

Міністерство освіти і науки України  
Житомирський державний університет імені Івана Франка  
Інститут зоології НАН України  
Інститут гідробіології НАН України  
Українське наукове товариство паразитологів  
Гідроекологічне товариство України  
Тернопільський національний педагогічний університет  
імені Володимира Гнатюка  
Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ**  
**БІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ – 2015**

Житомир - 2015

Висновки: Гігієна рук має важливе значення для попередження розповсюдження внутрішньо-лікарняної інфекції. Її варто розглядати як невід'ємну складову всього життя кожної людини. Належний догляд за шкірою є професійним обов'язком медичного персоналу. Запорукою ефективності хірургічної обробки рук є дотримання визначених правил її виконання і наявність умов, сприятливих для її успішного проведення. Впровадження в повсякденну практику засобів по догляду і захисту шкіри рук робить гігієнічну і хірургічну обробку рук прийнятною і корисною процедурою. Тільки комплексний багатофакторний підхід до вирішення цієї важливої медичної проблеми може привести до відчутних результатів.

#### *Література*

1. «Гигиена рук в здравоохранении»: Пер. с нем.; Производственное издание / Под ред. Г. Камфа – К.: Здоров'я, 2005. – 304 с.
2. Корчак Г. И. Практика гигиены рук / Г. И. Корчак, Н. С. Морозова. – К.: Ника-Центр, 2010. –112 с.
3. Красильников А. П. Антисептики и дезинфектанты как факторы развития ятрогенных (внутрибольничных) инфекций / А. П. Красильников, Е. И. Гудкова // Микробиология. – 1994. – №2. – С. 119-126.
4. Морозова Н. С. Стратегические направления борьбы с внутрибольничными инфекциями в Украине // Микробиология. – 1994. – №2. – С. 85-86.
5. Внутрибольничные инфекции: Пер с англ. / Под ред. Р. П. Венцеля. – Издание второе, переработанное и дополненное. – М.: Медицина, 2004. – 840 с.

УДК 616.716.4-001.5+616.156-001

### **ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО НЕВРИТУ НИЖНЬОАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВУ ЗА ДОПОМОГОЮ МАГНІТОЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ**

***Р. Л. Фурман***

*(Науковий керівник: О. С. Барило)*

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,  
вул. Пирогова, 56, Вінниця, 21018, Україна

На сьогодні проблема травматизму в щелепно-лицьовій області є однією з актуальних проблем хірургічної стоматології. Серед усіх ушкоджень щелепно-лицьової області в цілому, і переломів кісток лицьового скелета зокрема, переломи нижньої щелепи є найбільш поширеними [2, 3]. Одним з найбільш частих ускладнень, що виникають при переломах нижньої щелепи, є ушкодження нижньоальвеолярного нерва (НАН) у нижньощелепному каналі [4]. Це ускладнення проявляється у вигляді відсутності або тривалої зміни чутливості тканин у зоні іннервації у вигляді анестезії, гіперестезії або парестезії шкіри області підборіддя, шкіри, червоної облямівки і слизової нижньої губи, а також, можуть виявлятися тривалими болями в області обличчя різної

інтенсивності, які мають приступоподібний характер, що приводить до емоційно-стресових порушень і значно погіршує якість життя пацієнта [1].

Клінічне дослідження ефективності використання апарату для магнітолазерної терапії «Рифтон» при травматичному невриті нижньоальвеолярного нерва у хворих з переломами нижньої щелепи.

Клінічне обстеження пацієнтів проводилося на базі кафедри хірургічної стоматології і щелепно-лицьової хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І Пирогова. В дослідження було включено 30 пацієнтів з ангулярними переломами нижньої щелепи., які розділені на 2 групи: основна група та група порівняння. В основній групі в комплекс лікування включено магнітолазерне опромінення ділянки перелому щодня по 15 хвилин на процедуру. Процедури призначались з 4 дня лікування. Проводилось 10 процедур. Досліджувались наступні симптоми пошкодження НАН: довільні болі, симптом непрямого навантаження; тактильна гіпералгезія шкіри нижньої губи і підборіддя,. Результати визначались за системою: 0 – відсутність симптомів, 1 – незначно виражені, 2 – помірно виражені, 3 – значно виражені.

На початку дослідження показники були майже однакові. В групі порівняння: довільні болі – 2,58; тактильна гіпералгезія – 1,91; симптом непрямого навантаження – 2,93. В основній групі: довільні болі – 2,67; тактильна гіпералгезія – 1,96; симптом непрямого навантаження – 2,87.

Дослідження на 14 добу показало, що середні показники в групі порівняння були наступні: довільні болі – 1,29; тактильна гіпералгезія – 1,83; симптом непрямого навантаження – 1,87;.

Відповідно середні показники в основній групі на 14 добу становили: довільні болі – 0,26; симптом непрямого навантаження – 0,63; тактильна гіпералгезія – відсутня. Показники в даній групі значно кращі за показники в групі порівняння, що вказує на хороші клінічні результати використання магнітолазерної терапії в комплексі лікування травматичного неврити нижньоальвеолярного нерва при переломах нижньої щелепи.

Використання апарату «Рифтон» істотно покращує функціонування нижньоальвеолярного нерва, що клінічно проявляється в зменшення довільного болю, зменшення симптому непрямого навантаження, зникнення тактильної гіпералгезії.

### *Література*

1. *Леснухін В. Л.* Особливості діагностики, клінічного перебігу і лікування переломів нижньої щелепи, що супроводжуються пошкодженням нижнього альвеолярного нерва: дис... канд. мед. наук: 14.01.22 / В. Л. Леснухін Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. – К., 2005.

2. *Тимофеев А. А.* Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии./ А. А. Тимофеев. – К. – 2012. – 1048 с.

3. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицьова хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.]. – К. : ЛОГОС, 2011. - 672 с. – Т. 1.