complex bioregulatory drugs, antihomotoxic therapy, periodontal disease, complex treatment