11. Дагмар Л.-Б. Целительная сила крови: Руководство по аутогемотерапии / Дагмар Л.-Б. – М. : Арнебия, 2001. – 140 с.
12. Боровиков В. STATISTICA: искусство анализа данных на компьютере: Для профессионалов / Боровиков В. – СПб.: Питер, 2001. – 656 с.

Реферати

ДИНАМІКА СТАНУ НЕЙТРОФІЛЬНОЇ ЛАНКИ ПРИ КОМБІНОВАНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ

Каширин В.О., Воронцова Л.Л., Ковязіна Н.П.

Обстежено 62 хворих на рак гортані ($T_3N_xM_0$): 31 з них разом із комбінованим лікуванням проводили активаційну з використанням антигомотоксичних препаратів (Cerebrum comp., Coenzyme comp., Echinacea comp. S, Galium, Hepar comp., Lymphomyosot, Psorinoheel, Thyreoidea comp., Trauomel S, Ubihinon comp. and 0,018 % adrenalini hydrotartras). Зміни в імунному статусі оцінено в наступних критеріях – функціональна діяльність і метаболічний статус нейтрофілів, мієлопер-оксидазної діяльності і вмісту катіонних білків.

Ключові слова: рак, гортань, антигомотоксична терапія, нейтрофіли.

DYNAMICS OF THE STATES OF NEUTROPHILIC LINK AT COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER

Kashirin V.A., Vorontcoca L.L., Kovjzina N.P.

The research covered 62 patients with laryngeal cancer ($T_3N_xM_0$) 31 of them along with the specific methods of treatment underwent AT based on the use of АНТР (Cerebrum comp., Coenzyme comp., Echinacea comp. S, Galium, Hepar comp., Lymphomyosot, Psorinoheel, Thyreoidea comp., Trauomel S, Ubihinon comp. and 0,018 % adrenalini hydrotartras). Dynamic change in immune system status was estimated in following criteria – function activity and metabolic status of neutrophils, myeloper-oxidase activity and cation albumins content.

Key words: cancer, larynx, antihomotoxic therapy, neutrophils.

УДК 614.88:615.47

ОСНАЩЕНІСТЬ ЛІКАРЕНЬ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ УКРАЇНИ БАЗОВИМ ДІАГНОСТИЧНИМ ТА РЕАНІМАЦІЙНИМ ОБЛАДНАННЯМ

В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова
МОЗ України, Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, м. Київ
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Готовність лікарень ШМД до надання невідкладної медичної та реанімаційної допомоги, починаючи уже з етапу приймальних відділень, є необхідною умовою забезпечення тяжко хворих та потерпілих своєчасною та якісною медичною допомогою. Основна роль приймальних відділень в системі екстреної медичної допомоги полягає у необхідності забезпечення наступності допомоги між догоспітальним та госпітальним етапами. Виконання цього завдання неможливе без наявності у складі цих підрозділів адекватно оснащених діагностично-моніторинговим та реанімаційним обладнанням протишокових (реанімаційних) палат.

На думку деяких авторів, які займаються лікуванням потерпілих з тяжкою поєднаною травмою, створення у приймальних відділеннях лікарень протишокових палат є основним організаційним принципом протокольної схеми надання екстреної медичної допомоги таким хворим [2–4].

Метою роботи був аналіз забезпеченості приймальних відділень, відділень інтенсивної терапії та експрес-лабораторій лікарень швидкої медичної допомоги України базовим діагностично-моніторинговим, реанімаційним та лабораторним обладнанням, з метою оцінки готовності цих структурних підрозділів до надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам.

Матеріал та методи дослідження. З метою вивчення та аналізу стану забезпечення приймальних відділень, відділень ІТ та експрес-лабораторій лікарень швидкої медичної допомоги (ШМД) України діагностично-моніторинговим, реанімаційним та лабораторним обладнанням авторами були розроблені уніфіковані звітні форми (електронні таблиці), згідно з якими у другій половині 2008 року було проведено збір відповідної інформації з лікарень ШМД в рамках проекту

Міністерства охорони здоров'я «Кадрова і матеріально-технічна інвентаризація служби анестезіології та інтенсивної терапії України». У п'ятому («Характеристика служби інтенсивної терапії лікувальних закладів»), шостому («Реанімаційна готовність приймальних відділень») та сьомому («Оснащення експрес-лабораторій відділень/блоків анестезіології – ІТ») розділах звітних форм були включені питання, що стосувались кількості, технічного стану та деяких інших характеристик (моделей, країн-виробників, термінів експлуатації) наявного обладнання.

