

3. Рошчін Г. Г. Перспективи співпраці системи швидкої та невідкладної медичної допомоги України / Г. Г. Рошчін, В. О. Крилюк, М. М. Михайлівський // [Матер. II з'їзду ВГО «Всеукраїнської асоціації працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф, 22–23 квітня 2008 р.]. – К., 2008. – С. 150–152.
4. Рошчін Г. Г. Стандартизовані протокольні схеми лікування потерпілих із тяжкою поєднаною травмою / Г. Г. Рошчін, В. О. Крилюк // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2007. – № 4. – С. 42–44.
5. Шлапак І. П. Інтенсивна терапія – погляд у минуле / І. П. Шлапак, М. М. Пилипенко // Therapia. Український медичний вісник. – 2008. – № 5 (26). – С. 74–80.

#### Реферати

##### ОСНАЩЕННОСТЬ БОЛЬНИЦ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УКРАИНЫ БАЗОВОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И РЕАНИМАЦИОННОЙ АППАРАТУРОЙ

Князевич В.М., Слабкий Г.А., Федосюк Р.М., Ковалева О.М.

В статье приведены данные исследования об обеспечении больниц скорой медицинской помощи базовой диагностической и реанимационной аппаратурой.

**Ключевые слова:** скорая медицинская помощь, диагностическая и реанимационная аппаратура, оснащённость.

##### EQUIPMENT OF EMERGENCY MEDICAL AID HOSPITALS OF UKRAINE BASE DIAGNOSTIC AND RESUSCITATION APPARATUS

Knyazevich V.M., Slabkiy G.A., Fedosjuk R.M., Kovaleva O.M.

In article the given researches about provision of emergency medical aid hospitals base diagnostic and resuscitation apparatus are resulted.

**Key words:** the emergency medical aid, diagnostic and the resuscitation apparatus, equipment.

УДК 616.314.25/26-007-02.77-07

##### ФУНКЦІОНАЛЬНА ДІАГНОСТИКА СТАНУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ВІДДАЛЕНІ ТЕРМІНИ ПІСЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З РЕВМАТОЇДНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПРИ ДЕТЕРМІНОВАНИХ ПОРУШЕННЯХ ОКЛЮЗІЇ

В. М. Невіков, О. Б. Тумакова  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Великий інтерес являють собою прояви ревматичних захворювань у щелепно-лицьовій області. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, тільки на ревматоїдний артрит (РА) страждає не менше 1% населення земної кулі. Прогресуючий перебіг, яскраво виражена тенденція до інвалідизації хворих, до кінця нез'ясована етіологія і тривожний прогноз свідчать про соціальну значимість цього захворювання. Одним з провідних проявів РА є суглобний синдром [6]. В усіх країнах світу ці показники приблизно однаково високі. Враховуючи це, Всесвітня організація охорони здоров'я 2000–2010 роки оголосила декадою боротьби з кістково-суглобними патологіями. [2]. Серед кістково-суглобних і щелепно-лицьових патологій дослідження пошкоджень і захворювань скронево-нижньощелепного суглоба через складність діагностики і лікування мають велику актуальність. [4]. Ревматоїдний артрит (РА) – мультифакторне захворювання, характеризується поширеністю, важким хронічним перебігом, вираженим запаленням синовіальної оболонки суглобів і поступовим руйнуванням їх, персистуванням активності запалення, ураженням внутрішніх органів і систем. Дослідженнями показано, що протягом перших 5 років хвороби більше 40 % хворих на РА стають інвалідами, що створює серйозні медичні і соціальні проблеми, значно погіршує якість життя хворих і прогноз [4]; [5].

Однією з найпоширеніших патологій скронево-нижньощелепного суглоба є хронічні ревматичні артрити. Складність клініки, важкість діагностики і вибору тактики лікування доводять порівнянню своєрідність цієї патології на відміну від інших захворювань і пошкоджень щелепно-лицьової області. Будучи первинним патологічним процесом, артрити різко відрізняються за клінічними симптомами від інших захворювань і пошкоджень скронево-нижньощелепного суглоба. [6].

