

УДК 616.716.85-084

©С. І. Черкашин, А. Є. Демкович

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського,
кафедра ортопедичної стоматології

Історичні та сучасні підходи до профілактики альвеолітів щелеп

Резюме. У статті представлено основні етіологічні чинники альвеолітів, розглянуто сучасні погляди на терапію і профілактику інфікованих післяекстракційних ямок. Наведено основні принципи та методи медикаментозного лікування та профілактики виникнення альвеолітів.

Ключові слова: альвеоліт, гнійно-запальний процес, антибіотики.

С. И. Черкашин, А. Е. Демкович

Тернопольский государственный медицинский университет
имени И. Я. Горбачевского

Исторические и современные подходы к профилактике альвеолитов челюстей

Резюме. В статье представлены основные этиологические факторы альвеолитов, рассмотрены современные взгляды на терапию и профилактику инфицированных постэкстракционных лунок. Приведены основные принципы и методики медикаментозного лечения и профилактики возникновения альвеолитов.

Ключевые слова: альвеолит, гнойно-воспалительный процесс, антибиотики.

S. I. Cherkashyn, A. Ye. Demkovych

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Historical and modern approaches of prophylaxis of jaw alveolitis

Summary. The basic etiologic factors of alveolitis are presented in this article, modern views on the therapy and prophylaxis of the infected post-extraction alveoluses are considered. Basic principles and methods of medicinal treatment and prophylaxis of origin of alveolitis.

Key words: alveolitis, purulent-inflammatory process, antibiotics.

Останніми роками спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих на альвеоліт щелеп. За даними літератури відомо, що кількість альвеолітів має тенденцію до коли-

вання від 24,0-35,0 %, від числа випадків всіх ускладнень, що зустрічаються у хворих після операції видалення зубів [1]. За даними вчених (А.А. Тимофеева, В.А. Грохотова 2007)

число випадків альвеоліту щелеп становить — 33,2 %.

Дослідники вважають що основною причиною виникнення альвеоліту щелеп є мікробна флора порожнини рота з різним рівнем патогенної дії [2]. Дані літератури останнього часу засвідчують часту наявність у вогнищі запалення неспорутворювальних анаеробів і на мінливість мікробної флори у процесі розвитку альвеоліту щелеп. Більшість дослідників вважає, що у 90,0 % випадків основною причиною виникнення альвеоліту щелеп є мікрофлора з різним рівнем патогенної дії [1].

Встановлено, що найбільш розповсюдженими причинами виникнення "сухої лунки", а отже альвеоліту щелеп, може сприяти травматичне видалення зуба, недостатнє відшарування зубо-ясенної зв'язки, неправильний вибір інструменту для проведення операції, анестетики, аномалія розміщення зубів, гігієнічний стан порожнини рота [2].

Важливими причинами захворювання є зниження загальної резистентності та імунної реактивності організму, на фоні яких зростає агресивність умовно-патогенної мікрофлори ротової порожнини. Основні принципи хірургічного лікування альвеоліту щелеп ґрунтуються на пригніченні запалення в періодонті та стимуляції регенерації сполучної тканини. Ретельна інструментальна обробка інфікованих ран забезпечує ліквідацію вогнища запалення, евакуацію гною і дренажу рани проводять за допомогою раціональної антибактерійної терапії [3].

Сучасні погляди на терапію інфікованих післяекстракційних лунок ґрунтуються на класичних засадах, розвинутих за новітніми медичними технологіями останніх десятиріч. Процес лікування гнійної хірургічної інфекції спрямований на весь організм і на досягнення місцевої дії [4]. Антибактерійні та протизапальні препарати є важливими у лікуванні альвеоліту щелеп. Тривале призначення антибактерійних засобів без урахування чутливості патогенної мікрофлори призводить до цитотоксичного ефекту й мутації мікроорганізмів, які спричиняють гнійно-запальні процеси [3]. Це погіршує перебіг запалення і змушує використовувати ефективніші за силою дії оригінальні препарати або композиції з двох чи більше відомих лікарських засобів [4]. Однак застосування кількох антибактерійних препа-

ратів, до яких гноєрідні бактерії малочутливі, має свої негативні сторони. Загально визнано, що ефективність лікування залежить від вибраної схеми медикаментозного лікування і від способу введення ліків. Науковий інтерес і велике практичне значення мають інноваційні впровадження в клініку лікарських засобів і методів лікування порожнини рота, скерованих на нормалізацію мікрофлори, місцевого імунітету та активізацію репаративних процесів [5].

