

стежених із соматичною патологією підвищується рівень активності уреаз в 3,2 раза – цей показник підтверджує надмірну засіяність мікроорганізмами порожнини рота, а отже, високу карієсогенну ситуацію. Ці характеристики дають можливість визначити високий ступінь дисбіозу порожнини рота в дітей із гіпертрофією порожнини рота.

**Висновки.** Проведені дослідження виявили зростання показника МДА, зниження активності лізоциму, підвищення концентрації уреаз, високий ступінь дисбіозу в дітей 3-5 років із гіпертрофією аденоїдів. Отримані результати свідчать про значне порушення гомеостазу порожнини рота і як наслідок – високу карієсогенну ситуацію в цієї групи обстежених, а також про необхідність розробки й упровадження лікувально-профілактичних комплексів, спрямованих не тільки на стоматологічну патологію, а й на супутню хворобу.

*Фурман Р.Л., Барило О.С.*

## ВИКОРИСТАННЯ МАГНІТОЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ ІНФРАОРБІТАЛЬНОГО НЕРВА

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Вінниця, Україна

**Мета дослідження.** Комплексна оцінка основних показників больового синдрому в пацієнтів із переломами виличної кістки, що супроводжується ушкодженням інфраорбітального нерва, із використанням загальноприйнятої схеми лікування, доповненої застосуванням магнітолазерної терапії.

**Матеріали й методи.** Проведено оперативне втручання й подальше післяопераційне лікування 30 хворих із переломами виличної кістки, що супроводжувались клінікою ушкодження інфраорбітального нерва. Пацієнти були поділені на 2 клінічні групи: основна група й група порівняння.

В основну групу ввійшли 15 пацієнтів, яким проводили комплекс лікувальних заходів: операцію репозиції уламків, використання антибіотика широкого спектра дії протягом 10 днів, нестероїдного протизапального препарату, а в післяопераційний період було застосовано фізіотерапевтичне лікування з використанням апарата магнітолазерної терапії. У групу порівняння ввійшли 15 пацієнтів, яким проводили загальноприйнятій комплекс лікувальних заходів: репозицію уламків, використання антибіотика широкого спектра дії терміном 10 діб, нестероїдного протизапального препарату. Больовий синдром і симптоми невротатії оцінювали з використанням больової шкали LANSS, опитувальника DN4, візуально-аналогової шкали (ВАШ) (оцінювали суб'єктивні відчуття, інтенсивність болю) і шкали загальної оцінки симптомів невротатії (NTSS - 9).

**Результати дослідження.** Із результатів дослідження больової шкали LANSS видно, що показники значно кращі в основній групі. Виявлено, що різке падіння відбувається за рахунок параметрів, що показують ноцицептивні больові відчуття. Надалі показники майже не змінюються і зберігаються за рахунок ознак дизестезивних проявів.

На початку дослідження опитувальника DN4 різниці між показниками майже не було, більше того, в основній групі вони були дещо вищі. На 7 добу різниця між величинами була несуттєва (в основній групі показники нижчі в 1,09 раза) і майже такою ж (в 1,25 раза) залишилася до кінця спостереження (14 доба). Оскільки цей опитувальник в основному відображає ознаки дизестезивних проявів, можна припустити, що магнітолазерна терапія незначно впливає на регресію цих проявів при переломах.

При дослідженні за допомогою шкали ВАШ ми спостерігали за значним послабленням болю в основній групі. У цій групі до початку лікування показники майже не відрізнялись від таких у групі порівняння, на 7 добу вони були нижчими в 3,05 раза, а на момент виписки (14 доба) показники ВАШ були у 12,5 раза нижчі від таких у групі порівняння. Звідси видно, що больовий синдром (в основному – спонтанний біль і біль при навантаженні) в основній групі на момент виписки зі стаціонару був майже відсутнім і хворі не потребували будь-яких знеболювальних. Натомість у групі порівняння хворі відчували біль середньої тяжкості, що потребував застосування знеболювальних препаратів.

За показниками шкали загальної оцінки симптомів невротатії (NTSS - 9) видно чітку різницю в динаміці покращення стану пацієнтів. На першу добу показники не відрізнялись, а навіть були дещо вищими в основній групі. На 7 добу різниця становила 1,32 раза в бік покращення показників у основній групі відносно групи порівняння. На 14 добу така різниця становила 4,12 раза.

**Висновок.** Отже, проаналізувавши динаміку скарг і об'єктивних даних при переломах виличної кістки, що супроводжуються ушкодженням інфраорбітального нерва, ми виявили, що використання магнітолазерної терапії червоним лазером і постійним магнітним полем прискорює регрес больового синдрому в період лікування.