При обстеженні однорідних груп пацієнтів з ревматоїдними артритами було визначено незадовільний стан порожнини рота у 86 %. З них тільки 6 % проходили регулярне лікування у стоматолога. Однак тільки 51 % з 86 % мали природні зуби. В контрольних групах обстежених процент наявних природних зубів був більш високим [12]. Yamakawa M. at al. [9]

порівняли стан наявності зубів і СНЩС-порушення у 142 жінок з ревматоїдним артритом (РА, вік від 40 до 69 років) і 143 жінками подібного віку без РА. Група РА мала значно менше зубів, що залишились, ніж група NON-РА. Число зменшується до відсутності й появи знімних протезів. Число беззубих груп і числа груп з повними і частковими зубними протезами були значно більш високими в групі з РА. [9]. Процент відсутності зубів серед пацієнтів з РА склав 17 %. 75% обстежених мали часткові знімні протези й 62% - повні знімні протези серед пацієнтів з РА, що можна вважати явно незадовільним в порівнянні з 25 % і 56 % відповідно серед пацієнтів контрольних груп. Порушення в СНЩС визначались набагато частіше серед пацієнтів з РА, ніж серед членів контрольних груп. [10].

Однак, за даними деяких авторів, анамнестичні дані та клінічні симптоми, згруповані згідно з індексом Helkimo, не показали ніяких суттєвих відмінностей між обома підконтрольними групами. [13]. Визначенню оклюзійного стану щелеп при ревматоїдних ураженнях в спеціальній літературі присвячено багато робіт, причому дані, що наведені, досить суперечливі.

**Метою** роботи було вивчення динамічних змін стану нижньої щелепи при комплексному лікуванні ревматоїдних захворювань щелепно-лицьового апарату при детермінованих порушеннях оклюзії.

**Матеріал та методи дослідження.** Комплексне клініко-лабораторне дослідження було проведене на 140 пацієнтах. Для дослідження були відібрані пацієнти, які проходили лікування на кафедрі ортопедичної стоматології та імплантології УМСА з приводу функціональних порушень СНЩС. Були сформовані 5 клінічних груп віком від 22 до 60 років, без фонові соматичної патології:

- 1- пацієнти з м'язово-суглобовою дисфункцією – 63 чоловіки;
- 2- пацієнти з ревматоїдним артритом у фазі активності – 13 чоловік;
- 3- пацієнти з ревматоїдним артритом у фазі ремісії – 13 чоловік;
- 4- пацієнти з склерозуючим артрозом - 24 чоловіки;
- 5- пацієнти з деформуючим артрозом - 22 чоловіки.

Діагноз визначався на підставі класифікації В. О. Хватової (1982 р.). [7]. Усі хворі знаходились під наглядом фахівців-ревматологів: співробітників кафедри загальної практики - сімейної медицини УМСА або лікарів ревматологічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні. Хворим було проведено базову та супутню терапію згідно з критеріями лікування та діагностики ревматологічних захворювань. [3].

В якості графічного методу дослідження функціонального стану нижньої щелепи ми використовували аксіографію, яка дозволяє задокументувати рухи нижньої щелепи і, тим самим, прогнозувати вибір ортопедичного лікування. Дослідження базувались на стандартному протоколі дослідження, що був рекомендований фірмою-виробником, який дозволяв нам оцінювати та порівнювати отримані дані. Опис протоколів проводився згідно з рекомендаціями В. О. Хватової [8]. Аналіз проводився окремо за суглобовими ознаками та ознаками різцевої точки (таблиця).