Для обробки і систематизації даних в електронні таблиці, що складали основу звітних форм, були закладені комп'ютерні програми для автоматичного підрахунку сумарних показників. Всього проаналізовано 12 звітів з лікарень швидкої медичної допомоги України.

Результати дослідження та їх обговорення. В системі надання невідкладної медичної допомоги населенню України (без врахування м. Києва) функціонує 12 лікарень швидкої медичної допомоги (ШМД) – у містах Сімферополь, Вінниця, Дніпропетровськ, Дніпродзержинськ, Маріуполь, Запоріжжя, Кіровоград, Львів, Миколаїв, Харків, Черкаси, Чернівці. Як показало дослідження, протишокові палати у складі приймальних відділень мають 10 (83,33%) з 12 функціонуючих в Україні лікарень ШМД; такі палати відсутні тільки у лікарнях ШМД міст Маріуполь та Кіровоград.

Абсолютно необхідним елементом оснащення приймальних відділень лікарень ШМД реанімаційним обладнанням є спеціальна укладка/валіза, укомплектована набором медикаментів та засобів (дихальний мішок типу Амбу, лицьові маски, ларингоскоп, інтубаційні трубки, аспіраційні катетери тощо) для проведення серцево-легенево-мозкової реанімації у випадку діагностики клінічної смерті на ранньому госпітальному етапі. Дослідження показало, що і тут тільки 10 (83,33%) з 12 лікарень ШМД (за виключенням Дніпропетровської та Маріупольської) мають у приймальних відділеннях укомплектовані реанімаційні укладки або валізи.

Як відомо, фактор часу відіграє ключову роль при надходженні у лікарню пацієнтів у критичному стані. В літературних джерелах є свідчення, що якщо медична допомога потерпілим надавалась в перші 30 хвилин від моменту отримання травми, летальність складала 11%; якщо медична допомога не надавалась впродовж 2 годин та більше, летальність збільшувалася до 72% [1]. В цьому контексті надзвичайно важливим аспектом організації роботи приймальних відділень лікарень ШМД є їх готовність забезпечити респіраторну підтримку, а за необхідності і ШВЛ, хворим з порушеннями дихання. Проведеним дослідженням встановлено, що в Україні тільки 8 (66,67%) з 12 лікарень ШМД в приймальних відділеннях справні апарати ШВЛ; вентиляторів немає в Маріуполі, Кіровограді, Львові та Миколаєві.

Невід'ємною рисою організації надання екстреної медичної допомоги на етапі приймальних відділень у лікарнях ШМД повинно бути адекватне забезпечення цих відділень засобами моніторингу вітальних функцій пацієнтів, що перебувають у важкому або критичному стані. Наше дослідження виявило, що лише 6 (50%) лікарень ШМД мають на оснащенні приймальних відділень моно- або поліфункціональні монітори. Жодного монітору немає у приймальних відділеннях лікарень ШМД міст Маріуполь, Запоріжжя, Кіровоград, Львів, Миколаїв та Чернівці. Однією з найбільш частих форм клінічної смерті, що діагностується у пацієнтів у критичному стані, є фібриляція шлуночків серця, і єдиним ефективним методом її лікування є кардіоверсія (дефібриляція). Технічними засобами для екстреної діагностики та лікування цього потенційно фатального порушення ритму серця повинні бути оснащені усі без виключення приймальні відділення. Як показало дослідження, в Україні знову ж таки тільки 8 (66,67%) з 12 лікарень ШМД мають в приймальних відділеннях дефібрилятори. Відсутні ці технічні засоби в приймальних відділеннях лікарень ШМД міст Маріуполь, Чернівці, Кіровоград та Миколаїв

До спеціального обладнання, абсолютно необхідного для надання екстреної медичної та реанімаційної допомоги хворим, що перебувають у термінальних станах, відносяться електровідсмоктувачі. Як продемонструвало дослідження, приймальні відділення тільки 7 (58,33%) лікарень ШМД мають на своєму оснащенні справні електровідсмоктувачі. Немає електровідсмоктувачів у приймальних відділеннях лікарень ШМД міст Маріуполь, Кіровоград, Львів, Миколаїв та Чернівці.