Перспективними для стоматології є препарати нового класу лікарських засобів — флуорени (аміксин, флуоренізид). За даними українських вчених одним із перспективних з цієї групи є флуоренізид 1,0 % розчин "Флупетсалу" [21].

Медична наукова література з проблем профілактики й лікування гнійно-запальних процесів не містить повідомлень про використання флуоренізида у стоматології. Нами вперше застосовано новий протимікробний, протизапальний, імуномодуляційний засіб флуоренізид у хірургічній стоматологічній практиці і отримано позитивні результати під час профілактики та лікування альвеоліту щелеп.

Запропоновано застосування композиції, що містить флуоренізид, для лікування гнійно-запальних захворювань порожнини рота, зокрема альвеоліту щелеп. Спосіб забезпечує клінічну ефективність, економічність, фармакодоступність і легкість виконання процедур [26]. Вибір теми даного наукового дослідження обумовлений зменшенням втрати працездатності пацієнтів, скорочення терміну лікування та їхня якість. Тому при складності лікування альвеолітів щелеп потребою являється розробка ефективніших лікарських засобів та впровадження новітніх методів у хірургічну стоматологічну практику.

Проблема профілактики післяопераційних ускладнень, гнійно-запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки турбує вчених і практичних лікарів. Успішна профілактика залежить від ефективності антисептиків. Пошук нових антисептичних засобів, їх ефективних комбінацій є надалі актуальним.

На даний час проблема гемостазу після видалення зубів не втратила своєї актуальності, не дивлячись на достатню кількість гемостатичних засобів. Кровотечу після видалення зуба зупиняють за допомогою гемостатичних

засобів місцевої дії. Дослідження показали перевагу колагенової губки над гемофобіном і оксидодексом. [7,8].

Перспективною для попередження ускладнень після видалення зуба є антисептична губка з канаміцином. Губка має пластичні, протимікробні й гемостатичні властивості, розсмоктується в рані. Вивчено її вплив на регенеративні процеси в рані і виявлено здатність антисептичної губки з канаміцином зупиняти кровотечу з лунки вилученого зуба протягом 20 с. Антисептична губка з канаміцином виявляє виражені гемостатичні, протимікробні властивості і стимулює репаративні процеси в рані, що обумовлює високу її терапевтичну ефективність. Застосування антисептичної губки виключає призначення антибіотиків й інших протизапальних і загальних гемостатичних засобів, знижує частоту ускладнень після операцій у порожнині рота, прискорює загоєння рани, виключає потребу багаторазових відвідувань хворим лікаря й скорочує терміни тимчасової непрацездатності в 2-3 рази [9].

У хворих на гемофілію А (спричинена нестачею фактора VIII зсідання крові, пов'язаного з X-хромосою) видаляли зуби в гематологічному відділенні під місцевим провідниковим знеболюванням 2,0 % розчином лідокаїну. Лунки після видалення зубів тампонували колагеновою губкою з тромбіном, у хворих з підвищеною фібринолітичною активністю крові – колагеновою губкою з амінокапроною кислотою, у хворих з гемофілією середньої важкості по К.А. Міткису – тільки колагеновою губкою [10,11].

Встановлено, що застосування гемостатичних засобів місцевої дії дозволяє видаляти зуби у хворих з легкою формою гемофілії. У хворих на лейкоз і хворобу Верльгофа можна виключити із загальної гемостатичної терапії кров і препарати на основі крові. У хворих, які вживають антикоагулянти, під час використання гемостатичних засобів місцевої дії видаляють зуби, не змінюючи схеми лікування антикоагулянтами. Хворим із патологією гепатобіліарної системи дозволені гемостатичні засоби місцевої цілеспрямованої дії [9].

