

- ли і 40-річчю кафедри терапевтичної стоматології Інституту стоматології КМАПО ім. П.Л. Шупика. – К., 2004р. – С. 83-84.
4. Шматко В.І. Захисні механізми порожнини рота / В.І. Шматко, М.І. Голубева, Н.В. Біденко [та ін.] // Вісник стоматології. – 1998. – №4. – С.79-84.
  5. Левицкий А.П. Лизоцим вместо антибиотиков / Левицкий А.П. – Одесса : КП ОГТ, 2005. – 73 с.
  6. Лобань Г.А. Мікробіологія, вірусологія та імунологія порожнини рота / Г.А. Лобань, В.І. Федорченко. – Полтава, 2004. – 123 с.
  7. Чумакова Ю.Г. Состояние местного иммунитета полости рта и системного иммунитета у лиц молодого возраста с хроническим катаральным гингивитом / Ю.Г. Чумакова, Н.Н. Запорожец, О.В. Мороз // Вісник стоматології. – 2002. – №1. – С.22-24.

### Реферат

#### ВЗАИМОСВЯЗЬ АКТИВНОСТИ ЛИЗОЦИМА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ И СОМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ

Гришко Ю.М., Мошель Т.Н., Ганчо О.В.

Ключевые слова: активность лизоцима, соматические заболевания, хронический катаральный гингивит.

В статье приведен анализ исследования активности лизоцима ротовой жидкости в зависимости от влияния местных и общих факторов. Результаты обследования 50 студентов IV курса стоматологического факультета показали достоверное снижение активности лизоцима при наличии соматической патологии, а также при ее сочетании с вредными привычками (курение) ( $p < 0,05$ ) и некоторое повышение активности лизоцима ротовой жидкости при хроническом катаральном гингивите ( $p < 0,01$ ).

### Summary

#### CORRELATION BETWEEN ORAL FLUID LYSOZYME ACTIVITY, STOMATOLOGICAL AND SOMATIC STATUS

Hryshko Yu.M., Moshel T.N., Hancho O.V.

Key words: lysozyme activity, somatic diseases, chronic gingivitis.

This paper presents the analysis of oral fluid lysozyme activity depending on local and general factors. The results obtained by the inspection of 50 fourth-year dental students have shown the reliable decrease in lysozyme activity somatic pathology as well as under its combination with pernicious habits (smoking) ( $p < 0,05$ ) and some increase of oral liquid lysozyme activity in chronic catarrhal gingivitis ( $p < 0,01$ ).

УДК 616. 833.17 – 002.2 – 071

**Іваницька О.С., Рибалов О.В., Скікевич М.Г.**

### **КОМПЛЕКСНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ПЕРИФЕРІЙНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЯК ОСНОВА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЇХ ЛІКУВАННЯ**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

*В роботі запропоновано алгоритм комплексного обстеження пацієнтів із прозопарезом у стадії залишкових явищ, який включав вивчення особливостей клінічного перебігу хронічного ураження лицевого нерва з урахуванням локалізації патологічного процесу, дослідження стану імунної системи та системи мозкового кровообігу, аналіз електрофізіологічних параметрів роботи периферичного відділу нерва та нейронів головного мозку, встановлення стоматологічного та психоемоційного статусів. Отримані результати дослідження дозволяють розробити патогенетично обґрунтоване лікування хворих із периферичними ураженнями лицевого нерва у стадії залишкових явищ.*

Ключові слова: периферичні ураження лицевого нерва, алгоритм обстеження хворих.

Робота є фрагментом комплексної теми кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї «Вроджені та набуті морфо-функціональні порушення зубо-щелепної системи, органів і тканин голови та шиї, їх діагностика, хірургічне та консервативне лікування» (№ державної реєстрації 0111U006301)

Проблема діагностики та лікування нейростоматологічних захворювань становить значний теоретичний та практичний інтерес для лікарів-стоматологів. Її актуальність пояснюється, зокрема, невпинним зростанням на сьогоднішній день кількості хворих, що звертаються за медичною допомогою з приводу наявних у них чутливих, рухових, секреторних та трофічних розладів у щелепно-лицевій ділянці [1,16,20]. Не в останню чергу, це обумовлюється розвитком сучасного суспільства з його техногенними катастрофами, стрімким ритмом життя, погіршенням екологічної ситуації, посиленням стресового навантаження на людину тощо. При цьому неврологічні захворювання обличчя, у зв'язку з унікальністю цієї частини людського тіла, відзначаються неабиякими особливостями їх симптоматики та

клінічного перебігу, що утруднюють встановлення правильного діагнозу та вибір оптимальних шляхів їх лікування [3,12].