До базового діагностичного обладнання, яким також повинні бути оснащені усі без виключення приймальні відділення лікарень ШМД, відносяться електрокардіографи. Як свідчать результати дослідження, тільки 9 (75%) приймальних відділень цих закладів забезпечені електрокардіографами. Не мають даного обладнання приймальні відділення лікарень ШМД міст Дніпродзержинськ, Кіровоград та Миколаїв. Безумовно, вибіркове

оснащення приймальних відділень лікарень тими чи іншими компонентами базового реанімаційного обладнання не вирішує проблему надання адекватної екстреної допомоги на цьому рівні, забезпечення її безперервності та наступності між догоспітальним та госпітальним етапами. Дослідження виявило, що в цілому по Україні лише 4 (33,33%) з 12 включених в дослідження лікарень мають в приймальних відділеннях протишокові (реанімаційні) палати та повний набір такого обладнання. Приймальне відділення лікарні ШМД міста Кіровоград укомплектовано лише реанімаційною укладкою, міста Маріуполь – лише електрокардіографом.

Таким чином, в двох третинах лікарень ШМД комплексно не вирішена проблема оснащення приймальних відділень базовим обладнанням, необхідним для проведення інтенсивної терапії та реанімації на ранньому госпітальному етапі.

Після надання невідкладної допомоги на рівні приймального відділення черговим етапом у лікуванні хворого може стати відділення інтенсивної терапії (ІТ), де застосовуються сучасні високотехнологічні методи лікування та моніторингу. Вивчення оснащеності відділень ІТ в лікарнях ШМД виявило, що в 24 структурних підрозділах служби АІТ налічується 205 апаратів штучної вентиляції легень (ШВЛ), з яких 154 (75,12%) – справні і 51 (24,88%) – несправний. Найбільшу питому вагу несправних апаратів ШВЛ виявлено у відділеннях ІТ лікарень ШМД міст Миколаєва (47,06%), Чернівців (45,45%) та Львова (35,29%). З несправних апаратів ШВЛ, що знаходяться на балансі відділень ІТ, 33 (64,71%) одиниці підлягають ремонту, а решта 18 (35,29%) – ремонту не підлягає. Слід звернути увагу, що серед справних апаратів ШВЛ в лікарнях ШМД лише 2,29% апаратів відносяться до апаратів високого класу.

Дослідження показало, що кількість діючих апаратів для проведення штучної вентиляції легенів (ШВЛ) в перерахунку на ліжка ІТ, яких в цих закладах 260, складає в середньому 0,59 вентилятора на одне ліжко (рис. 1). Це значно нижче нормативу, передбаченого наказом МОЗ України від 5 червня 1998 року №153 «Про затвердження табелів оснащення виробами медичного призначення структурних підрозділів закладів охорони здоров'я» із змінами і доповненнями, внесеними наказом МОЗ України від 11 квітня 2005 року №158-7 апаратів ШВЛ на 6 ліжок ІТ, тобто близько 1,17 апарата на 1 ліжко ІТ.

Дослідження показало, що рівень оснащеності відділень ІТ апаратами ШВЛ є також недостатній. Найнижчу (менше 0,5 апарата на 1 ліжко ІТ) забезпеченість апаратами ШВЛ виявлено у відділеннях ІТ лікарень ШМД міст Черкаси (0,25), Дніпропетровськ (0,26), Дніпродзержинськ (0,33) та Львів (0,34). Належну укомплектованість мають ВІТ лікарень ШМД міста Маріуполь, Харків та Чернівці. При цьому дані апарати відсутні в лікарні ШМД м. Кіровоград.

Аналіз розподілу апаратів ШВЛ за країнами-виробниками показав, що у ВІТ лікарень ШМД все ще знаходяться на балансі та експлуатуються 34 (22,08%) апарати виробництва СРСР, термін експлуатації яких складає більше 17 років. Безумовно, ця апаратура морально і технічно застаріла і не повинна далі використовуватися для лікування хворих. Якщо із загальної кількості обладнання для вентиляції легень вилучити апарати виробництва СРСР та несправні апарати ШВЛ, то розрахунковий показник кількості апаратів ШВЛ на одне ліжко складе 0,47, що більш ніж вдвічі нижче нормативного показника.