Вивчена частота розвитку кровотеч після видалення зубів і кровотеч ясен при хворобі Віллебранда. При хворобі Віллебранда після видалення зубів кровотечі виникають у 30,0-40,0 % випадків [12,13].

Серед хворих з геморагічним синдромом виявлені порушення у різних ланках гемостазу певної спрямованості. Це група хворих переважно з мікроциркуляторним типом кровоточивості, у яких крім тромбоцитопатій виявлені деякі коагуляційні аномалії [10,14,15].

Дослідження показали, що кровотечі після видалення зубів не були єдиним геморагічним симптомом, характерним для легких і латентних форм куагулопатій і тромбоцитопатій. Прояви їх найчастіше зустрічаються при гінгівітах, стоматитах, парадонтиті, гіпо – і авітамінозах, деяких специфічних інфекціях, системних хворобах крові, сполучної тканини, патології печінки тощо. Геморагічні симптоми не обов'язково супроводжуються кровотечами після видалення зубів. Однак, у певний період життя вони можуть проявитися як провідні геморагічні епізоди.

В амбулаторних умовах за наявності в пацієнта легких і латентних форм куагулопатій і тромбоцитопатій можливе видалення зубів і проведення інших хірургічних втручань без попередньої трансфузійної терапії; знеболюють місцевими анестетиками (краще з вазоконстрикторами); лунку після видалення зуба тампонують гемостатичною губкою, йодоформною марлею, альведжилом; на лунку шви не накладають.

Ефективним і надійним методом запобігання кровотеч при деформації альвеолярного відростка після видалення зуба є лазерний гемостаз, особливо у пацієнтів з порушеним зсіданням крові (гемофілія). Після впливу на тканину, що кровоточить, розфокусованим лазерним променем, вона покривається щільною коагуляційною плівкою [16].

Результати досліджень свідчать, що причиною кровотеч після видалення зуба можуть бути легкі і латентні форми куагулопатій і тромбоцитопатій, що мають клініко-лабораторні особливості і вимагають відповідного лікування [10, 17-20].

Не дивлячись на те, що ризик розвитку запальних ускладнень при таких втручаннях незначний, необхідно забезпечити антимікробну санацію рани місцевими антисептичними засобами. При операціях видалення зуба можливе інфікування резидентною мікрофлорою порожнини рота, чи мікрофлорою периапікального запального вогнища.

Вибір того чи іншого лікарського засобу для проведення місцевої передопераційної профілактики інфекційних ускладнень при операціях видалення зуба визначається характером хірургічного втручання, його тривалістю, травматизмом, ступенем інфікування рани, індивідуальною чутливістю організму до того чи іншого препарату, доступністю та іншими загальними та місцевими факторами [22].

З метою профілактики післяопераційних ускладнень при амбулаторних умовно чистих операціях на щелепі пропонують використовувати серію препаратів, які містять хлоргексидин біглюконат [23]. Застосовувати препарати фірми (Pierre Fabre, France): ельгідіум (зубна паста), елюгель (гель — 0,2 %), елюдрил (розчин — 0,1 %). Препарати застосовувати на всіх етапах лікування.

Така підготовка дозволяє максимально наблизити умови рани в порожнині рота до умов „чистої” рани та запобігти мікробній контамінації під час проведення хірургічного втручання [24-32].

Промивання розчином хлоргексидину кісткової рани і застосування гелю під слизово-окисним клаптом дозволяє втримати певну концентрацію хлоргексидину в зоні хірургічного втручання.

Як було встановлено раніше, хлоргексидин не тільки володіє протимікробним ефектом, але й, в певній мірі, протизапальною дією. Саме ці якості необхідні для гладкого протікання першої фази раневого процесу з застосуванням плівки «Диплен-дента ХД» (із хлоргексидином і дексаметазоном) з метою ізоляції кісткової рани в першій фазі загоєння [33].