Одним із найбільш поширених серед нейростоматологічних захворювань фахівці вважають периферичні ураження лицевого нерва (ПУЛН) [6,11,13,18]. Необхідність детального вивчення проявів даного захворювання та патологічних змін, ним викликаних, продиктована потребою знайти найефективніші способи подолання недуги, що значно знижує якість життя хворих через її тяжкість та нерідкі ускладнення, особливо у випадках, коли вона набуває хронічного характеру.

### Мета дослідження

Створення алгоритму комплексного обсте-

ження хворих із периферійними ураженнями лицевого нерва у стадії залишкових явищ для забезпечення їх адекватного патогенетичного лікування.

#### **Об'єкти та методи дослідження**

В основу нашого дослідження були покладені результати обстеження 82 хворих з порушеннями функцій лицевого нерва периферійного ґенезу у стадії залишкових явищ. Клінічне обстеження хворих здійснювалось за єдиною комплексною програмою, спрямованою на вивчення стоматоневрологічного статусу, що дозволяла встановити загальні та місцеві етіопатогенетичні фактори хвороби, об'єктивно оцінити загальний стан організму, отримати якомога більш точну клінічну характеристику ураження нерва, визначити його ступінь і рівень.

Вираженість функціональних порушень мімічних м'язів оцінювалась за методикою, запропонованою Ф.М. Фарбером [19]. Для встановлення рівня переважного ураження нерва використовувалась схема топічної діагностики Ерба [2]. Невід'ємними складовими клінічного обстеження хворих із ПУЛН були дослідження стоматологічного статусу (гігієнічний індекс за Green-Vermillion, папілярно-альвеолярний (РМА) індекс за С. Рама, пародонтальний індекс СРІТN) та оцінка психоемоційного стану (опитувальник «МІНІ-МУЛЬТ») [9].

Клінічні обстеження доповнювались додатковими дослідженнями. Вивчення імунного статусу хворих включало встановлення вмісту в крові субпопуляцій лімфоцитів, на основі виявлення CD-маркерів (CD3<sup>+</sup>, CD4<sup>+</sup>, CD8<sup>+</sup>, CD16<sup>+</sup>, CD20<sup>+</sup>), імуноглобулінів класів А, М, G та рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) [8,15]. Пацієнтам також були призначені такі електрофізіологічні дослідження, як стимуляційна електроміографія (СЕМГ) апаратом «Нейроміан», реоенцефалографія (РЕГ) апаратом «REGINA-2000» та електроенцефалографія (ЕЕГ) апаратом «DX – 4000 grastic».

#### **Результати та їх обговорення**

Вибір адекватного лікування ПУЛН неможливий без всебічного обстеження хворих, яке, перед усім, передбачало визначення тяжкості ураження лицевого нерва. З цією метою використовувалась запропонована Ф.М. Фарбером методика оцінки вираженості функціональних порушень мімічних м'язів як непрямого свідчення ступеня його ураження. Для цього на основі виконання хворим нескладних тестів (заплющування очей, вищірювання зубів, витягування губ «у трубочку» тощо) визначали відсоток збереження функції м'язів лица паретичного боку у порівнянні з інтактною стороною, рухомість мімічної мускулатури якої приймається за 100%. Сумуючи результати тестів, вираховували інтегральний показник, відповідно до якого ступінь тяжкості порушення функції м'язів оцінювалась

наступним чином: інтегральний показник до 10% відповідає тяжкому; від 11 до 35% – вираженому; від 36% до 70% – помірному прозопопарезу. На основі візуальної оцінки асиметрії обличчя у стані спокою та за допомогою тестів Фарбера нами було встановлено у 25 пацієнтів (30,5%) – помірний, у 49 (59,7%) – виражений, у 8 (9,8%) – тяжкий прозопопарез.

