

# АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ НУКЛЕО ЦМФ ФОРТЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ПОШКОДЖЕННЯМ НИЖНЄАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА

*О.С. Барило, Р.Л. Фурман*

*Вінницький національний медичний університет ім. М. Пирогова*

**Мета:** порівняти клінічний перебіг та ефективність лікування переломів нижньої щелепи, що супроводжуються пошкодженням нижнєальвеолярного нерва, з використанням загальноприйнятої схеми лікування, доповненої використанням препарату «Нуклео ЦМФ форте».

**Пацієнти й методи.** Проведено лікування 45-ти хворих з ангулярними переломами нижньої щелепи, що супроводжувались клінікою пошкодження нижнього альвеолярного нерва. Клінічний матеріал склали дані 45 пацієнтів, які були поділені на дві клінічні групи: основна група та група порівняння. В основну групу ввійшли 25 пацієнтів, у групу порівняння – 20 пацієнтів. Розроблений та впроваджений ЛПК з використанням Нуклео ЦМФ форте в післяопераційному періоді.

**Результати.** Виявлено незначну позитивну динаміку у скаргах хворих на дизестезивні симптоми в ділянці нижньої щелепи у групі порівняння. В основній групі дизестезивні симптоми наприкінці терміну спостереження були відсутні, а об'єктивні симптоми порушення функції нижнєальвеолярного нерва мали значний регрес.

**Висновки.** Використання препарату Нуклео ЦМФ форте повністю знімає такі неприємні суб'єктивні симптоми, як відчуття печіння, алодинії (спотворені болі), відчуття поколювання, крампії (посмикання). Рекомендований препарат значно зменшує інтенсивність проявів всіх видів порушення чутливості в зоні іннервації нижнього альвеолярного нерва.

**Ключові слова:** переломи нижньої щелепи, нижнєальвеолярний нерв, Нуклео ЦМФ форте, порушення чутливості, трофічні розлади, біль, алодинія, гіперестезія.

## ВСТУП

Вагоме місце серед переломів кісток скелета через свої функціональні й косметичні особливості займають ушкодження кісток обличчя [2, 8, 9, 12].

Серед усіх переломів лицьових кісток першість належить переломам нижньої щелепи, за даними різних авторів до 65–85 % від загальної кількості травм обличчя. Особливу увагу викликають переломи в межах кута нижньої щелепи, тобто там, де найчастіше відбувається перелом (типове місце перелому), і проходить нижньощелеповий канал [10, 13].

Кількість ускладнень при травматичних ушкодженнях нижньощелепної кістки, за даними літератури, складає від 20 до 40 відсотків [12].

Ускладнення, які виникають при переломах нижньощелепної кістки, викликають не тільки тимчасову, а і тривалу втрату працездатності потерпілих. Оскільки останніми найчастіше являються особи молодого й середнього віку, тобто найбільш працездатні, ця проблема набуває значення не тільки як загальномедична, а і як соціально-економічна [7].

Неврогенному статусу, який є у хворих з переломом тіла нижньої щелепи, практичні лікарі приділяють недостатню увагу, бо їхні головні дії при госпіталізації потерпілих спрямовані на проведення репозиції і фіксації уламків щелеп. До лікування посттравматичних ушкоджень нижнього альвеолярного нерва лікарі приступають тільки після появи в потерпілих виразної клінічної симптоматики, зазвичай пізно, що значно знижує ефективність терапії, що проводиться [1, 3].

При переломах тіла нижньої щелепи спостерігається травма нижнєальвеолярного нерва в каналі. Найчастіше розповсюдженими неврогенними розладами в цьому випадку бувають порушення чутливості шкіри нижньої губи та слизової оболонки у вигляді анестезії, гіперестезії або парестезії [5, 12].

