

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



Таким чином, запропонований спосіб вивчення стану структур тканини порожнини рота дозволяє: діагностувати стан тканин порожнини рота; адекватно оцінити наслідки травми чи опсративного втручання та прогнозувати ефективність методів реабілітації; диференціювати присутність патоморфологічних структур.

Кільмухаметова Ю.Х.

ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМИ – ВЕКТОР У ХВОРИХ З І СТУПЕНЕМ ПАРОДОНТИТУ

*Кафедра терапевтичної стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Проблема хвороб пародонту дуже актуальна на даний час для України. Так, більше 60% населення віком до 40 років страждають на ті, чи інші пародонтологічні захворювання. У старших вікових групах цей відсоток збільшується. Хвороби пародонту часто розвиваються на фоні супутніх захворювань – розладів травлення, обміну речовин, серцево – судинних та ендокринних порушень, сенсibiliзації та інфікування організму тощо, і впливають на психоемоційний стан пацієнтів. Тому це треба вважати не тільки медичною, але і соціальною проблемою, вирішення якої вимагає комплексного та індивідуального підходу.

Мета дослідження - встановити ефективність вектор – системи при знятті над'ясенних та під'ясенних зубних відкладень у хворих з I ступенем пародонтиту.

У ході дослідження було обстежено 13 пацієтів, 7 з них не мали пародонтологічних патологій, вони і склали контрольну групу. У решти спостерігалися над'ясенні та під'ясенні зубні відкладення та ознаки пародонтиту I ступеня. Трьом з них провели зняття зубних відкладень за допомогою вектор – системи, і відзначили їх як першу групу. Іншим трьом зняли зубні відкладення за допомогою пародонтальних гачків, ультразвукового скалера і полірувальних паст, і відзначили їх як другу групу.

Пародонтит – запалення тканин пародонту, яке характеризується прогресуючою деструкцією пародонту і кістки альвеолярного відростка щелеп. Виділяють 3 ступеня пародонтиту: легкий, середній та важкий. Вважається, що ключем до вивчення етіології захворювань пародонту є три групи факторів: стан і продукти обміну в зубній бляшці та зубному камені; фактори порожнини рота, які здатні посилювати або послаблювати патогенетичний потенціал мікроорганізмів і продуктів їхнього обміну; загальні фактори, що регулюють метаболізм тканин порожнини рота, від яких залежить зворотня реакція на патогенну дію. Через 2 тижні був проведений повторний огляд усіх пацієнтів. У контрольній групі змін не визначалося. У першій піддослідній групі пацієнти не висловлювали скарг, огляд пародонту не показав наявності над'ясенних і під'ясенних зубних відкладень, ясна без ознак запалення. У другій групі у двох пацієнтів виявлялися під'ясенні зубні відкладення, ясна набрякли, легко кровоточать при зондуванні, присутні болісні відчуття.

Дане дослідження показало, що ефективнішим методом зняття над'ясенних та під'ясенних зубних відкладень при пародонтиті I ступеня є застосування вектор-системи. При систематичному лікуванні використовуючи Vector досягається зменшення кровоточивості зміненого внаслідок запалення маргінального пародонта. Значне покращення стану спостерігається в більшості випадків після повторної терапії.

Кішак Т.С., Кузник Н.Б.

СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПРАЦІВНИКІВ ЗАЛІЗНИЧНОГО ТРАНСПОРТУ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Поширеність та інтенсивність стоматологічних захворювань серед населення України залишаються досить високими і ризик захворюваності зростає. Тенденція рівня захворюваності знаходиться в прямій залежності від впливу комплексу чинників таких як умови праці, організації, фінансування та якості стоматологічної допомоги, впровадження сучасних методів первинної профілактики, соціально-економічних умов життя населення, а також географічних особливостей регіонів проживання, тому вивчення стоматологічної патології є однією із актуальних медичних проблем, в тому числі і у провідників пасажирських вагонів На Чернівецькому вузлі Львівської залізниці працює 3661 залізничник, з них провідники складають найбільшу частку - 484 (13,2%). Шкідливі чинники виробництва спричиняють патогенетичні механізми розвитку і прогресування загальних захворювань. За даними літератури, 80-85% захворювань є наслідком впливу професійних і екологічних чинників.

Метою роботи є дослідити рівень гігієни порожнини рота у провідників пасажирських вагонів.