Важливе значення не лише для діагностики ПУЛН, але й в подальшому для призначення необхідного лікування мало встановлення рівня переважного ураження нерва. Враховуючи існування основних симптомокомплексів, характерних для патологічного процесу у тій чи іншій ділянці нерва, нами використовувалась певна схема топічної діагностики. Так, проведення дослідження спонтанної сльотної секреції за методом Ширмера, який полягає у порівняльному вимірюванні кількості сльозної рідини, отриманої на «ураженому» та «здоровому» боці дозволяло встановити ураження лицевого нерва відносно колінчатого вузла. Для отримання інформації, що дозволила б зробити висновок щодо місця переважного ураження лицевого нерва відносно відходження стапедіальної гілки, нами проводились дослідження з визначення порогів дискомфорту гучності. Зниження порогів дискомфорту на боці ураження лицевого нерва (гіперакузія) вказувало на переважне ураження лицевого нерва вище відходження стапедіального нерва. Одним з шляхів визначення рівня ураження лицевого нерва є вивчення стану смакової чутливості. Для перевірки смакової чутливості застосовували так званий крапельний метод. Зниження або повна відсутність смакових відчуттів на боці прозопопарезу вказували на ураження лицевого нерва вище відходження барабанної струни. У зв'язку з тим, що при ураженні лицевого нерва вище відходження барабанної струни відбувається порушення слиновиділення, невід'ємним компонентом топічної діагностики є оцінка функції піднижньощелепних залоз. Дане дослідження проводилось за допомогою метода Магільські та Блатта. Для ураження лицевого нерва вище відходження барабанної струни характерним є зниження секреторної функції піднижньощелепної залози на боці ураження лицевого нерва до 25% від кількості, отриманої на протилежному боці.

Аналіз скарг, анамнезу захворювання та результатів топічної діагностики дозволив визначити рівень переважного ураження лицевого нерва: в 26 пацієнтів (31,7%) вище відходжень стапедіальної гілки, у 22 (26,8%) – нижче барабанної струни, у 13 (15,9%) – нижче шилососкоподібного отвору, у 12 (14,6%) – вище барабанної струни, у 9 (11%) – вище відходження великого кам'янистого нерва.

Важливим показником виникнення та перебігу будь-яких патологічних процесів в організмі і, особливо на обличчі, є стан порожнини рота, тому вивчення стоматологічного статусу хворих

із ПУЛН розглядалось нами як обов'язкова складова клінічного обстеження. У 31 пацієнта (37,8%) спостерігались нерівномірність кольору слизової оболонки порожнини рота, а у 17 (20,7%) – її набряклість на боці прозопопарезу, що свідчило про наявність у цих хворих вегетативно-судинних порушень. У 25 хворих (30,5%) нами були виявлені відбитки зубів на слизовій оболонці щоки на паретичному боці, що вказувало на часте прикушування її внаслідок зниження тонусу м'язів лица. Наявність каріозного процесу та його ускладнень відмічалась у 76 пацієнтів (92,7%). Вивчення гігієнічного стану порожнини рота за Green-Vermillion зафіксувало той факт, що у пацієнтів із ПУЛН він здебільшого оцінювався як поганий, незадовільний та задовільний. Визначення індексів РМА та СРІТН вказало на те, що у 59 осіб (72%) наявними були захворювання пародонту, представлені хронічним катаральним гінгівітом та генералізованим пародонтитом. Вивчення стоматологічного статусу хворих із ПУЛН зафіксувало тенденцію до погіршення гігієни порожнини рота та стану тканин пародонту залежно від вираженості дисфункції мімічних м'язів, що свідчить про утворення своєрідного «хибного кола». Внаслідок зниження тонусу м'язів обличчя, викликаного ураженням лицевого нерва, виникають складнощі для самоочищення порожнини рота, у зв'язку з чим погіршується її гігієна та створюються додаткові умови для розвитку запальних процесів у тканинах пародонту. В свою ж чергу, незадовільний стан порожнини рота та тканин пародонту негативним чином позначається на відновлювальному процесі у нерві. У зв'язку з цим у лікуванні пацієнтів із ПУЛН абсолютно необхідним видається проведення санації порожнини рота та приділення особливої уваги її гігієні.