Іншим невід'ємним компонентом технічного забезпечення ІТ є система моніторингу. Еволюція реанімації та інших методів інтенсивного лікування відбувалась паралельно із розвитком методів дослідження та моніторингу життєвих функцій організму у хворих, які перебувають у тяжкому і критичному стані [3]. Комплексний моніторинг вітальних функцій організму став одним із головних стандартів в ІТ і забезпечив значно вищу ефективність лікування найтяжчих контингентів хворих.

Згідно з наказом МОЗ України від 5 червня 1998 року №153 «Про затвердження табелів оснащення виробами медичного призначення структурних підрозділів закладів охорони здоров'я» із змінами і доповненнями, внесеними наказом МОЗ України від 11 квітня 2005 року №158, для відділення ІТ на 6 ліжок передбачено 7 моніторів спостереження за хворими, тобто близько 1,17 монітора на 1 ліжко ІТ. Міжнародні стандарти також передбачають не менше 1 монітора на 1 ліжко ІТ, і мова йде про складні поліфункціональні моніторингові системи. Як показало дослідження, в усіх лікарнях ШМД України налічується 120 моніторів спостереження за хворими різних технічних конфігурацій (пульсоксиметрів та поліфункціональних моніторів), з яких 104 (84,67%) – справні і 16 (15,33%) – несправні. Найбільшу питому вагу несправних пульсоксиметрів та моніторів виявлено у відділеннях ІТ лікарень ШМД міст Чернівці (42,86%), Львів (25,0%) та Запоріжжя (25,0%). Слід

зазначити, що з несправних пульсоксиметрів та моніторів, що знаходяться на балансі відділень ІТ, 12 (75,0%) одиниць підлягають ремонту, а решта 4 (25%) – не підлягають, тобто потребують списання з балансу та утилізації.

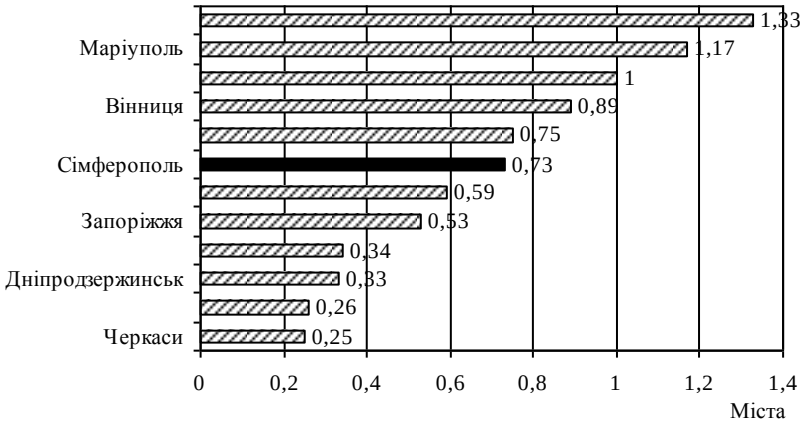

Рис. 1. Кількість справних апаратів ШВЛ на одне ліжко інтенсивної терапії в лікарнях швидкої медичної допомоги України.

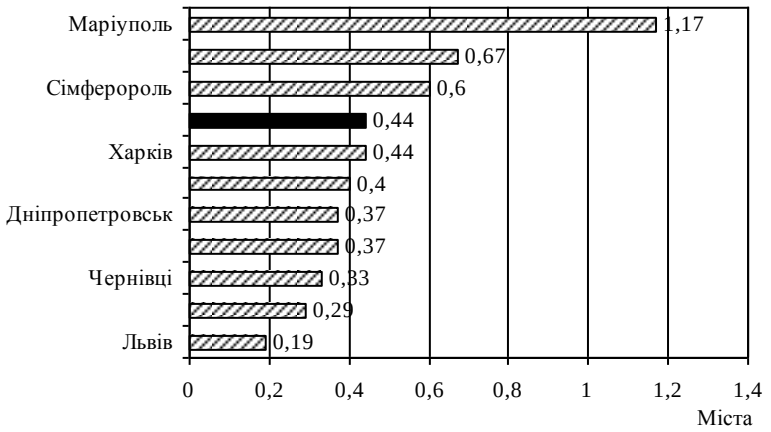

Рис. 2. Кількість діючих пульсоксиметрів та поліфункціональних моніторів на одне ліжко інтенсивної терапії в лікарнях швидкої медичної допомоги України

