Література

1. Bellosilo A. II Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии, Материалы IV Российской науч. конф. с международным участием, Москва, 16—18 мая 2001. — М., 2001.-С. 4-5.
2. Торогуд М., Хилледон М., Саммербелл К. Изменение образа жизни как способ профилактики сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний // новости медицины и фармации. – № 9 (169). – 2005. – С. 17–20.
3. Рекомендації Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. – Київ, 2001. – 54 с.
4. Лутай М.Н. Национальная программа по борьбе с артериальной гипертензией // Здоров'я України. – 2003. – № 13. – С. 3–4.
5. Апанасенко Г.Л. Профилактика в кардиологии: новая парадигма // Новости медицины и фармации. – № 8 (190). – 2006. – С. 21.
6. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура. – М.: Гуманит. изд. Центр ВЛА ДОС, 2004. – 624 с.
7. Franco O., De Laet C., Peeters A. et al. Effects of physical activity on life expectancy with cardiovascular disease // Arch. Intern. Med. – 2005. – № 165. – P. 2355–2360.
8. Martinez-Gonzalez M., Martinez J.A., Hu F.B. et al. Physical inactivity, sedentary lifestyle and obesity in the European Union // Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. – 1999. – № 23. – P. 1192–1201.
9. Paffenbarger R., Hyde R.T., Wing A.Z. et al. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality amoung men // N. Engl. J. Med. amoung. – 1993. – № 328. – P. 538–545.
10. Vanhees L. Lefevre J., Philippaerts R. et al. How to assess physical activity? How to assess physical fitness // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehab. – 2005. – № 12. – P. 102–114.
11. Taylor R., Brown A., Ebrahim S. et al. Exercive-baced rehabilitation for patients with coronary heart disease: systemic review and meta-analysis of randomized controlled trials // Am. J. Med. – 2004. – № 116. – P. 682–692.
12. Степашко М.В., Сухостат Л.В. Масаж і лікувальна фізкультура в медицині. – Київ «Медицина», 2006. – 288 с.
13. Волков Н.И., Несен Э.Н., Осипенко А.А., Корсун С.Н. Биохимия мышечной деятельности. – Киев, Из-во «Олимпийская литература», 2000. – 499 с.

Реферати

ФІЗИЧНА КОРЕКЦІЯ КЛІНІКО-АДАПТАЦІЙНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кириченко М.П.

У роботі представлені результати проведення кардіологічної реабілітації хворих з артеріальною гіпертензією. У цієї категорії хворих відмічаються порушення адаптаційно-компенсаторних процесів в організмі, які, насамперед, проявляються зниженні їх толерантності до фізичного навантаження. На тлі регулярних фізичних тренувань відмічається сприятлива тенденція до нормалізації фізичних адаптаційних реакцій та покращання клінічного статусу і функціонального стану міокарду.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, кардіологічна реабілітація, фізичні тренування.

THE PHYSICAL CORRECTION OF CLINICAL-ADAPTATION DATA IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Kirichenko M.P.

In this work the results of the carrying of cardiological rehabilitation in patients with arterial hypertension are presented. This category of patients demonstrated disturbances of adaptative compensatory processes in organism, which, first of all, are revealed by decrease of their toleransy on physical load. On background of the regular physical trainings it was observed the favourable trend to normalizations of physical adaptation reaction and improvements of the clinical status and functional condition of the myocardium.

Key words: arterial hypertension, cardiological rehabilitation, physical exercises.

УДК 616.716+617.52

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДЕТЕРМІНОВАНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ОБЛАСТІ

Новіков В. М.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Захворювання структурно-функціональних елементів щелепно-лицьової ділянки мають велику розповсюдженість. Аналіз результатів обстеження пацієнтів, які звертались за допомогою свідчить про значну поширеність серед іншої патології уражень СНЩ суглобів (37-67%), як у дорослих, так і у дітей. Стан ускладнюється у зв'язку з пізніми

звертаннями пацієнтів до спеціалістів, що повязано з неадекватністю скарг і клінічної картини захворювання, а також відсутністю методів ранньої діагностики. [1].

Стоматологія в останні роки ознаменувалась успіхами, повязаними з використанням новітніх досягнень матеріалознавства і новими технологіями. Разом із тим, в різні стоматологічні клініки все частіше звертаються хворі з головними і лицьовими болями, ляскання у скронево-нижньощелепному суглобі (СНЩС), закладеністю вух, утрудненими рухами нижньої щелепи. Це контингент хворих, які ставлять складні діагностичні задачі не тільки перед стоматологами, але і, в першу чергу, перед отоларингологами, невропатологами (нейростоматологами, вертебрологами), а іноді й психіатрами. [2].

Інтерес дослідників до патології СНЩС, перш за все, зоснований значною кількістю таких хворих, недостатньою вивченістю цього питання і суперечливістю результатів досліджень. Широка розповсюдженість, незвичайний поліморфізм, труднощі діагностики і лікування ставлять захворювання СНЩС в ряд важливих проблем здоров'я населення. [3, 4, 5, 6, 7].

Метою роботи було дослідження клінічної картини при детермінованих порушеннях щелепно-лицьової ділянки.

Матеріал та методи дослідження. Для дослідження були відібрані пацієнти, які проходили лікування на кафедрі ортопедичної стоматології та імплантології УМСА з приводу функціональних порушень СНЩС. Для порівняльної характеристики були сформовані 5 клінічних груп по 9 осіб в кожній, віком від 30 до 60 років, без фонової соматичної патології:

1 - пацієнти з м'язово-суглобовою дисфункцією;
2 - пацієнти з ревматоїдним артритом у фазі активності;
3 - пацієнти з ревматоїдним артритом у фазі ремісії;
4 - пацієнти з склерозуючим артрозом;
5 - пацієнти з деформуючим артрозом.