Порушення функції нерва різного ступеня виникають при безпосередній травмі нерва під час травми, а також при компресії нерва післяопераційним набряком. Це ускладнення проявляється у вигляді відсутності та/або тривалої зміни чутливості тканин в зоні іннервації, розвитку больового синдрому різної інтенсивності, а також супроводжується емоційно-стресовими порушеннями і значно погіршує якість життя пацієнта [6, 14].

У цьому випадку виникають больовий синдром, характерний для неврити нижнєальвеолярного нерва, порушення чутливості пульпи зубів і шкіри обличчя, що вимагають складної та тривалої післяопераційної реабілітації пацієнтів.

Проблема відновлення функцій нижнєальвеолярного нерва безпосередньо залежить від тривалості його компресії уламками нижньої щелепи, оскільки на процес реабілітації впливають головним чином фактори порушення повноцінного кровопостачання як самого нерва, так і тканин, що ним іннервуються [11].

Залежно від ступеня тяжкості ушкодження нижнього альвеолярного нерва розрізняють такі види: контузію (забиття), розтягування, неповний і повний розрив [1].

У хворих з переломами нижнєщелепної кістки остеосинтез нижньої щелепи проводиться тільки при останніх трьох видах ушкоджень нижнєальвеолярного нерва [7].

У комплексній терапії пошкоджень нервових волокон традиційно використовують вазоактивні препарати, антитромботичні та антифібринолітичні препарати, діуретики, психотропні речовини та ноотропні засоби, що опосередковано діють на нижнєальвеолярний нерв через відновлення трофіки навколишніх тканин [3, 4].

До теперішнього часу питання розробки комплексу післяопераційної реабілітаційної терапії пацієнтів з невритом нижнєальвеолярного нерва, викликаного компресією в нижньощелепному каналі, усе ще залишаються відкритими.

У зв'язку вищевикладеним подальша розробка методів лікування даної патології є обґрунтованою та актуальною.

### МЕТА ПРОВЕДЕНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

**Метою** нашого дослідження стало порівняння клінічного перебігу та ефективності лікування переломів нижньої щелепи, що супроводжується пошкодженням нижнєальвеолярного нерва, з використанням загальноприйнятої схеми лікування, доповненої використанням препарату «Нуклео ЦМФ форте».

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для вирішення поставленої мети були проведені оперативне втручання та подальше післяопераційне лікування 45-ти хворих з ангулярними переломами нижньої щелепи, що супроводжувались клінікою пошкодження нижнього альвеолярного нерва. Дослідження проводилось у період з вересня 2012 по вересень 2013 року. Роботу виконано у відділенні щелепно-лицевої хірургії Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Клінічний матеріал склали дані 45 пацієнтів (41 – чоловічої статі й 4 – жіночої), в яких під час обстеження було виявлено перелом нижньої щелепи та клінічні ознаки пошкодження нижнєальвеолярного нерва (анестезія зони іннервації, гіперестезія, парестезія, крамплі).

Пацієнти були поділені на дві клінічні групи: основна група та група порівняння.

У групу порівняння увійшли 20 пацієнтів (18 чоловіків і 2 жінки) віком від 19 до 30-ти років (середній вік 24,6 року). У даних пацієнтів проводилися загальноприйнята терапія, репозиція уламків та двощелепового шинування, використання антибіотика широкого спектру дії строком десять днів (цефтріаксон) парентерально, нестероїдного протизапального препарату (діклофенак) парентерально. Середня тривалість стаціонарного лікування 14,4 дні.

В основну групу увійшли 25 пацієнтів (23 чоловіків і 2 жінки) віком від 18 до 31-го року (середній вік 24,9 року). У даних пацієнтів проводилась терапія, яка включала: операцію репозиції уламків і двощелепного шинування, використання антибіотика широкого спектру дії протягом 10-ти днів (цефтріаксон) парентерально (в/м), нестероїдного протизапального препарату (діклофенак) парентерально (в/м) і додатково вводився препарат «Нуклео ЦМФ форте» парентерально (в/м) у дозі 3 мл один раз на добу десять ін'єкцій. Середня тривалість стаціонарного лікування 13,5 дні.