Суттєвого значення в ході клінічних спостережень за хворими із ПУЛН нами надавалось вивченню їх психоемоційного стану. При цьому ми виходили з того, що, з одного боку, постійно присутній стрес, пов'язаний з виникненням у зв'язку з захворюванням дефекту обличчя, безумовно, не може не позначитись на стані психіки хворого, з іншого – від індивідуальних особливостей психіки певним чином може залежати навіть результативність лікування. Дані, отримані за допомогою опитувальника «МІНІ-МУЛЬТ», вказали на наявність у 29 пацієнтів (35,4%) зниженого фону настрою у поєднанні з вираженою емоційною лабільністю, тривоги, вередливості, апатії, знижений компонент боротьби з хворобою; у 11 хворих (13,4%) – підвищеної втомлюваності, нетерпеливості, невпевненості у сприятливому завершенні хвороби; у 5 осіб (6,1%) – частих змін настрою, бажання привертати до себе підвищену увагу, театральності поведінки; у 4 пацієнтів (4,9%) – нав'язливих страхів, роздумів та сумнівів щодо правильності лікування при зниженні компоненту боротьби з хворобою. Отримані результати підтвердили припущення

про існування у більшості пацієнтів із ПУЛН симптомів психоневротичних порушень, що виникли на фоні тривало існуючого косметичного дефекту. Вони, на нашу думку, виступають як додатковий фактор ускладнення перебігу захворювання, адже постійний стрес та депресія здатні викликати дисбаланс між складовими імунної відповіді. Тому очевидно є потреба у психологічній реабілітації хворих із ПУЛН, а у випадках тяжких депресивних станів і у призначенні медикаментозних засобів спільно із спеціалістами-психоневрологами.

Як відомо, у розвитку патологічних процесів в організмі при різноманітних захворюваннях нервової системи значна роль належить саме імунним механізмам [8,10]. Проведені імунологічні дослідження пацієнтів із ПУЛН зафіксували загальні тенденції змін імунологічних показників: зниження  $CD3^+$ ,  $CD4^+$ ,  $CD8^+$ -клітин, ІРІ, ІgА та підвищення рівня ІgG і ЦІК, що свідчить про існування вторинного імунодефіцитного стану по Т-клітинному ланцюгу та дисбалансу гуморального імунітету. Особливо характерними в цьому відношенні видаються зміни у показниках рівня ЦІК (до  $0,09+0,005$  одиниць опт. щільн. при тяжкому прозопопарезі), які вказують на наявність осередків хронічного дистрофічно-дегенеративного процесу та схильність до аутоімунних реакцій. При цьому привертає увагу залежність між змінами цього показника та ступенем вираженості клінічних проявів ПУЛН: відхилення значень рівня ЦІК від показників фізіологічної норми були тим більш відчутними, чим більшими у пацієнтів були порушення функції м'язів лица.

Отримані результати дозволяють зробити висновки про те, що при ПУЛН відбуваються не лише місцеві патологічні зміни у нерві та іннервованих ним мімічних м'язах, але й виникають розлади на рівні всього організму. Це доводить слушність міркувань А.Б. Гринштейна з приводу ролі аутоімунних реакцій у розвитку ПУЛН, особливо, коли мова йде про хронічний процес [2]. Суть їх полягає у тому, що під дією будь-якого етіологічного чинника (травми, переохолодження, інфекція, судинних розладів тощо) на тканину лицевого нерва в ній може відбутись деструкція такого рівня, що вона стає аутоантигеном. Тому можна припустити, що, хоча початковий етап патологічного процесу і пов'язаний з впливом того чи іншого етіологічного агента, але в подальшому «запускаються» і починають домінувати саме аутоімунні реакції організму, які на місцевому рівні спричиняють ще більш глибокі порушення структури мієліну. Виявлені порушення імунної відповіді організму при ПУЛН обумовлюють необхідність включення до лікувального комплексу імунокорегуючих препаратів.