Таблиця

Порівняння довжини суглобної траєкторії					
Відкривання-закривання		Протрузія-медіатрузія		Латеротрузія	
робоча	балансуюча	робоча	балансуюча	робоча	балансуюча
Рівна, симетрична		Рівна, симетрична		Рівна, симетрична	
Порівняння форми суглобної траєкторії					
Відкривання-закривання		Протрузія-медіатрузія		Латеротрузія	
робоча	балансуюча	робоча	балансуюча	робоча	балансуюча
Симетрична, опукла донизу, спільні 5 мм початку		Симетрична, опукла донизу, спільні 5 мм початку		Симетрична, опукла донизу, спільні 5 мм початку	
Порівняння синхронності та швидкості суглобної траєкторії					
Відкривання-закривання		Протрузія-медіатрузія		Латеротрузія	
робоча	балансуюча	робоча	балансуюча	робоча	балансуюча
Симетрична, синхронна		Симетрична, синхронна		Симетрична, синхронна	

Траєкторію рухів різцевої точки (в тому числі наявність девіації або дефлекції) ми оцінювали у трансверсальній площині та в сагітальній площині (аналіз трикутника Поселта).

Структуру динамічних змін суглобових головок ми вивчали на основі так званого ЕРА-ТЕСТу, на якому досліджували динамічні зміни суглобових ознак. У зв'язку з високою вартістю та великою трудоемністю цього метода дослідження проводились до та після лікування, в терміни, що були рекомендовані виробником, а саме - через три-шість місяців після закінчення лікування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналізуючи рухи нижньої щелепи хворих I групи (РАФА) після лікування під час відкривання-закривання роту та протрузії-медіатрузії, можемо констатувати симетричні за напрямком та рівномірні за довжиною траєкторії як на робочих, так і на балансуєчих сторонах. Трансверзальні відхилення майже не зустрічались. Принципової різниці не спостерігалось і під час бічних переміщень нижньої щелепи. Траєкторії попередніх та зворотніх рухів були близькі, іноді навіть співпадали, при цьому в процесі лікування довжина рухів була відновлена до середніх показників нормограм. Суглобові головки в динамічних фазах мали приблизно одну швидкість переміщень. В процесі лікування довжина рухів була відновлена до середніх показників нормограм. Порушень синхронності динаміки після лікування нам виявити не вдалося. Форма траєкторії переміщень нижньої щелепи стала типовою, з прямою лінією відкривання-закривання роту. Відновився спільний 5-міліметровий початок траєкторій з обох боків, що свідчить про симетричність відновлення рухів меніску (рис.1). Напрямок рухів різцевої точки визначався прямою лінією з відсутністю трансверзальних зсувів, була відновлена амплітуда відкривання роту. Трикутник Поселта має типову форму. Таким чином, підводячі підсумок аналізу аксіографічного дослідження рухів нижньої щелепи у хворих першої групи в процесі лікування, ми можемо констатувати, що двобічні та симетричні порушення кінематичної складової в ранній стадії захворювання усунуті. Функціонування усіх динамічних складових відновлено в повному обсязі. 3-й тип аксіограм за класифікацією В. О. Хватової, який переважав до початку лікування хворих II групи (РАФА), після лікування не зустрічається, причому амплітуди збільшені відносно траєкторій першої групи та досягають середніх показників нормограм. Аналізуючи рухи нижньої щелепи під час відкривання-закривання рота та протрузії-медіатрузії, можемо констатувати відносну симетричність траєкторій при відновленні амплітуди рухів у всіх напрямках. Короткий спільний початок траєкторій пояснюється обмеженими рухами суглобового диску спільно з суглобовими головками, що свідчить про переважно дискові (тобто сполучнотканеві) порушення, які були усунуті в процесі лікування. Траєкторії попередніх та зворотніх рухів частіше за все співпадали, що свідчить про відновлення функціональної еластичності менісків, тобто перерозподіл динамічного навантаження на суглобовий диск і на кісткові структури відповідає фізіологічному (рис.2). Співпадання рухів суглобних головок за часом та напрямком (синхронність та швидкість) свідчать про функціональну адаптованість до патологічного стану, тобто про хронічний перебіг процесу. Синхронність рухів була збережена при відновленій швидкості відкривання роту. Напрямок рухів різцевої точки залишився прямою лінією з відсутністю трансверзальних зсувів, при відновленій амплітуді відкривання роту. Трикутник Поселта має відновлену форму. Таким чином, підводячі підсумок аналізу аксіографічного дослідження рухів нижньої щелепи у хворих другої групи в процесі лікування, ми можемо констатувати, що двобічні та симетричні порушення кінематичної складової в хронічній стадії захворювання усунуті. Функціонування усіх динамічних складових відновлено в повному обсязі.