Для профілактики інфекційно-запальних ускладнень і відновлення мікробного біоценозу, у хірургічній стоматології застосовують різні лікарські форми антибактерійних засобів [34].

Встановлено, що застосування полоскання порожнини рота “Натуросептом” у хворих в післяопераційний період сприяє зменшенню рівня мікробного обміненія умовно-патогенними й патогенними бактеріями та стимулює фактори неспецифічного та імунного захисту в порожнині рота, зменшує частоту розвитку альвеоліту [6].

За анатомо-терапевтично-хімічною (АТХ) класифікацією ефективні лікарські засоби для лікування стоматологічних захворювань на-

лежать до групи “J”: (в-лактамі антибіотики “J01C”, тетрацикліни “J01A”, лінкоміцин, кліндаміцин “J01F”, аміноглікозиди “J01G”, сульфаніламід “J01E”; хінолони “J01M”. Активно використовують антисептичні і дезінфікуючі “D08A”; препарати для покращання трофіки і стимуляції процесів регенерації “D03AX” [40].

Шляхи введення, дозування і тривалість терапії залежать від важкості перебігу гнійно-запальних хвороб, локалізації, інтоксикації, реактивності організму, обсягу оперативного втручання, наявності супутніх захворювань [35].

Широке застосування антибактерійних препаратів у терапії обумовило ріст стійких і полірезистентних штамів мікроорганізмів. Це пояснюють механізмами хромосомних і нехромосомних аберацій (R-плазмід, які забезпечують передачу спадкової інформації при генетичних рекомбінаціях з однієї бактерійної клітини в іншу). Гени й R-плазмід контролюють різні механізми резистентності до лікарських засобів, насамперед синтез бактеріями ферментів типу в-лактамаз, які руйнують молекулу антибіотика [44].

На бактерії усіх груп практично не впливає фурацилін (1:5000), однак розчин фурагіну діє антибактерійно. Через резистентність збудників гнійно-запальних хвороб до бензилпеніциліну, поліміксину, канаміцину, цефазоліну, їх застосування сьогодні вважають недоцільним [41].

Встановлено, що при високій резистентності — *Pseudomonas aeruginosa* до лікарських засобів треба застосовувати амікацин або фторхінолони.

При низькій активності збудників до лінкоміцину й метронідазолу, призначають метронідазол з амоксивламом або фторхінолонами, а лінкоміцин замінюють на кліндаміцин [42]. Розроблені лікарські плівки бактерицидної дії з метронідазолом [43].

Малоактивний препарат хлоргексидин біглюконат, він діє на бактероїди та актиноміцети і ефективний під час лікування пародонтиту. При місцевому лікуванні ран вищі його концентрації подразнюють тканини [42].

Ефективні у разі гнійно-запальних хворобах щелепно-лицевої ділянки нові комбіновані препарати хлоргексидин + кальцію карбонат під назвою ельгідіум фірми “Pierre Fabre Medicament”, хлоргексидин + метронідазол

"Метрогіл дента", хлоргексидин + лідокаїн під назвою лідохлор фірми "Unique Pharmaceutical Laboratories"; хлоргексидин + тиротрицин + лідокаїн під торговельною назвою "Трахісан" німецької фірми [38].

Рекомендують місцеве використовувати доксидин, граміцидин, фурагін, левоміцетин у різних комбінаціях і у вигляді розчину, мазі або гелю.

Ефективний 4,0 % розчин натрію гіпохлориту з наступним введенням у рану поліфіту або актовегін гелю [37].

Застосування антисептичних розчинів спрямоване на механічне очищення рани, знищення мікрофлори, що занесена з повітря, складок слизової оболонки порожнини рота, пунктів ретенції (міжзубні проміжки, ретромоларна ділянка).