Клінічне обстеження пацієнтів проводили згідно із загальноприйнятою методикою з детальним дослідженням локального неврологічного статусу.

Для чистоти дослідження були відібрані пацієнти з ангулярними переломами (ізолювані односторонні, з поєднаними двосторонніми за відсутності клінічних проявів пошкодження нерва із протилежної сторони. При цьому в пацієнтів зміщення уламків не спостерігалось або було до 1 см. Це обумовлено тим, що дана локалізація є типовим місцем перелому нижньої щелепи, зустрічається найчастіше в ізолюваному та комбінованому вигляді й у найменшій мірі зумовлює частковий перерив нерва. У зв'язку з еластичністю та мобільністю нижнього альвеолярного нерва повний розрив при невогнепальних переломах нижньої щелепи в ділянці кута не спостерігається.

Для порівняння було відібрано такі показники: скарги – спонтанний біль, біль при навантаженні, печіння, алодинія (спотворений біль), поколювання, крамплі (посмикування) та дані об'єктивного обстеження – порушення тактильної температурної, больової чутливості нижньої губи та підборіддя, порушення мандибулярного рефлексу, температурна теплова гіпералгезія, температурна холодова гіпералгезія, механічна статична гіпералгезія, механічна динамічна гіпералгезія, симптом «шпателя», симптом непрямого навантаження, симптом відбитого болю.

Скарги оцінювали за такою шкалою: 0 – відсутність скарг 1 – невиразні, 2 – виразні, 3 – нестерпні.

Дослідження чутливості тканин області підборіддя, нижньої губи на стороні ушкодження й симетричної сторони проводилося за допомогою сенсорних тестів. Пацієнту пропонували закрити очі, щоб краще зосередитися на реєстрації та аналізі відчуттів, а також, щоб виключити можливість визначення виду подразника зором.

Тактильну чутливість визначали за допомогою дотику до шкіри, що іннервується НАН, ватною кулькою діаметром 0,5 см. Кожний дотик, що наноситься послідовно на різні ділянки шкіри нижньої губи й підборіддя, досліджуваний повинен негайно ж реєструвати словом «так» чи «відчуваю» та описати характер подразника.

Температурна чутливість оцінювалася за ступенем вираженості відповіді на різні подразники, наприклад, металева поверхня стоматологічного шпателя (дзеркала) або пробірка з гарячою водою (температурою близько 45°C). Пацієнт із закритими очима реєструє характер завдається подразника: «тепло» чи «холод». Дані дослідження проводяться окремо й послідовно, бо на різну температуру відповідають різні рецептори.

Визначали больову чутливість як розвиток позитивного чи негативного сенсорного феномена. Дослідження проводилося за допомогою стерильного стоматологічного зонда. До негативних ознак відноситься зміна чутливості (відсутність або зниження), до позитивних – парестезія, дизестезія, гіпералгезія або алодинія відповідно з динамічним або статистичними характером подразника.

Площу порушення чутливості шкіри даної зони обов'язково фіксували на прозорій плівці зі спеціально нанесеною сіткою, розробленою для подальшого динамічного порівняння.

За подібною схемою оцінювалася реакція на больовий подразник шляхом нанесення подразнень, поколюючи гострим стерильним стоматологічним зондом і використовуючи симетричні ділянки губи й підборіддя в якості порівняльних.