Нами було обстежено 52 працівника Чернівецького вузла Львівської залізниці. Основну групу склали 30 провідників пасажирських вагонів, у групу порівняння увійшли 22 особи адміністративного персоналу залізниці. В залежності від віку, обстежувані були поділені на чотири вікові групи. Стан гігієни порожнини рота визначали за індексами Федорова-Володкіної, ОНІ-S [J.C.Green, J.R.Vermillion, 1964] та API [Langeetal., 1990].

Спрощений індекс гігієни порожнини рота Грина-Вермільйона [J.C.Green, J.R.Vermillion, 1964] дозволяє виявляти не тільки зубний наліт, але і зубний камінь.

Результати опитування свідчать про незадовільний стан гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної в першій (2,16) і другій (2,32) вікових групах, а в третій (2,55) і четвертій (2,78) вікових групах – поганий. В групі порівняння за цим індексом стан гігієни незадовільний у всіх вікових групах в межах від 1,13



до 1,43. За індексом Green-Vermillion стан гігієни порожнини рота в основній групі у віці до 34 років – задовільний, а в подальшому погіршується і оцінюється як незадовільний. В контрольній групі стан гігієни порожнини рота знаходиться в межах оцінок задовільний (1,13 – 1,43).

Стан гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної у досліджуваних групах наступний: у віці 19-24 роки в основній групі оцінений як задовільний, а в контрольній – хороший, у віці 25-34 років у основній групі оцінений як незадовільний (2,32), а у контрольній – хороший (1,20). У третій і четвертій вікових групах із збільшенням віку відмічено погіршення гігієнічного стану порожнини рота, як у основній (2,55 і 2,78 відповідно), так і контрольній групі (1,39 і 1,43 відповідно). Він оцінюється, в основній групі як незадовільний, а у контрольній як задовільний. При цьому слід зазначити, що величина індексу у контрольній групі знаходиться на межі оцінки задовільна.

Детальнішу інформацію про стан гігієни порожнини рота працівників дозволяє отримати дослідження індексу гігієни ОНІ-S. У віці 19-24 роки у всіх оглянутих гігієна порожнини рота оцінена як «задовільна». Проте складова індексу СІ – «тверді зубні відкладення» в основній групі на 33% вища, ніж у контрольній (p<0,05), а у віці 25-34 і 35-44 роки оцінка гігієни для осіб основної групи – на межі «незадовільна», у контрольній – «задовільна». В обох цих групах діагностуються тверді зубні відкладення, але в основній групі їх більше на 34,16% та 27,51% відповідно. У пацієнтів віком 45 років і старше в основній групі оцінка гігієни наближається до межі «погана», у контрольній – «задовільна». Кількість твердих зубних відкладень в основній групі на 27,14% вища, ніж в осіб, не пов'язаних із виробничими шкідливостями (p<0,05).

Отже, стан гігієнічного догляду за порожниною рота в основній групі обстежених набагато гірший, проте як в контрольній групі оцінюється у всіх обстежених як «задовільна».

Кіюн І.Д.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ОПОЛІСКУВАЧА, ЯКИЙ МІСТИТЬ ЛАКТАТ АЛЮМІНІЮ, ІОНИ ФТОРУ ТА АНТИБАКТЕРІАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ, У СКЛАДІ КОМПЛЕКСУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАСОБІВ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ

*Кафедра терапевтичної стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Хвороби пародонту в даний час є однією з найбільш важливих і складних проблем в терапевтичній стоматології. Сучасний рівень наукових знань дозволяє досить чітко характеризувати основні нозологічні форми захворювань, їх етіологію і патогенез, патоморфологічні зміни в тканинах пародонту. У нашій країні багато уваги приділено вдосконаленню організаційних форм лікувально-профілактичної допомоги хворим з патологією пародонту, розробці і впровадженню в практику методів і засобів лікування на основі фундаментальних досліджень, ролі і значення провідних етіологічних чинників, поширеності захворювань серед різних вікових груп. Обстеження хворого з патологією пародонту дозволяє не лише правильно діагностувати захворювання, його важкість, особливості клінічного перебігу, але і визначити етіологічні чинники і патогенетичні механізми запального або дистрофічного процесу в пародонті. При цьому можливе з'ясування ролі генетичних чинників, вплив живлення, екології, професійних шкідливостей і ін.

Запальний процес у пародонті починається з утворення сублінгвальної «зубної бляшки» у результаті колонізації поверхні зубів факультативними анаеробами (*A. viscosus*, *Str. mutans*, *B. melaninogenicus*, *F. nuclearum*).