Встановлено, що застосування полоскання порожнини рота "Натуросептом" у хворих в післяопераційний період сприяє зменшенню рівня мікробного обсіменіння умовно-патогенними й патогенними бактеріями та стимулює фактори неспецифічного та імунного захисту в порожнині рота, зменшує частоту розвитку альвеоліту.

Препарати групи "D03AX" австрійської фірми "Nusomed" скорочують час епітелізації і прискорюють видужання хворих.

Останнім часом у разі гнійно-запальних хвороб щелепно-лицевої ділянки перорально призначають "Цифран СТ" (містить ципрофлоксацин 500 мг + тинідазол 600 мг) фірми "Ranbaxy Laboratories Ltd". Поєднання фторхінолону з похідним нітроїмідазолу забезпечує широкий спектр дії на мікрофлору ротової порожнини [39].

Доказана ефективність стоматидину (містить 0,1 г гексетидину в 100 мл води) зберігає активну концентрацію на слизовій оболонці горла 65-72 год, препарат сприяє очищенню й гранулюванню ран [27].

В Україні використовують ефективні лікарські засоби, переважно іноземних фірм, які виготовлені за новітніми фармацевтичними технологіями. За допомогою нових фармацевтичних композицій антибактерійних препаратів досягають високого клінічного ефекту під час лікування гнійно-запальних хвороб щелепно-лицевої ділянки.

Вибір препаратів для антимікробної хіміотерапії стоматологічної патології утруднений че-

рез резистентність мікробних асоціацій. На розвиток інфекції в післяопераційному періоді впливають стан місцевого й загального імунітету, характер передопераційної підготовки, техника виконання операції, операційна травма тканин, крововтрата, наявність сторонніх предметів, ступінь мікробного забруднення рани, вірулентність мікрофлори й резистентність бактерій до антимікробних препаратів [36].

При хірургічних втручаннях завжди показана антибіотична профілактика. У післяопераційному періоді обґрунтованою є заміна препарату (чи лікарської форми антибіотика), який використовували для передопераційної профілактики, на препарат іншої групи, що буде застосовуватися далі (ступеневий принцип). Це забезпечує ефективнішу елімінацію резистентних штамів, які виникли в результаті можливої селекції під дією антибіотиків.

В амбулаторній хірургічно-стоматологічній практиці профілактика антибіотиками показана у двох випадках:

- при високому ризику розвитку післяопераційної інфекції;

- при вторинній (опортуністичній) інфекції, що розвивається на фоні обтяженого анамнезу і є безпосередньою загрозою для життя хворого. Вироблені загальні вимоги щодо вибору антибіотика для здійснення стоматологічних операцій, а саме [45]:

- спектр дії антибіотика повинен охоплювати мікрофлору, характерну для пацієнта;

- препарат повинен якнайменше індукувати резистентність мікрофлори;

- антибіотик повинен легко проникати в тканини у зоні оперативного втручання і виділятися рідиною з ясен;

- концентрація антибіотика в тканинах і рані повинна перевищувати МІК для можливих патогенів протягом оперативного втручання;

- антибіотик повинен характеризуватися мінімальними побічними ефектами (не взаємодіяти із анестетиками, знеболювальними й іншими засобами).

Для передопераційної профілактики вибирають потрібний антибіотик за особливостями фармакодинаміки, фармакокінетики і спектром дії [46].

Не дивлячись на багаточисленні роботи вітчизняних і зарубіжних авторів, які займалися вдосконаленням існуючих і розробкою

нових методів лікування, і також профілактикою альвеолітів проблема постекстракційних ускладнень залишається не вирішеною і актуальною. Метою нашого дослідження є проведення аналізу частоти рентгенологічних, місцевих і загальних клінічних симптомів, які впливають на частоту виникнення постекстракційних альвеолітів. На підставі отриманих даних запропонувати тактику лікаря по запобіганню розвитку постекстракційних альвеолітів. На нашу думку, для запобігання постек-

стракційних ускладнень, або зменшення їх кількості, необхідно проводити аналіз симптомів періапикального вогнища і надалі за необхідності проводити профілактичні заходи.