Глибині (інтенсивність) таких симптомів, як порушення тактильної чутливості нижньої губи та підборіддя, порушення температурної чутливості нижньої губи та підборіддя, порушення больової чутливості нижньої губи та підборіддя, порушення мандибулярного рефлексу, температурна теплова гіпералгезія, температурна холодова гіпералгезія, механічна статична гіпералгезія, механічна динамічна гіпералгезія, симптом «шпателя», симптом непрямого навантаження, також визначали за шкалою: 0 – відсутність порушень, 1 – невиразні, 2 – виразні, 3 – нестерпні. Комплекс досліджень проводився тричі за період лікування: на час госпіталізації (перша доба), на 7 добу лікування та на 14-у добу лікування. Вимога, яка ставилась до всіх пацієнтів, – це дослідження без використання анагетичних засобів. Така вимога ставилась тому, що діклофенак має знеболюючий ефект, котрий міг спотворити результати дослідження. Це досягалось такими заходами: у день госпіталізації обстеження проводилось у максимально короткий строк до призначення препаратів, на 7 та 14-у добу обстеження проводилось уранці до лікувальних маніпуляцій (не менше шести годин від попереднього введення препаратів).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Протягом періоду лікування тричі були проаналізовані деякі скарги пацієнтів, що відображають клініку пошкодження нижнєальвеолярного нерва: на момент початку лікування, на 7 та 14-у добу. Хворі використовували препарат «Нуклео ЦМФ форте» строком десять днів (починаючи із третьої доби лікування). Препарат використовувався з даного періоду тому, що на перші три дні припадає гострий період, коли різко порушується гемодинаміка тканин та знижується ефективність препарату.

Після проведеного спостереження в таблиці 1 було виявлено позитивну динаміку у скаргах хворих, що стосуються деяких параметрів функції нижнього альвеолярного нерва, як у порівняльній, так і в основній групі. Було виявлено, що за період спостереження інтенсивність спонтанного болю в порівняльній групі знизилась у два рази, тоді як даний показник в основній групі, в якій було застосовано препарат «Нуклео ЦМФ форте», знизився в 10,8 разу. Показник болю при навантаженні суттєво не відрізнявся у групах і їх регрес становив 1,78 і 1,63 разу відповідно. Скарги, що напряду показують функцію нижньоальвеолярного нерва, мали такі показники: у порівняльній групі відчуття печіння знизилось в 2,69 рази, аллодинія (спотворення болю) – у 2,33 разу, відчуття поколювання – у 2 разу, крампії (посмикування) – в 1,84 разу. Зазначимо, що вищезгадані скарги в основній групі на 14-й день лікування *були відсутні*.

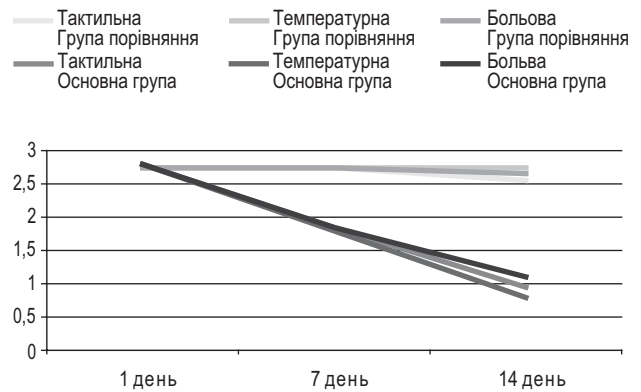


Рис. 1. Порухення чутливості.

Таблиця 1

СКАРГИ	Група порівняння			Основна група		
	1-й день	7-й день	14-й день	1-й день	7-й день	14-й день
Спонтанний біль	2,50±0,51	2,0±0,45	1,25±0,44	2,70±0,47	1,05±0,22	0,25±0,04
Біль при навантаженні	2,95±0,22	2,55±0,51	1,65±0,48	2,95±0,22	2,75±0,44	1,8±0,41
Печіння	1,75±0,44	1,05±0,59	0,65±0,24	1,80±0,41	0,80±0,21	0
Алодинія (спотворений біль)	1,75±0,44	0,90±0,35	0,75±0,24	1,75±0,44	0,35±0,18	0
Поколювання	1,80±0,41	1,5±0,55	0,90±0,25	1,75±0,44	0,45±0,11	0
Крампії (посмикування)	1,75±0,44	1,2±0,65	0,95±0,25	1,85±0,36	0,95±0,38	0