Мета дослідження - визначення клінічної ефективності ополіскувача, який містить лактат алюмінію, іони фтору та антибактеріальні компоненти, у складі комплексного лікування хворих із хронічним катаральним гінгівітом.

Клініко-лабораторне обстеження й лікування здійснювали у 60-х хворих віком 20-30 років (30 чоловіків, 20 жінок) із хронічним катаральним гінгівітом. Діагноз верифікували з урахуванням комплексної оцінки даних анамнезу, клінічного й лабораторного обстеження в динаміці спостереження. Оцінку гігієни порожнини рота здійснювали з використанням індексів Green-Vermillion (1964), твердих тканин зубів – за індексом КППВ, ступеня запальних змін у тканинах пародонту – за індексом РМА [С. Parma, 1961].

На етапі підготовки до лікування всім хворим була проведена індексна оцінка стану гігієни та тканин пародонту. Показники індексу Green-Vermillion є високими (2,38±0,37 бала), тобто гігієнічний стан порожнини рота як у чоловіків (2,51±0,25 бала), так і в жінок (2,38±0,37 бала) є незадовільним. Оцінку запального процесу ясен здійснювали за індексом РМА. Усереднені дані (47,8±0,78%) свідчать про середні показники ступеня тяжкості гінгівіту.

Комплекс лікувально-профілактичних заходів у хворих із хронічним катаральним гінгівітом включав: навчання гігієнічному догляду за порожниною рота й моніторинг ефективності виконання; індивідуальний вибір засобів догляду (зубної пасти, щіток, флосів); дієтотерапію; консультування й за необхідності лікування в ортодонту; стоматологічну санацію. Професійну гігієну здійснювали до початку лікування та в подальшому один раз на 3–6 місяців. Усі пацієнти застосовували ополіскувач, який містить лактат алюмінію, іони фтору та антибактеріальні компоненти, в якості ротових ванночок по два рази на день курсом 10 днів. Спостереження за пацієнтами передбачало моніторинг індексів гігієни та індексу РМА після закінчення застосування ополіскувача, через місяць і шість місяців. У результаті оцінки ефективності запропонованого лікувально-профілактичного комплексу виявлена значна позитивна динаміка через 10 днів після початку лікування. Індекс



РМА після лікування склав $22,8 \pm 0,60\%$, тобто вираженість запальних явищ після застосування ополіскувача, у складі комплексного лікування зменшилась у 2,1 рази.

Таким чином, перебіг хронічного гінгівіту в хворих 20-30 ти років супроводжується низьким рівнем гігієни порожнини рота внаслідок несформованості й недотримання навичок регулярного гігієнічного догляду. Тому комплекс лікувально-профілактичних заходів повинен ураховувати необхідність навчання та моніторингу дотримання раціональної гігієни порожнини рота, індивідуалізований вибір засобів гігієни, проведення професійної гігієни. Включення до складу комплексу лікувально-профілактичних заходів ополіскувача у формі ротових ванночок упродовж перших 10-ти днів лікування сприяє тривалій нормалізації стану гігієни порожнини рота та зменшенню проявів запалення у тканинах ясен.

Кузняк Н.Б., Дроник І.І.

ВИЗНАЧЕННЯ ЛОКАЛЬНОГО ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

В структурі стоматологічних захворювань хронічний генералізований пародонтит займає одне із провідних місць. Цьому сприяє довготривалість лікування та часті загострення запального процесу. Гнійне запалення в тканинах пародонту у хворих на хронічний генералізований пародонтит розвивається внаслідок дії мікс-інфекції та зниженні імунних механізмів захисту пародонта. Як відомо, гнійне запалення супроводжується активацією лімфоцитів та макрофагів у місці ураження. Це сприяє виділенню клітинами біологічно активних речовин, зокрема, цитокінів, що формують запальну та імунну відповідь організму, однак, відомості про регуляторну роль протизапальних цитокінів, в першу чергу ІЛ-4, у хворих на хронічний генералізований пародонтит з гнійними вогнищами в тканинах пародонта, в літературі відсутні.

Метою роботи було вивчення локального цитокінового статусу у хворих на хронічний генералізований пародонтит та визначення домінуючих імунних порушень, що мають значення для високого рівня ризику формування гнійного вогнища в тканинах пародонту.