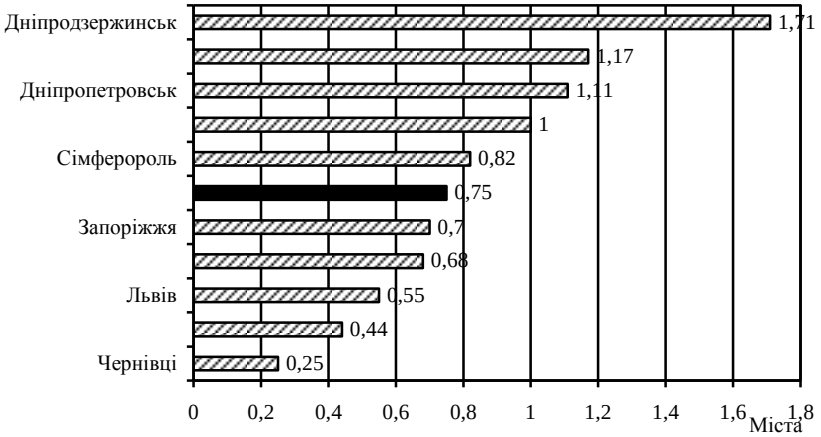

Рис. 3. Кількість діючих моно- та поліфунк-ціональних моніторів на один дихальний апарат в лікарнях швидкої медичної допомоги України.

Дослідження показало, що в структурних підрозділах служби АІТ лікарень ШМД кількість одиниць моніторингової техніки (сумарно пульсоксиметрів та поліфункціональних моніторів) на одне ліжко ІТ складає 0,40, що є вдвічі менше від нормативу (рис. 2). Найнижчу забезпеченість моніторами виявлено у відділеннях ІТ лікарень ШМД міст Львова (0,19) та Черкас (0,29) з їх відсутністю в лікарнях Миколаєва та Кіровограда. Таким чином, у пацієнтів, які знаходяться на лікуванні у відділеннях ІТ цих лікарень, не забезпечений необхідний рівень моніторингу, що збільшує ризик лікарських помилок та ймовірність несприятливого результату лікування. В той же час, у відділеннях ІТ лікарень ШМД міст Маріуполь (1,17), Вінниця (0,67) та Сімферополь (0,6) забезпеченість ліжок ІТ пульсоксиметрами та поліфункціональними моніторами перевищує середній показник по Україні, але тільки в місті Маріуполь (1,17) досягає нормативу згідно з табелем оснащення.

Так як пульсоксиметри не забезпечують достатній рівень моніторингу пацієнтів у зв'язку з

обмеженою кількістю функцій, проведено розрахунок кількості наявних поліфункціональних моніторів на 1 ліжко ІТ без врахування пульсоксиметрів. Розрахунок показав, що в Україні на одне ліжко ІТ в лікарнях ШМД припадає в середньому всього 0,32 справного поліфункціонального монітора. Найнижчий рівень забезпеченості ліжок ІТ такими моніторами виявлено у лікарнях ШМД міст Львова (0,13), Черкас (0,13) та Запоріжжя (0,28). Найвищий рівень забезпеченості констатовано у лікарнях ШМД міст Вінниця (0,56) та Маріуполь (1,08 на одне ліжко).

В рамках даного дослідження розраховано також кількість одиниць справного моніторингового обладнання на один справний апарат штучної вентиляції легень (ШВЛ), так як саме контингент хворих, що потребує ШВЛ, повинен гарантовано бути забезпеченим повноцінним моніторингом вітальних функцій. З'ясовано, що в лікарнях ШМД Україні на кожний справний вентилятор припадає в середньому тільки 0,68 одиниці справного моніторингового обладнання (пульсоксиметра або поліфункціонального монітора) (рис. 3). Найгіршим цей показник є в лікарнях ШМД міст Чернівці (0,25) та Харків (0,44), а в лікарнях міст Миколаєва та Кіровограда такі апарати відсутні взагалі. Достатню (більше 100%) забезпеченість моніторами апаратів ШВЛ виявлено в лікарнях ШМД міст Дніпродзержинськ, Дніпропетровськ, Маріуполь та Черкаси. В сучасних умовах лікування хворих у критичному стані відбувається з лабораторним моніторингом базових показників гомеостазу, до яких відносяться визначення газів крові, електролітів та основних біохімічних показників.