Усунуті рухи, що відповідали 2-му типу аксіограм за класифікацією В. О. Хватової, які спостерігались у хворих III групи (РАФА) до початку лікування. Випадки девіації або дефлекції у відповідних ділянках амплітуд не спостерігались. Типовою є наявність кута Фішера. Аналізуючи рухи нижньої щелепи під час відкривання-закривання роту та протрузії-медіатрузії, можемо констатувати зникнення або значне зменшення трансверзальних відхилень (девіації та дефлекції), що свідчить про відновлення функціонального стану нижньої щелепи. Траєкторії попередніх та зворотніх рухів стали симетричними як на робочій так і на балансуєчій стороні. Протрузивні рухи також характеризуються відновленням амплітуд щелепи за прямою траєкторією. Синхронність та швидкість рухів відновлена як на балансуєчій, так і на робочій стороні. Петлеподібні частини траєкторій в початковій фазі відкривання або в кінцевій фазі закриття роту графічно не відображаються (рис.3). Трикутник Поселта має відновлену форму: траєкторії відкривання-закривання роту стали значно довшими, оральний зсув амплітуд зник, динамічні амплітуди були відновлені. Таким чином, підводячі підсумок аналізу аксіографічного дослідження рухів нижньої щелепи у хворих третьої групи в результаті лікування, ми можемо констатувати, що двобічні та

несиметричні порушення кінематичної складової в хронічній стадії захворювання усунуті. Функціонування усіх динамічних складових відновлено в повному обсязі.