Досліджено 48 хворих на хронічний генералізований пародонтит І-ІІ ступеня важкості. В І групу ввійшли 22 пацієнти з гнійними виділеннями з пародонтальних кишень, серед них 14 жінок та 8 чоловіків. В цій групі І ступінь важкості визначався у 6 хворих та ІІ-у 16. В ІІ групу входило 26 пацієнтів, в яких на момент дослідження та в анамнезі гнійних виділень з пародонтальних кишень не спостерігалось. І ступінь важкості хронічного генералізованого пародонтиту був наявний у 7 хворих та ІІ-у 19 пацієнтів. Контрольну групу склали 22 практично здорових досліджуваних, з інтактними зубами та тканинами пародонта. Концентрацію ІЛ-1 β , ФНП-а та ІЛ-4 в змішаній нестимульованій слині, визначали шляхом твердо фазного імуноферментного аналізу з допомогою реагентів ТОО «Цитокін».

Проведене дослідження основних цитокінів, в секреті ротової рідини, та подальший аналіз результатів показали, що у пацієнтів І та ІІ груп спостерігались спільні закономірності змін прозапальних інтерлейкінів. При вивченні індивідуальних показників встановлено, що у представників 2-х груп рівень прозапальних цитокінів був значно вищий порівняно з показниками здорових добровольців. У пацієнтів з гнійними виділеннями з пародонтальних кишень рівень ІЛ-1 β підвищувався в 4,5 рази та ФНП-а в 3,1 рази, порівняно з нормою. Подібна тенденція визначалась і у хворих без гнійних виділень з пародонтальних кишень. Концентрація прозапальних цитокінів наростала відповідно в 2,3-2,4 рази. В ході досліджень було встановлено, що підвищена експресія прозапальних цитокінів у хворих без гнійних виділень з пародонтальних кишень асоціювалась з певним підвищенням в слині рівня ІЛ-4, а у хворих з гнійними виділеннями рівень ІЛ-4 навпаки виявився нижчим та відрізнявся від нормальних значень. Таким чином параметри ІЛ-4 виявились досить чутливим показником при оцінюванні власне проявів захворювання.

Отже, у хворих на хронічний генералізований пародонтит в період прояву гнійно-запальних ускладнень в пародонті мають місце імунні дисфункції, що характеризуються підвищеним рівнем гіперпродукції прозапальних цитокінів (ІЛ-1 β та ФНП-а) та маловираженою тенденцією до накопичення вмісту ІЛ-4. Знижений рівень ІЛ-4 в слині може слугувати діагностичним критерієм гнійно-запального процесу в тканинах пародонта.

Кузняк Н.Б., Палис С.Ю.

ЗАЛОЗИСТО-ОДОНТОГЕННІ КІСТИ ЩЕЛЕП

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Кісти щелеп – одна з найпоширеніших патологій серед захворювань щелепно-лицевої ділянки. Серед операцій, виконаних хірургами-стоматологами в амбулаторних умовах, операції з приводу одонтогенних кіст щелеп займають одне з перших місць після операції видалення зуба, а серед пацієнтів, що поступають в стоматологічні стаціонари, хворі з одонтогенними кістами складають біля 8%. Але інколи після операції кістектомії та патологоанатомічного дослідження хірург-стоматолог отримує досить неочікувані результати, коли внутрішньокісткові пухлини та кісти містять тканину слинних залоз.



Так, в 1984 р. на Міжнародній конференції асоціації патологоанатомів темою обговорення стали кісти, які одночасно несли в собі ознаки як одонтогенних кіст, так і слинних залоз. Вперше така кіста була названа сіало-одонтогенною Padayachee S. і Van Wyk A. в 1987 році. В подальшому Гарнер В. із співавт. (1988) описали її як «залозиста одонтогенна кіста» (ЗОК). Дані кісти є рідкісним захворюванням. Дані з архіву відділення щелепної патології Університету Witwatersrand (Південна Африканська республіка), за період з 1992 по 2004 р.р. зареєстровано лише 6 випадків даної кісти із 3498 спостережень щелепних кіст (0,2%). Jones D. (2006) з колегами за 30-річний період, виявили 11 випадків з 7121 кіст щелеп (0,2%). На сьогоднішній день описано більше 100 випадків даної патології.

Нами було описано два випадки: випадок залозисто-одонтогенної кісти фронтального відділу нижньої щелепи ми спостерігали у пацієнта 43 років на базі Чернівецької ОКЛ в 2013 році. Помірно-диференційована аденокарцинома верхньої щелепи справа діагностована у хворі 55 років на базі Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова в 2008 році. В обох випадках попереднім діагнозом була «одонтогенна кіста» та проведена операція «кістектомія» під місцевим знеболенням. При патогістологічному дослідженні в обох випадках були виявлені залозисті структури (слинні залози).