Як показало дослідження, з семи експрес-лабораторій, які розгорнуті у структурі відділень ІТ лікарень ШМД, тільки 3 (42,86%) мають на оснащенні газовий аналізатор (міста Львів, Запоріжжя та Харків), при цьому лише у експрес-лабораторії міста Запоріжжя є реактиви до цього високовартісного діагностичного обладнання. Електролітні аналізатори є у 2 (28,57%) експрес-лабораторіях відділень ІТ лікарень ШМД (Львів та Харків). Біохімічними аналізаторами забезпечені експрес-лабораторії відділень ІТ лікарень ШМД міст Харків, Львів, Дніпропетровськ та Чернівці. В службі анестезіології та ІТ лікарень ШМД немає жодної експрес-лабораторії, яка б була оснащена газовим, електролітним та біохімічним аналізаторами і була забезпечена реактивами до них. Такий стан оснащення експрес-лабораторій служби АІТ лікарень ШМД унеможливлює надання кваліфікованої допомоги пацієнтам, які знаходяться у критичному стані.

Висновки

1. В системі надання невідкладної медичної допомоги населенню України функціонує 12 лікарень швидкої медичної допомоги (без врахування м. Києва).
2. Реанімаційна укомплектованість приймальних відділень лікарень швидкої медичної допомоги складає: протишоковими палатами – 83,33% (10 закладів), реанімаційними укладками або валізами – 83,33% (10 закладів), апаратами ШВЛ – 66,67% (8 закладів), моніторами – 50% (6 закладів), дефібриляторами – 66,67% (8 закладів), електровідсмоктувачами – 58,33% (7 закладів), електрокардіографами – 75% (9 закладів). Тільки 4 (33,33%) з 12 включених в дослідження лікарень мають в приймальних відділеннях протишокові (реанімаційні) палати та повний набір реанімаційного обладнання.
3. Оснащення палат ІТ лікарень швидкої медичної допомоги складає: апаратами ШВЛ – в середньому 0,59 на 1 ліжко ІТ з коливаннями від 0,25 (Черкаси) до 1,33 (Чернівці), моніторами – в середньому 0,40 на 1 ліжко ІТ з коливаннями від 0,19 (Львів) до 1,17 (Маріуполь).
4. Оснащення експрес-лабораторій служби анестезіології та ІТ лікарень швидкої медичної допомоги складає: газовими аналізаторами – 42,86% (3 заклади), електролітними аналізаторами – 28,57% (2 заклади), біохімічними аналізаторами – 57,14% (4 заклади). Отримані в ході дослідження дані вказують на необхідність винесення в ряд пріоритетних завдань для обласних управлінь охорони здоров'я забезпечення лікарень ШМД необхідним медичним обладнанням з метою забезпечення пацієнтів медичною допомогою сучасного рівня.

Література

1. Кичин В. В. Анестезиологическое обеспечение и интенсивная терапия пострадавших с тяжелой сочетанной травмой / В. В. Кичин, В. А. Сунгуров, С. В. Рябов // Анестезіологія и реаніматологія. – 2007. – № 4. – С. 23–27.
2. Остапенко С. Л. Опыт организации роботы скорой помощи в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций / С. Л. Остапенко, А. В. Киреев // Неотложная медицинская помощь : сб. статей. – Х. : «Основа», 2000. – Выпуск 3. – С. 10–14.

3. Рощін Г. Г. Перспективи співпраці системи швидкої та невідкладної медичної допомоги України / Г. Г. Рощін, В. О. Крилюк, М. М. Михайлівський // [Матер. ІІ з'їзду ВГО «Всеукраїнської асоціації працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф, 22–23 квітня 2008 р.]. – К., 2008. – С. 150–152.
4. Рощін Г. Г. Стандартизовані протокольні схеми лікування потерпілих із тяжкою поєднаною травмою / Г. Г. Рощін, 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 скрой медицинской помощи базовой диагностической и реанимационной аппаратурой.

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

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. Новіков, 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 інвалідізації 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 порівняну 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 скроневоно-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 обсстежених процент наявних природніх зубів був більш високим [12]. Yamakawa M. at al. [9]