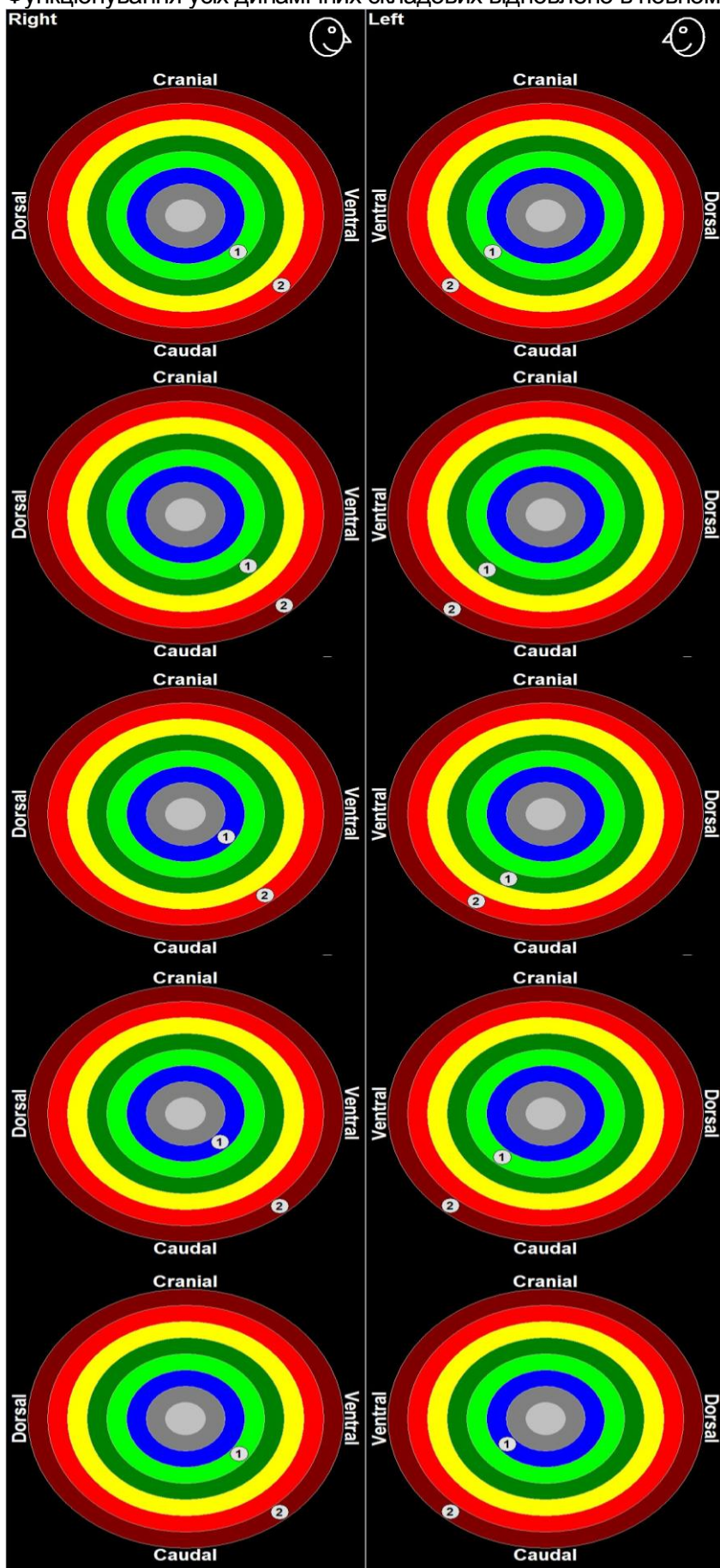


Рис. 1. Результати лікування наводимо на прикладі EPA-тесту хворої Б. (I дослідна група), де:  
1 – патологічний стан суглобової головки до лікування;  
2 – відновлений стан суглобової головки.

Рис. 2. Результати лікування наводимо на прикладі EPA-тесту хворої В. (II дослідна група), де:  
1 – патологічний стан суглобової головки до лікування;  
2 – відновлений стан суглобової головки.

Рис. 3. Результати лікування наводимо на прикладі EPA-тесту хворої К. (III дослідна група), де:  
1 – патологічний стан суглобової головки до лікування;  
2 – відновлений стан суглобової головки.

Рис. 4. Результати лікування наводимо на прикладі EPA-тесту хворої М. (IV дослідна група), де:  
1 – патологічний стан суглобової головки до лікування;  
2 – відновлений стан суглобової головки.

Рис. 5. Результати лікування наводимо на прикладі EPA-тесту хворої Р. (V дослідна група), де:  
1 – патологічний стан суглобової головки до лікування;  
2 – відновлений стан суглобової головки.

Усунутий 2-й тип аксіограм за класифікацією В. О. Хватової, який спостерігався у хворих IV групи (РАФА) до початку лікування. Амплітуди збільшені та досягають середніх показників нормограм. Типовим є наявність кута Фішера як на балансуєчій, так й на робочій стороні. Випадки девіації або дефлекції практично не зустрічаються, що свідчить про зникнення односторонніх дискових та кісткових порушень. Траєкторії попередніх та зворотніх рухів змінились: на робочій та на балансуєчій стороні відновились майже симетричні довгі, дугоподібні лінії. Протрузивні рухи тепер також характеризуються відсутністю патологічних зміщень щелепи в бік. Відновлена синхронність рухів нижньої щелепи: рухи суглобової головки на балансуєчій стороні співпадають в часі та швидкості з рухами головки робочої сторони. Петлеподібні частини траєкторій в початковій фазі відкривання або в кінцевій фазі закривання роту, які графічно відображали редукцію менісків, вирівнялись. Напрямок рухів різцевої точки визначається прямою лінією без трансверзальних зсувів, які до лікування супроводжувались обмеженням відкривання роту. Трикутник Поселта має відновлену форму, яка наближається до нормограми (рис.4).