З метою більш точної диференційної діагностики уражень лицевого нерва, оцінки функціонування рефлекторних ланцюгів, до яких залучений цей нерв, а також для поточного контролю

динаміки денерваційно-реіннерваційного процесу нами використовувався метод СЕМГ. Значення цього дослідження полягає у можливості за його допомогою отримати інформацію про глибину ураження лицевого нерву. Так, показник амплітуди М-відповіді вказує на кількість іннервованих цим нервом м'язових волокон, а збільшення латентного періоду М-відповіді є суттєвою ознакою його демієлінізації [4,7,17]. Проведені дослідження функціонального стану лицевого нерва та субстрату його іннервації – мімічних м'язів за допомогою СЕМГ виявили у пацієнтів невральний рівень ураження, відсутність порушення анатомічної цілісності нервового стовбура, на що вказувало збереження провідності імпульсу по ньому. Однак, було встановлено зниження амплітуди М-відповіді та подовження тривалості латентного періоду М-відповіді всіх поверхів мімічної мускулатури на паретичному боці, що свідчило про грубе демієлінізуюче ураження нерва, особливо у пацієнтів з вираженим та тяжким прозопапарезом.

Враховуючи те, що у патогенезі ПУЛН різної етіології сучасними дослідниками все більшого значення надається судинним порушенням у зоні кровопостачання цього нерва, зрозуміло, що вивчення гемодинаміки є надзвичайно важливим [14]. РЕГ-дослідження, проведені пацієнтам з ПУЛН до початку лікування, дозволили встановити при візуальному аналізі їх результатів нормальний тип РЕГ-кривих або наблизений до такого лише у 21 хворого (27,3%) на F-M відведенні та у 18 пацієнтів (23,4%) на O-M відведенні. У решти хворих на обох відведеннях були зафіксовані ознаки розладів церебральної гемодинаміки, що виявлялись одно- або двостороннім підвищенням чи зниженням судинного тону. При порівняльному аналізі основних кількісних параметрів РЕГ хворих із ПУЛН та практично здорових людей на обох відведеннях було встановлено наявність достовірних відмінностей між ними за значною кількістю показників. При цьому, чим більшим був у пацієнтів ступінь вираженості дисфункції м'язів лица, тим більша кількість показників РЕГ мала достовірну різницю, а сама різниця була більш відчутною. Результати РЕГ-дослідження, що доводять наявність судинних порушень у зоні кровопостачання лицевого нерва, можуть розглядатись як підстава для використання у лікуванні пацієнтів із ПУЛН препаратів для корекції гемодинамічних порушень.

У комплексне обстеження хворих із ПУЛН ми вважали доцільним включити також проведення ЕЕГ-досліджень. Враховуючи, що постійний потенціал кори головного мозку викликається і підтримується на певному рівні потоком аферентних подразників, інтенсивність якого регулюється висхідною та низхідною системами, логічним видається припущення про можливі зміни функціонального стану мозку, викликані змінами інтенсивності висхідного потоку у зв'язку із ПУЛН. Проведені ЕЕГ-дослідження загалом підтверди-

ли наявність у хворих із ПУЛН різноманітних нечітко виражених явищ десинхронізації, гіперсинхронізації, дезорганізації біопотенціалів головного мозку (відповідно III, II, IV тип ЕЕГ за класифікацією О.О. Жирмунської [5]). Окрім виявлених основних типів функціональної активності головного мозку, у 24 пацієнтів (42,1%) мали місце просторово-обмежені локальні зміни, що проявлялись пароксизмами загострених хвиль білатерально-синхронного характеру у діапазоні альфа- і тета-ритмів. Це дозволяє припустити існування при ПУЛН дисфункції стовбурових структур з посиленням активуючих впливів ретикулярної формації, обумовлених, у свою чергу, постійною патологічною імпульсацією з регіону «уражених» мімічних м'язів.