Таблиця 2

ОБ'ЄКТИВНО	Група порівняння			Основна група		
	1-й день	7-й день	14-й день	1-й день	7-й день	14-й день
Порухення тактильної чутливості	2,75±0,44	2,75±0,44	2,55±0,44	2,8±0,41	1,85±0,36	0,95±0,22
Порухення температурної чутливості	2,75±0,44	2,75±0,44	2,75±0,44	2,8±0,41	1,8±0,41	0,9±0,30
Порухення больової чутливості	2,75±0,44	2,75±0,44	2,65±0,48	2,8±0,41	1,85±0,36	1,1±0,30
Порухення мандибулярного рефлексу	2,75±0,44	2,6±0,50	2,35±0,67	2,75±0,44	1,9±0,30	0,85±0,36
Температурна теплова гіпералгезія	1,2±0,41	1,25±0,44	1,0±0	1,25±0,44	0,95±0,22	0
Температурна холодова гіпералгезія	0,9±0,61	0,95±0,60	0,7±0,46	1,05±0,62	0,4±0,20	0
Механічна статична гіпералгезія	1,9±0,44	1,7±0,44	1,15±0,44	1,95±0,39	0,9±0,39	0,1±0,03
Механічна динамічна гіпералгезія	1,8±0,41	1,35±0,48	0,8±0,19	1,85±0,48	0,9±0,30	0,05±0,01
Симптом «шпателя»	2,85±0,36	1,85±0,36	1,3±0,47	2,85±0,36	1,8±0,36	1,1±0,30
Симптом непрямого навантаження	2,95±0,22	2,8±0,41	1,85±0,36	2,95±0,22	2,75±0,44	1,8±0,41
Симптом відбитого болю	2,85±0,36	2,35±0,48	1,75±0,44	2,9±0,30	2,2±0,41	1,7±0,47

Таблиця 3

ОБ'ЄКТИВНО	Група порівняння площа, см2			Основна група площа, см2		
	1-й день	7-й день	14-й день	1-й день	7-й день	14-й день
Порухення тактильної чутливості	9,08±0,32	8,43±0,49	7,85±0,46	9,15±0,28	6,42±0,29	3,27±0,30
Порухення температурної чутливості	9,01±0,32	8,47±0,45	7,75±0,35	9,1±0,24	6,28±0,24	3,11±0,32
Порухення больової чутливості	8,95±0,34	8,35±0,28	7,71±0,34	9,03±0,21	6,25±0,22	2,95±0,30

За період перебування на лікуванні було проведено комплексне обстеження неврологічного стану тканин, що отримують іннервацію від нижнього альвеолярного нерва. Об'єктивні показники, що досліджувались під час клінічного обстеження, викладені в таблиці 2.

Наочно показано регрес порушення тактильної, температурної та больової чутливості в обох групах (рис. 1).

З даної діаграми видно, що у групі порівняння відновлення тактильної, температурної та больової чутливості проходило повільно й за період спостереження суттєво не змінилось. Інша картина спостерігається в основній групі з використанням Нуклео ЦМФ форте. Тут відбулося значне покращення в усіх показниках (відповідно на 66,07; 67,85 і 60,71 %).

При аналізі дослідження дизестезій зони іннервації нижнього альвеолярного нерва спостерігали значну регресію симптомів порушення мандибулярного рефлексу, температурної теплової гіпералгезії, температурної холодової гіпералгезії, механічної статичної гіпералгезії, механічної динамічної гіпералгезії (рис. 2, 3, 4).

Одним з об'єктивних даних, що використовувались, був метод дослідження площі порушення тактильної, температурної та больової чутливості. Провівши порівняння площі порушення чутливості та динаміку їх змін, виявлено такі показники (таблиця 3, рис. 5, 6, 7).