Таким чином, підводячи підсумок аналізу аксіографічного дослідження рухів нижньої щелепи у хворих четвертої групи після проведенного лікування, ми можемо констатувати, що двобічні та несиметричні порушення кінематичної складової жувального апарату в хронічній стадії захворювання усунуті. Функціонування всіх динамічних складових відновлено в повному обсязі. Патологічні аксіограми 1-го, 2-го та 3-го типу за класифікацією В. О. Хватової, які спостерігалися у хворих V групи (РАФА) до лікування, змінилися на нормограми. Відновлені амплітуди траєкторій до нормограм. Наявність кута Фішера стала типовою. Випадків девіації або дефлекції не спостерігалось. Патологічні траєкторії відкривання-закривання роту, протрузії-медіатрузії, латеротрузії-медіатрузії зникли, відновлено рівну характерну траєкторію. Напрямок рухів різцевої точки після лікування визначався симетричними лініями без трансверзальних зсувів, без обмеження, без надлишкового відкривання роту. Відновлена типова форма трикутника Поселта, динамічні амплітуди відповідають нормі (рис.5).

#### Висновки

1. В результаті проведеної роботи ми отримали підтвердження досліджень В. О. Хватової, яка рекомендує виділяти наступні патологічні суглобні траєкторії: 1-й тип аксіограм - збільшення амплітуди рухів, неспівпадіння траєкторій відкривання та закривання роту; 2-й тип аксіограм - зигзагоподібні траєкторії рухів нижньої щелепи; 3-й тип аксіограм - прямовисний напрям траєкторії рухів нижньої щелепи.

2. Часто рівень складності конкретної клінічної ситуації визначається не тільки і не стільки розміром дефектів зубних рядів і обсягом втручань, скільки функціональними і фізіологічними особливостями жувального апарату й організму хворого в цілому. Для ефективної реабілітації стоматологічних хворих необхідно мати достовірну діагностичну інформацію про анатомічні і функціональні орієнтири, яка відтворюється і реалізується при конструюванні штучних зубних рядів за умови застосування артикуляторів і систем функціональної діагностики.

3. Однак, оскільки цей метод не може бути використаний для самостійної діагностики, ми рекомендуємо його доповнювати функціональними, морфологічними, статистичними та іншими методами дослідження.

#### Література

1. Балабанова Р. М. Ревматоидный артрит. / В кн. Насонова В. А., Бунчук Н.В. Ревматические болезни // Балабанова Р. М. – М. : Медицина, 1997. – С. 257-294.
2. Насонова В. А. Международное десятилетие болезней костей и суглобов / В. А. Насонова, Н. Г. Халтаев // Тер. архив, 2001. – № 5. – С.5–7.
3. Номенклатура, класифікація, критерії, діагностики та програми лікування ревматичних хвороб : [під ред. члена-кореспондента АМН України проф. В. Н. Коваленка, проф. А. О. Шуби]. – Київ, 2004. – С. 95-96.
4. Огороков А. Н. Лікування болезней внутренних органов. / А. Н. Огороков. – Минск, Вышэйшая школа, 1997. – Витебск, Белмедкнига, 1997. - 2042 с.
5. Ревматоидный артрит. Диагностика и лечение / [под ред. В. Н. Коваленко]. – К. : Морион, 2001. – 272 с.
6. Хайбуллина Р. Р. Коррекция функционального состояния скронево-нижнечелюстного суглоба у больных ревматоидным артритом. Автореф. дис. ... кандидата мед.наук. - Казань, 2008. - с.4.
7. Хватова В. А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Хватова В. А. – М. : – Медицина – 1982. с. 24-28.