Таким чином, комплексне обстеження хворих із хронічним ПУЛН дозволило виявити існування складного механізму патологічних змін, викликаних цим захворюванням, що являє собою тісний взаємозв'язок двох ланок – периферійної (неповна регенерація і змінена аферентна імпульсація) і центральної (подразнення мозкового стовбура, порушення вазомоторної регуляції, активуючої ролі ретикулярної формації та корково-підкоркових взаємозв'язків). Дані імунологічних та електрофізіологічних досліджень не тільки підтвердили наявність патологічного процесу у нервово-м'язовому апараті, але й вказали на виникнення пов'язаних з ПУЛН загальних порушень у функціонуванні організму, що позначились на системі церебрального кровообігу, функціональній активності головного мозку та імунній системі. Слід вказати і на важливість здійсненого нами вивчення стоматологічного та психоемоційного статусів хворих з ПУЛН, так як вони відіграють досить помітну роль у перебізі захворювання. Отже, отримані результати комплексного обстеження дозволяють розробити патогенетично обґрунтоване лікування пацієнтів із периферичними ураженнями лицевого нерва у стадії залишкових явищ.

### Література

1. Алифорова В.Ф. Патология черепных нервов / Алифорова В.Ф. – К. : Здоров'я, 1990. – 192 с.
2. Гринштейн А.Б. Неврит лицевого нерва / Гринштейн А.Б. – Новосибирск : Наука, 1980. – 143 с.
3. Грицай Н.М. Нейростоматология / Н.М. Грицай, Н.О. Кобзиста. – К. : Здоров'я. – 2001. – 144 с.
4. Гришкян Д.Р. Электронейромиография в диагностике, лечении и реабилитации больных с параличами мимической мускулатуры : Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец.14.00.21 / Д.Р. Гришкян. – М., 2001. – 22 с.
5. Жирмунская Е.А. Системы описания и классификация электроэнцефалограмм человека / Е.А. Жирмунская, В.С. Лосев. – М. : Наука, 1984. – 81 с.
6. Завалишин И.А. Лицевая невралгия / И.А. Завалишин, А.В. Переседова // Российский стоматологический журнал. – 2001. – №1. – С. 21-25.
7. Карпович Е.И. Нейрофизиологические критерии оценки и прогнозирования тяжести течения невралгии лицевого нерва у детей / Е.И. Карпович, А.В. Густав // Журнал неврологии и психиатрии. – 2001. – №11. – С. 4-7.
8. Лебедев К.А. Имунная недостаточность / К.А. Лебедев, И.Д. Понякина. – М. : Медицинская книга, 2003. – 443 с.
9. Дружинина Е.А. Лучшие психологические тесты / Дружинина Е.А. – Харьков, 1994. – 320 с.

10. Малышева О.А. Характеристика иммунного статуса у больных с вегетативными нарушениями / О.А. Малышева, В.С. Ширинский // Неврология и психиатрия. – 1999. – №6. – С. 10-12.
11. Мироненко Т.В. Некоторые аспекты диагностики и лечения невралгии лицевого нерва / Т.В. Мироненко, В.Н. Коротнев // Лікарська справа. – 2002. – №5-6. – С. 49-53.
12. Карлов В.А. Неврология лица / Карлов В.А. – М. : Медицина, 1991. – 288 с.
13. Неробеев А. Диагностика и лечение лицевых параличей / А. Неробеев, Д. Гришкян // Врач. – 2002. – №12. – С. 32.
14. Никитенко Д.В. Изменения кровотока в магистральных сосудах головы и шеи у больных невралгиями лицевого нерва по данным ультразвуковой доплерографии / Д.В. Никитенко // Вісник проблем біології та медицини. – 1998. – №18. – С.110-113.
15. Плотнікова К.С. Практикум з клінічних лабораторних досліджень / К.С. Плотнікова, С.Г. Панібратцева, Ж.Г. Островська. – К. : Здоров'я, 2002. – 237 с.
16. Пузин М.Н. Нейростоматологические заболевания / Пузин М.Н. – М. : Медицина, 1997. – 367 с.
17. Третьякова А.І. Клініко-електронейрографічна діагностика уражень лицевого нерва, критерії прогнозування ефективності лікування / А.І. Третьякова // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10, Вип. 2 (31). – С. 79-80.
18. Третьякова А.І. Алгоритм і стандарти діагностики невралгії лицевого нерва / А.І. Третьякова, Л.Л. Чеботарьова // Український вісник психоневрології. – 2003. – Т. 11, вип. 4 (37). – С. 32-35.
19. Фарбер М.А. Невралгии лицевого нерва / М.А. Фарбер, Ф.М. Фарбер. – Алма-Ата : Галым, 1991. – 168 с.
20. Яворская Е.С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области / Яворская Е.С. – К. : Наукова думка, 2005. – 88 с.