При лікуванні постекстракційних ускладнень необхідно використовувати сучасні імуномодулятори місцевої дії, а також медикаментозні засоби, які володіють антимікробними властивостями і одночасно стимулюють процеси регенерації кісткової тканини і слизової оболонки.

Список літератури

1. Артюшкевич, А. Одонтогенная инфекция: современная патогенетическая терапия / А. Артюшкевич, Г. Руман // Стоматолог. — 2004. — № 2. — С. 46-49.
2. А. с. 1076118 МКИ³ А 61 К 6/00. Способ лечения альвеолита / П.Н. Фиалко и Д.Я. Бергер (СССР). — № 3401889/28-13; заявл. 26.02.82; опубл. 28.02.84, Бюл. № 8.
3. А. с. 1553127 МКИ⁵ А 61 К 6/02. Способ лечения альвеолитов / И.С. Машенко и В.Г. Помойницкий (СССР). — № 4314547/28-14; заявл. 06.10.87; опубл. 30.03.90, -Бюл. № 12.
4. А. с. 1704782 СССР, МКИ⁵ А 61 К 6/02, 35/78. Способ лечения альвеолитов Б.М. Мансуров, Ш.С. Киковатская и Ю.А. Пайгамова (СССР). — № 4744572/14; заявл. 29.09.89; опубл. 15.01.92, — Бюл. № 2.
5. Безруков С.Г. Характер микрофлоры содержимого лунок удаленных зубов / С.Г. Безруков, К.Г. Бом, О.Н. Постникова // Вісник стоматології. — 2009. — № 3. — С. 45 -49.
6. Вареньева Н.О. Антибактериальная активность нового антисептического полоскания для полости рта "Натуросепт" и эффективность его применения для профилактики альвеолита / Н.О. Вареньева // Дентальные технологии. — 2008. №4(39), — С. 16-17.
7. Гаврилов В.А. Лечение гнойных ран челюстно-лицевой области. Какой антисептик эффективнее? / В.А. Гаврилов, Т.Н. Назаренко, Т.К. Бей. 3б. научн. тр. - Харьков, 2004. — С. 97-99.
8. Гаврилова Л.М. Уреазная активность ротовой жидкости у больных с острой и одонтогенной инфекцией челюстно-лицевой области / Л.М. Гаврилова, И.Т. Сегень // Стоматология. — 1996 — Спец, выпуск. — С. 49 — 50.
9. Гирич С.В. Модификация метода определения активности каталазы в биохимических субстратах / С.В. Гирич // Лабораторная диагностика. — 1999. — №4. — С. 45-46.
10. Гордиук Н.М. Досвід лікування альвеоліта / Н.М. Гордиук, Г.Г. Бойко, Л.А. Анісімова//Український стоматологічний альманах. 2001. — № 1. — С. 55.
11. Готь І. Соціальне значимі інфекції в стоматології / Іван Готь, Олександр Адамович, Оксана Масна-Чала. — Львів: "Компакт-ЛВ", 2005. — 123 с.
12. Грицюк А.И. Практическая гемостазиология / А.И.

Грицюк, Е.Н. Амосова, И.А. Грицюк-Киев: "Здоров'я". — 1994.-225 с.