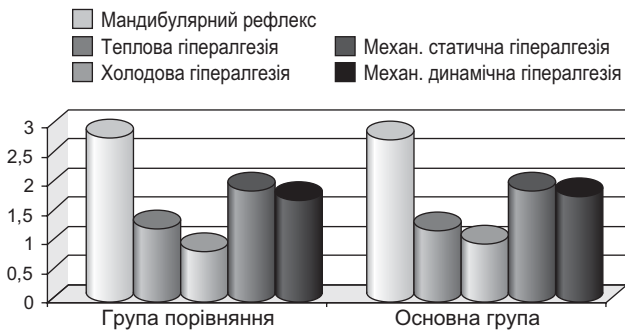


Рис. 2. Дизестезивні прояви, 1-й день.



Рис. 3. Дизестезивні прояви, 7-й день.

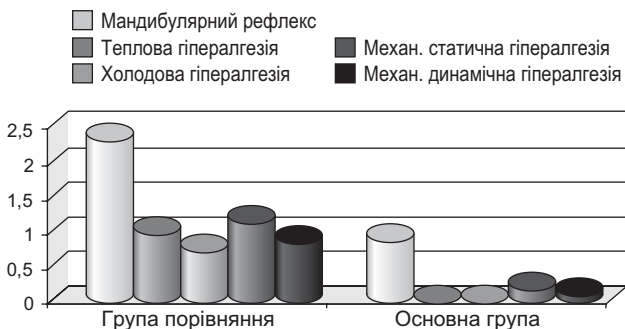


Рис. 4. Дизестезивні прояви, 14-й день.

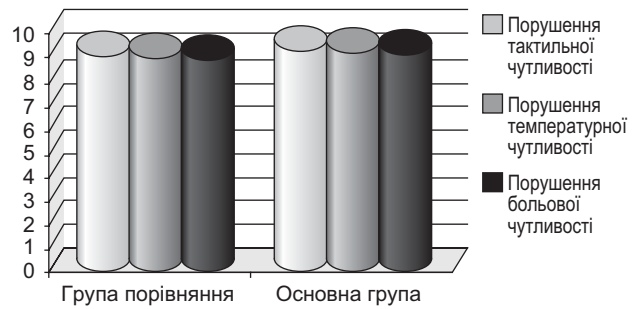


Рис. 5. Площа порушення чутливості, 1-й день.

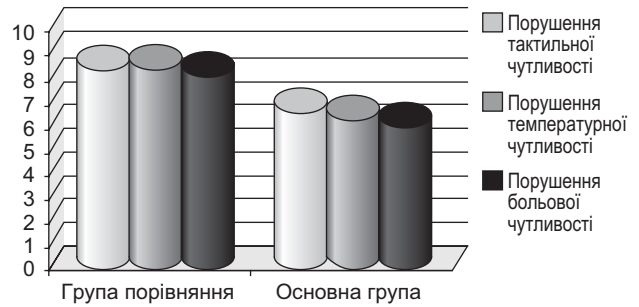


Рис. 6. Площа порушення чутливості, 7-й день.

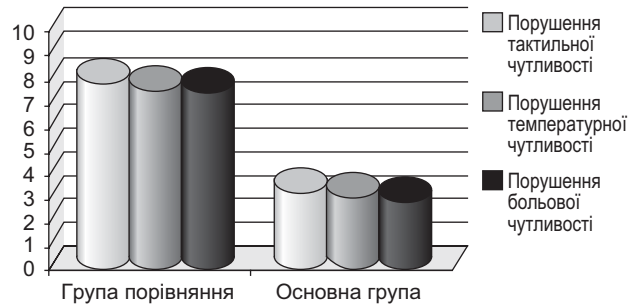


Рис. 7. Площа порушення чутливості, 14-й день.

**ВИСНОВКИ**

Таким чином, провівши аналіз динаміки скарг та об'єктивних даних при переломах нижньої щелепи в ділянці кута, що супроводжується пошкодженням нижнього альвеолярного нерва, було виявлено що використання препарату «Нуклео ЦМФ форте» повністю знімає такі неприємні суб'єктивні симптоми, як відчуття печіння, алодинії (спотворені болі), відчуття поколювання, крапії (посмикування).