### Реферат

КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Иваницкая Е.С., Рыбалов О.В., Скикевич М.Г.

Ключевые слова: периферические поражения лицевого нерва, алгоритм обследования больных.

В работе предложен алгоритм комплексного обследования пациентов с прозопапарезом в стадии остаточных явлений, который включал изучение особенностей клинического течения хронического поражения лицевого нерва с учетом локализации патологического процесса, исследование состояния иммунной системы и системы мозгового кровообращения, анализ электрофизиологических параметров работы периферического отдела нерва и нейронов головного мозга, определение стоматологического и психоэмоционального статусов. Полученные результаты исследования позволяют разработать патогенетически обоснованное лечение больных с периферическими поражениями лицевого нерва в стадии остаточных явлений.

### Summary

COMPLEX INVESTIGATION OF PATIENTS WITH CHRONIC PERIPHERAL INJURY OF FACIAL NERVE AS A BASIS FOR IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT

Ivanyts'ka O.S., Rybalov O.V., Skykeytych M.G.

Key words: peripheral injury, facial nerve, algorithm of patients' investigation.

The paper presents an algorithm for complex inspection of patients with prosoparesis at the stage of residuals, which included the study of clinical course of facial nerve chronic injury, taking into account the localization of the pathological process, the investigation of the immune system and cerebral circulation, the analysis of electrophysiological parameters of peripheral nerve and cerebral neurons, the evaluation of oral and emotional status. The results of the research allow us to develop pathogenetically justified treatment for patients with peripheral injuries of facial nerve at the stage of residual.

УДК 616.728. – 002 – 073

**Іваницький І.О., Ніколішин А.К., Петрушанко Т.О.**

### **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ЗУБНОЇ ПАСТИ «COLGATE SENSITIVE PRO-RELIEF» ТА ПРЕПАРАТУ «ГЛУФТОРЕД» У ЛІКУВАННІ ПІДВИЩЕНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВ**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

*Порівняльний аналіз результатів застосування професійної зубної пасту «Colgate® Sensitive Pro-Relief™» та препарату для глибокого фторування «Глуфторед» у лікуванні пацієнтів із підвищеною чутливістю зубів засвідчує доцільність застосування пасту під час проведення процедури ультразвукового чищення зубів та у пацієнтів із невираженою ГЗ. Щодо препарату «Глуфторед», то він продемонстрував кращу здатність забезпечувати пролонгований ефект усунення симптомів підвищеної чутливості зубів навіть у пацієнтів із ГЗ тяжкого ступеня.*

Ключові слова: гіперчутливість зубів, Colgate® Sensitive Pro-Relief™, Pro-Argin™-технологія, «Глуфторед», глибоке фторування.

Робота виконана як фрагмент комплексної науково-дослідної теми «Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, ендодонту, пародонту та СОПР» (номер державної реєстрації 0106U00964).

У сучасній стоматології існує значний інтерес до проблеми гіперчутливості зубів (ГЗ), що пояснюється, передусім, значною розповсюдженістю даного патологічного стану. Дані наукових публікацій свідчать, що кількість людей, які страждають на підвищену чутливість зубів, досягає 40-50% загальної кількості населення бага-

тьох розвинутих країн [1,7]. При цьому клінічні прояви цього захворювання, що значно знижують якість життя, не завжди вдається швидко, повністю та на тривалий час усунути [4,9].

Виходячи з зазначеного, стає зрозумілим той факт, що на стоматологічному ринку постійно з'являються нові засоби для боротьби з ГЗ, які