13. Григоров С.М. Нове покоління антибактеріальних препаратів у лікуванні гнійно-запальних захворювань м'яких тканин щелепно-лицевої області (клініко-морфологічне дослідження): автореф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматологія" / С.М. Григоров- Полтава, 2004. — 18с.
14. Дисбактериоз полости рта и его коррекция биофлаваноидами / А.П. Левицкий, И.А. Селиванская, В.Н. Почтарь [и др.] ; // Матеріали ІХ Українського біохімічного з'їзду, 24-27 жовтня, 2006 р, Харків, т.2. — С. 76 — 77.
15. Дитер Е. Применение в стоматологии хлоргексидин-биглюконата (СНХ) в качестве антимикробного средства / Е. Дитер, Ланге // Клиническая стоматология. 1999. — № 1. — С 38-42.
16. Дем'яненко В.В. Лямбліоз: оцінка методів діагностики лямбліозної інвазії / В.В.Дем'яненко, М.І. Шкільна // Вісник наукових досліджень — 2007. — № 3. — С.21-23.
17. Денисов А.Б. Слюнные железы. Слюна / А.Б. Денисов — Москва, 2000. — 362 с.
18. Деняга О.В. Биохимические показатели тканей периодонта при экспериментальной терапии периодонтита / О.В. Деняга, Д.Б. Цевух, А.П. Левицкий // Вісник стоматології. — 2007. — № 4. — С. 40 — 44.
19. Денисов А.Б. Слюнные железы — тест-объект для оценки био-совместимости в стоматологии / А.Б. Денисов // Бюллетень экпер. биологии и медицины. — 2001. — Т.131,№2. — С.124-131.
20. Денисов А.Б. Микрорекристаллизация слюны: новые методические подходы / А.Б.Денисов // Стоматология. — 2007. — № 5. — С. 20 — 23.
21. Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 11-2001. "Флуорензид — новий оригінальний український препарат протитуберкульозної та протимікробної дії" / Ю.І. Феценко, В.М. Борис, Л.М. Литвин [та ін.] Установа-розробник: ЛДМУ ім. Данила Галицького, Львівський НДІ епідеміології та гігієни. — Київ, 2001.
22. Ісакова Н.М. Застосування амізону і антибіотиків при лікуванні хворих з гнійно-запальними процесами