Даний препарат значно зменшує інтенсивність проявів усіх видів порушення чутливості в зоні іннервації нижнього альвеолярного нерва. Разом із цим він мінімізує дизестезії в зоні іннервації (мандибулярного рефлексу, температурної теплової гіпералгезії, температурної холодової гіпералгезії, механічної статичної гіпералгезії, механічної динамічної гіпералгезії).

Поряд зі зменшенням інтенсивності при використанні препарату «Нуклео ЦМФ форте» значно прискорюється зменшення площі порушення чутливості.

Отже, використання препарату «Нуклео ЦМФ форте» є оправданим при комплексній терапії переломів нижньої щелепи, що супроводжується клінічними проявами пошкодження нижнього альвеолярного нерва.

Планується розширити обсяг подальших досліджень використання препарату «Нуклео ЦМФ форте» при переломах нижньої щелепи, дослідивши його вплив на інші симптоми перелому щелепи з ушкодженням нижнього альвеолярного нерва.



ЛИТЕРАТУРА

1. Баркер Р., Базади С., Нил М. Наглядная неврология: Учебное пособие / Р. Баркер, С. Базади, М. Нил / Пер. с англ. Г.Л. Левицкого; под ред. В.И. Скворцова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 136 с.: ил.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. – М.: Медицинская литература, 1999. – 456 с.
3. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия: учебник в 2-х томах, том 1, с приложением на компакт-диске, 2-е изд., испр. и доп. / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 608 с.: ил.
4. Карлов В.А. Неврология. Руководство для врачей. Издание 2-е, переработанное и дополненное / В.А. Карлов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2002. – 638 с.
5. Кенбаев В.О. Травматология челюстно-лицевой области / В.О. Кенбаев-Шымкент, 2006. – 118 с.
6. Корж Г.М. Диагностика и лечение повреждения нижнего альвеолярного нерва при переломах нижней челюсти и стоматологических манипуляциях: дис. ... канд. мед. наук / Г.М. Корж. – Минск, 1989. – 156 с.
7. Леснухін В.Л. Особливості діагностики, клінічного перебігу і лікування переломів нижньої щелепи, що супроводжуються пошкодженням нижнього альвеолярного нерва: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Л. Леснухін. – Київ, 2005. – 20 с.
8. Матрос-Таранец И.Н. Лечение переломов нижней челюсти (по материалам клиники челюстно-лицевой хирургии Донецкого медицинского университета за 1990–1999 гг.) / И.Н. Матрос-Таранец // Вісник проблем біології і медицини. – 2001. – № 1. – С. 75–82.
9. Рыбалов О.В. Характеристика переломов костей лицевого скелета (по данным Полтавской областной клинической больницы) / О.В. Рыбалов, Мохаммед Эйд // Вопр. эксперим. и клинич. стоматологии. – 2003. – № 6. – С. 130–131.
10. Рябоконт Є.М., Куцевляк В.І. Розробка методів фіксації уламків при переломах виrostкового відростка нижньої щелепи) / Є.М. Рябоконт, В.І. Куцевляк // Матеріали І (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Київ, 1999. – С. 479–480.
11. Сабалис Г.И., Карлов В.А. Значение компрессионного фактора в происхождении невралгии нижнего альвеолярного нерва и его устранение / Г.И. Сабалис, В.А. Карлов // Стоматология. – 1992. – № 3. – С. 38–40.
12. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2004. – 1062 с.
13. Тимофеев О.О., Весова О.П. Клініко-патолофізіологічні підходи до класифікації уражень у системі трійчастого нерва / О.О. Тимофеев, О.П. Весова // Совр. стоматол. – 2010. – № 4. – С. 100–102.
14. Colin W., Donoff R.B. Restoring sensation after trigeminal nerve injury: A review of current management // J. Am. Dent. Assoc. – 1992. – 123. – P. 80–85.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «НУКЛЕО ЦМФ ФОРТЕ» ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ НЕЖНЕАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА

А.С. Барило, Р.Л. Фурман

**Цель:** сравнить клиническое течение и эффективность лечения переломов нижней челюсти, которые сопровождаются повреждением нижнеальвеолярного нерва, с использованием общепринятой схемы лечения, дополненной использованием препарата «Нуклео ЦМФ форте».