Причини появи залозистого епітелію в щелепах зазвичай не обговорюють. Але професором С.М. Шуваловим (2014) зроблено припущення, що в період ембріонального розвитку щелеп в онтогенезі ембріон повторює етапи філогенезу деяких тварин (плазунів, ссавців). Так, збереження залозистого епітелію при формуванні зубів спостерігається у деяких видів плазунів і ссавців. В процесі філогенезу голови відбулось формування ротової порожнини з послідовним розвитком в ній органів спеціального призначення, таких як зуби, язик і ротові залози. І розвиток цих органів тісно пов'язаний між собою. У риб і водних амфібій ротові залози мають саму примітивну будову. В отруйних змій, ящірок та ссавців, таких як єхидна, качконіс, щелезуб, деякі ротові залози серозного типу перетворились в складну трубчасту отрутовидільну залозу, пов'язану з зубами. У людини також при закладці тканин слинних залоз як великих, так і малих залозисті клітини інколи розташовані поза межами їх капсул. Відомо, також, що закладка залозистого епітелію у людини відбувається разом з зубною пластинкою на протязі перших трьох місяців ембріонального розвитку, після чого відбувається його інволюція. Однак, в ряді випадків клітини залишкового епітелію зберігаються і можуть служити основою для розвитку аденокарцином та виявляться в складі еволюційних кіст.

Отже, розвиток зубів безпосередньо пов'язаний з розвитком слинних залоз не лише в онтогенетичному, а й у філогенетичному аспектах; у постнатальному періоді залишки залозистого епітелію є причиною залозисто-одонтогенних кіст; дані клітини залишкового епітелію можуть стати причиною розвитку аденокарцином та центральних мукоепідермоїдних карцином щелеп.

Кузняк Н.Б., Трифаненко С.І., Бойчук І.Т.

ЛІКУВАННЯ АЛЬВЕОЛІТІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ МІСЦЕВОЇ СОРБЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Профілактика та лікування післяопераційних гнійно-запальних процесів залишаються актуальними питаннями для сучасної хірургічної стоматології. Ці проблеми пояснюються тенденцією до зростання кількості ускладнень після типового і атипичного видалення зубів, зокрема, та терміном загосення післяекстракційної рани. Одним з найчастіших післяопераційних ускладнень при видаленні зубів є альвеоліт. Особливо важливе значення має лікування гнійно-некротичних і некротичних альвеолітів, які при неадекватному лікуванні ускладнюються остеомієлітом лунки. Серед лікарських засобів, що застосовуються при місцевому лікуванні післяекстракційних ран, предметом нашого подальшого дослідження був препарат «Целоформ», що є біосумісним матеріалом та володіє не тільки достатнім сорбційним рівнем, але і дренажним ефектом, має виражену бактерицидну, протизапальну, знеболюючу, протинабрякову дію і створює в лунці оптимальні умови для активного перебігу репаративних процесів.

Даний сорбент отриманий шляхом компресійного впливу на бавовняне волокно (хірургічна вата) до розмірів 20-50 мкм і являє собою напівпрозорі голки з дуже гострими косо зрізаними краями. Такі голки мають хороше зчеплення з мембранними поверхнями клітин, як мікроорганізмів, так і тканин людини, легко утримують не тільки воду, але й елементи крові і лімфи і саме за рахунок цього добре фіксується в лунці.

Хворих на альвеоліт було поділено на дві групи. В основній групі (22 чоловік) проводилося лікування із використанням протиальвеолітної активної пов'язки препаратом «Целоформ», а саме ревізія, медикаментозна обробка комірки зуба, та подальше введення в післяекстракційну рану сорбенту «Целоформ», а в контрольній групі (20 чоловік) – лікування тільки традиційними методами.

Проведений аналіз клінічних та лабораторних показників ефективності лікування встановив, що застосування протиальвеолітної активної пов'язки сприяло вірогідно швидшому зниженню показника лейкоцитозу в загальному аналізі крові, зниженню показників загальної інтоксикації – молекул середньої маси та індексу еритроцитарної інтоксикації.

Аналіз мікробіологічного дослідження рани, який проводився на початку та на третю добу лікування, виявив значне зниження обсіменіння лунок зубів аеробної та факультативної мікрофлори порожнини рота під впливом протиальвеолітної активної пов'язки, що сприяло ефективнішому лікуванню запального процесу в лунці видаленого зуба і було підтверджено клінічними дослідженнями.