- ми щелепно-лищевої ділянки / Н.М. Ісакова, С.М. Шувалов // Вісник стоматології. - 2004. - № 3. - С. 36-37.
23. Карнаухов В.Н. Люминесцентний спектральний аналіз клітки / В.Н. Карнаухов М: Наука, 1978.-209с.
24. Кароліюк М.А. Метод определения активности каталазы / М.А. Кароліюк, Л.И. Иванова, Н.Т. Майорова, [та ін.] // Лабораторное дело. - 1988. - № 1. - С. 16-18.
25. Ковалевський А.М. Паста для лечения альвеолита / А.М. Ковалевський, А.К. Йорданишвили // Усовершенствование методов и аппаратуры, применяемых в учебном процессе, медико-биологических исследованиях и клинической практике Сб. изобретений и рацпредложений. - СПб., 1996. - Вып.27. - С. 39- 41.
26. Коваленко М. М. І. Про новий вітчизняний оригінальний протимікробний засіб флуоренізид / М. М. Коваленко, О. І. Михалик // Тези І Міжнародного медичного конгресу студентів та молодих вчених. Тернопіль, 18-20 травня, 1997 р. - С. 228-229.
27. Ковцур С.С. Применение антибактериального препарата «Стоматидин» в комплексном лечении больных с острыми одонтогенными воспалительными процессами челюстно-лицевой области / С.С. Ковцур, В.А. Маланчук, М.Н.Чумак // Стоматолог. - 2004. - № 4. - С. 32-34.
28. Коротких Н.Г. Клинико-морфологические аспекты диагностики и лечения альвеолитов / Н.Г. Коротких, М.В. Шалаева, О.Ю. Шалаев // Труды V съезда Стоматологической ассоциации России (Москва, 14-17 сент. 1999 г.) - М. 1999. С. 260-263.
29. Коломієць Л.И. Комплексное лечение больных острым одонтогенным периоститом, альвеолитом, острым и обострившимся хроническим перикоронаритом с применением диметилсульфоксида, зктерицида й оксацилина: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматологія" / Л.И. Коломієць. - Киев, 1982.-23с.
30. Компендіум 2006 - лекарственные препараты (в двух томах) / В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. - К.: МОРИОН, 2006. - 2270 с.
31. Косенко К.Н. Профилактическая гигиена полости рта / К.Н. Косенко, Т.П.Терешина Одесса, 003: Изд-во КП ОГТ. - 296 с.
32. Косенко К. Н. Экспериментальное обоснование применения лизоцим-содержащих препаратов при патологии тканей пародонта / К.Н.Косенко, В. Г.Плотникова // Вісник стоматології. - 2007. - № 1. - С. 2 - 5.
33. Костюченко Б.М. / Раны и раневая инфекция / Б.М. Костюченко, Л.А. Блатун, А.М. Маршак - М, 1990. -С. 298-315.
34. Кузняк Н.Б. Комплексне лікування гнійно-запальних процесів щелепно-лищевої ділянки препаратами з сорбційною дією: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматологія" / Н.Б. Кузняк - Київ, 1999. - 34 с.
35. Методичні рекомендації. Доклінічні дослідження лікарських засобів/ За ред. чл-кор. АМН України О.В. Стефанова - Київ .: Авіцена, 2001 - С.74-97.
36. Методичні рекомендації. Експериментальне вивчення токсичної дії та специфічної ефективності засобів для догляду за порожниною рота / Т.П. Терешина, К.М. Косенко, А.П. Левицький [та ін.] - Київ, ДФЦ МОЗ України. - 2003. - С.7 - 10.
37. Нонева Н.О. Обґрунтування застосування нових антисептичних засобів для профілактики та лікування альвеоліту: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматологія" / Н.О. Нонева. - О, 2009. - 20 с.
38. Обробка даних і аналіз результатів клінічних випробувань лікарських засобів / О.В. Жмуро, В.І. Мальцев, Т.К. Єфімцева [та інш.] // Український медичний часопис, 2001. - № 6. - С. 34-49.
39. Оценка зфффективности антибактериального препарата Цифран СТ для лечения и профилактики гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области/А.А. Тимофеев, Е.В. Горобец, Е.П. Весова [и др.] // Современная стоматология. - 2004. -№1.-С.92-97.
40. Палий В.Г. Возбудители гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и их чувствительность к антибиотикам / В.Г. Палий, А.С. Барило, А.А. Чеснокова [и др.] // Biomedical and Biosocial Anthropology. - 2006. - № 6. - С. 84-87.
41. Пат. 5 7681 А Україна, МКВ⁷ А 61 В 17/00. Спосіб лікування альвеолітів у хірургічній стоматології / Л.Г. Буракова; заявник та патентовласник Буракова Любов Григоріївна. - № 2002118765; заявл. 05.11.02; опубл. 16.06.03, Бюл. № 5.
42. Пат. 63761А Україна, МКВ⁷ А 61 К 7/16. Спосіб лікування альвеоліту / Р.Ю. Хоружа, І.В. Чайковська, М.Є Хоружий [та інш.]; заявник та патентовласник Хоружа Ритта Юхимівна. - № 2003065706; заявл. 20.06.03; опубл. 15.01.04, Бюл. №1.
43. Пат. 71254А Україна, МКВ⁷ А 61 К 31/00. Спосіб лікування альвеоліту гнійно-запальних процесів щелепно-лищевої ділянки / С.М. Шувалов, Н.М. Ісакова, С.Л. Рибалко; заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет ім.І.Пирогова - № 20031211418; заявл. 11.12.03; опубл. 15.11.04, Бюл. №11.
44. Понур Б.А. Аналіз антибіотико-чутливості штампів бактерій, виділених у больових с гнійно-воспалительними процесами / Б.А. Понур, Ю.Н. Шикон, Л.О.Кармелюк // Український хіміотерапевтичний журнал.2000.- №1 (5). - С. 39-42.
45. Ушаков Р.В. Применение препаратов с антимикробным действием в местном лечении одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области /Р.В. Ушаков // Стоматолог, 2004.- №3. - С. 26-27.
46. Ушаков Р.В. Проблема антибактериальной терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Р.В. Ушаков, В.М. Царев, А.Е.Романов // Стоматология. Спец.выпуск: Материалы II съезда СтАР. - 1996.-с.84.

Отримано 15.02.11