**Пациенты и методы.** Проведено лечение 45-ти больных с ангулярными переломами нижней челюсти, которые сопровождались клиникой повреждения нижнеальвеолярного нерва. Клинический материал составили данные 45-ти пациентов, которые были разделены на две клинических группы: основная группа и группа сравнения. В основную группу вошли 25 пациентов, в группу сравнения – 20 пациентов. Разработан и внедрен ЛПК с использованием Нуклео ЦМФ форте в послеоперационном периоде.

**Результаты.** Обнаружена незначительная позитивная динамика в жалобах больных на дизэстетические симптомы в участке нижней челюсти в группе сравнения. В основной группе дизэстетические симптомы в конце срока наблюдения отсутствовали, а объективные симптомы нарушения функции нижнеальвеолярного нерва имели значительный регресс.

**Выводы.** Использование препарата Нуклео ЦМФ форте полностью снимает такие неприятные субъективные симптомы, как ощущение жжения, аллодиния (искаженные боли), ощущение покалывания, крампии (подергивание). Рекомендованный препарат значительно уменьшает интенсивность проявлений всех видов нарушения чувствительности в зоне иннервации нижнего альвеолярного нерва.

**Ключевые слова:** переломы нижней челюсти, нижнеальвеолярный нерв, Нуклео ЦМФ форте, нарушения чувствительности, трофические расстройства, боль, аллодиния, гиперестезия.

THE ANALYSIS OF CLINICAL USE OF NUCLEO CMF FORTE IN THE TREATMENT OF MANDIBULAR FRACTURES, ASSOCIATED WITH THE INJURY OF INFERIOR ALVEOLAR NERVE

A. Barilo, R. Furman

**Purpose.** To compare the clinical course and efficacy of the treatment of mandibular fractures, associated with the injury of inferior alveolar nerve, using conventional treatment regimens with additional use of Nucleo CMF Forte.

**Patients and Methods.** 45 patients with angular fractures of the mandible, associated with the injury of inferior alveolar nerve, were treated. Clinical data included 45 patients, who were divided into 2 clinical groups: the main group and the comparison group. The main group included 25 patients, the comparison group – 20 patients. The treatment and preventive complex with use of Nucleo CMF Forte in the postoperative period was developed and introduced.

**Results.** There was a slight positive dynamics in the complaints of the patients on disesthetic symptoms in the region of the mandible in the comparison group. In the main group disesthetic symptoms at the end of the observation period were missing, and objective symptoms of inferior alveolar nerve dysfunction had a significant regression.

**Conclusion.** The use of Nucleo CMF Forte completely eliminates unpleasant subjective symptoms such as burning sensation, allodynia (distorted pain), sensation of tingling, cramp (twitching). Recommended drug significantly reduces the intensity of the manifestations of all types of sensory disturbances in the area of innervation of the inferior alveolar nerve.

**Key words:** mandibular fractures, inferior alveolar nerve, Nucleo CMF Forte, sensory disturbances, trophic disorders, pain, allodynia, hyperesthesia.

**Барило Олександр Семенович** – д-р мед. наук, доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

**Адреса:** 21050, м. Вінниця, вул. Арх. Арцинова, 38, кв. 16. **Тел.:** (093) 272 02 47. **E-mail:** alexandrb381@gmail.com.

**Фурман Руслан Леонідович** – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

**Адреса:** 21001, м. Вінниця, вул. Стеценка, 5, кв. 103. **Тел.:** (067) 729 51 50. **E-mail:** furmanruslan@mail.ru.