8. Хватова В. А. Функциональная диагностика и лечение в стоматологии / Хватова В. А. – М. : «Медицинская книга». – 2007. – С. 17.
9. Dentition status and temporomandibular joint disorders in patients with rheumatoid arthritis / M. Yamakawa, T. Ansai, S. Kasai [et al.] // Cranio, 2002. – Jul; 20 (3). – p.165.
10. Franks A. S. T. Temporomandibular Joint in Adult Rheumatoid Arthritis. A Comparative Evaluation of 100 Cases / Franks A. S. T. // Ann. rheum. Dis., 1969. – P. 28.
11. General oral status in adults with rheumatoid arthritis / L. Laurell, A. Hugoson, J. Håkansson [et al.] // Community Dent Oral Epidemiol., 1989. – Oct; 17 (5). – p. 230.
12. Manfredini D. Relationship between fibromyalgia and temporomandibular disorders: A review of current understandings / D. Manfredini, G. Salvetti, F. Fantoni, M. Bosco // Journal of Chinese Clinical Medicine, 2006. – Vol. 1. – № 3. – P. 136-239.
13. Pekkarinen V. Helkimo's indices before and after prosthetic treatment in selected series / V. Pekkarinen, A. Yli-Urpo // Journal of Oral Rehabilitation. – 1987 Jan; 14(1):35-42. – Vol. 14. – P. 135.
14. The relationship of bone marrow edema pattern in the mandibular condyle with joint pain in patients with temporomandibular joint disorders: longitudinal study with MR imaging / M. Chiba, M. Kumagai, N. Fukui [et al.] // Int. J. Oral and Maxillofac. Surg., 2006. – № 35. – P. 55-59.

**Реферати**

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПРИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ НАРУШЕНИЯХ ОККЛЮЗИИ**

**Новиков В. М., Тумакова Е.Б.**

Представлена динамика функционального исследования нижней челюсти при комплексном лечении ревматоидных процессов в отдаленные сроки. Исследование проводилось при помощи аксиографа «Аркус Дигма» фирмы «KaVo» (Германия). Приведенная методика оценки функционального состояния в процессе лечения и результатов лечения позволяет проводить дифференциальную диагностику при клинически подобных заболеваниях и прогнозировать сроки адаптации при лечении.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, аксиография.

**FUNCTIONAL STATE OF MANDIBULA IN REMOTE TERMS AFTER THE HOLIATRY OF PATIENTS WITH RHEUMATOID DEFEATS AT THE DETERMINED VIOLATIONS OF OCCLUSION**

**Novikov V. M., Tumakova E.B.**

The dynamics of functional research stayment during complex treatment of rheumatic processes in remote terms is presented. The research was maid with the help of axiograph “ARCUS digma” of “KaVo” firm (Germany). Presented methodic of functional state assessment in treatment process and treatment results gives the possibility to conduct differential diagnostics of clinically similar diseases and to make the forecast for adaptation therns in prosthetic cure.

**Key words:** rheumatic arthritis, electromyography.

**УДК 616.33-002.44-072.712-008**

**РОЛЬ МЕЛАТОНИНА В ФОРМИРОВАНИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**А.Е. Нобохатия**

**Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков**

*Работа является фрагментом НИР кафедры терапии и клинической фармакологии ХМАПО “Центральные механизмы реализации ulcerогенных факторов и их патогенетическая коррекция у студентов с дуоденальной язвой”. Номер государственной регистрации 0105U002866.*

Язвенная болезнь относится к широко распространенным гастроэнтерологическим заболеваниям. В Украине за последние 6 лет распространенность язвенной болезни выросла на 19,6% [1, 5]. Полагают, что ею страдает приблизительно 10% населения земного шара [2, 6]. Заболевание развивается обычно в молодом, трудоспособном возрасте, а рецидивы, возникающие в большинстве случаев 1-2 раза в год, приводят, как правило, к временной потере трудоспособности на срок 4-8 недель [3, 4]. Очевидно, что язвенный