Діагностика захворювань проводилась на підставі аналізу скарг, збору анамнезу, комплексу об'єктивного клінічного обстеження, контактної рентенографії, панорамної ренгенографії, комп'ютерної томографії, магніто-резонансної томографії, електроміографії, оптичної денситометрії. Діагноз ставився на підставі класифікації В. О. Хватової [3]. Методом дослідження був обраний аналіз статистичних даних хворих, які знаходились під спостереженням.

У відповідності до поставленної мети ми провели комплекне дослідження 133-х пацієнтів, яке було спрямоване на оптимізацію процесу діагностики морфофункціо-нального стану хворих з хронічною соматичною патологією ревматоїдного походження. Розподіл пацієнтів за віком та статтю проводився згідно з рекомендаціями ВООЗ.

Результати дослідження та їх обговорення. В загальній кількості пацієнтів значно переважали жінки - 93 жінки до 30 чоловіків, тобто серед пацієнтів визначається більш як 3-разова перевага жінок. По вікових категоріях хворі розподілились наступним чином: 21-30 років – 30 жінок до 14 чоловіків – 2-разова перевага жінок; 31-40 років – 15 жінок до 5 чоловіків – 3-разова перевага жінок; 41-50 років – 18 жінок до 4 чоловіків – 4,5-разова перевага жінок; 51-60 років – 40 жінок до 7 чоловіків – майже 6-разова перевага жінок. Серед нозологічних груп хворі за віковим критерієм розподілилися наступним чином: ревматоїдний артрит у фазі активності: 21-30 років – 3 жінки до 2 чоловіків – 1,5-разова перевага жінок; 31-40 років – 2 жінки при відсутності чоловіків – 2-разова перевага жінок; 41-50 років – 2 жінки при відсутності чоловіків – 2-разова перевага жінок; 51-60 років – 2 жінки до 1 чоловіка – 2-разова перевага жінок.

Ревматоїдний артрит у фазі ремісії: 21-30 років – 4 жінки при відсутності чоловіків – 4-разова перевага жінок; 31-40 років – 1 жінка на 2 чоловіків – 2-разова перевага чоловіків; 41-50 років – 2 жінки до 1 чоловіка – 2-разова перевага жінок; 51-60 років – 2 жінки при відсутності чоловіків – 2-разова перевага жінок. Склерозуючий артроз: 21-30 років – 4 жінки при відсутності чоловіків – 4-разова перевага жінок; 31-40 років – 3 жінки при відсутності чоловіків – 3-разова перевага чоловіків; 41-50 років – 2 жінки до 1 чоловіка – 2-разова перевага жінок; 51-60 років – 11 жінок на 3 чоловіків – 3,7-разова перевага жінок. Деформуючий артроз: 21-30 років – 4 жінки на 1 чоловіка – 4-разова перевага жінок; 31-40 років – 2 жінки до 2 чоловіків – розподілились порівну; 41-50 років – 3 жінки до 1 чоловіка – 3-разова перевага жінок; 51-60 років – 9 жінок при відсутності чоловіків – 9-разова перевага жінок. М'язово-суглобова дисфункція: 21-30 років – 18 жінок до 11 чоловіків – 1,6-разова

перевага жінок; 31-40 років – 6 жінок до 1 чоловіка – 6-разова перевага жінок; 41-50 років – 10 жінок до 1 чоловіка – 10-разова перевага жінок; 51-60 років – 9 жінок при відсутності чоловіків – 9-разова перевага жінок.

Таблиця 1

Розподіл загального контингенту хворих за віком та статтю (в % до загальної кількості пацієнтів)

				РАФА	РАФР	СкА	ДефА	МСД	Всього
стать	Чоловіки	21-30	Абс.	2			1	11	14
			%	1,5			0,75	8.27	-
		31-40	Абс.		2		2	1	5
			%		1,5		1,5	0,75	-
		41-50	Абс.		1	1	1	1	4
			%		0.75	0,75	0,75	0,75	-
		51-60	Абс.	1		3		3	7
			%	0,75		2,26		2,26	-
	жінки	21-30	Абс.	3	4	4	4	18	30
			%	2,26	3,0	3,0	3,0	13,5	-
		31-40	Абс.	2	1	3	2	6	15
			%	1,5	0,75	2,26	1,5	4,5	-
		41-50	Абс.	2	2	2	3	10	18
			%	1,5	1,5	1,5	2,26	7,5	-
		51-60	Абс.	2	2	11	9	13	40
			%	1,5	1,5	8,27	6,8	9,8	-

За нозологічними одиницями співвідношення за статтю, в середньому, склало:

1) при ревматоїдному артриті у фазі активності – 9 жінок до 3 чоловіків – 3-разова перевага жінок;
2) при ревматоїдному артриті у фазі ремісії – 9 жінок до 3 чоловіків – 3-разова перевага жінок;
3) при склерозуючому артрозі – 20 жінок до 4 чоловіків – 5-разова перевага жінок;
4) при деформуючому артрозі – 18 жінок до 4 чоловіків – 4,5-разова перевага жінок.
5) при м'язово-суглобовій дисфункції - 47 жінок до 16 чоловіків – 3-разова перевага жінок.

При дослідженні хворих нами був виділений анамнестично-діагностичний комплекс симптомів, які, на наш погляд, найбільш характерні для опису стану функціональних та органічних порушень щелепно-лицьової ділянки, що можуть бути детерміновані хронічною соматичною патологією. Ми звертали увагу на частоту проявів симптомів всередині кожної нозологічної групи. Су'бєктивні симптоми, що були виявлені при обстеженні хворих, представлені в таблиці 2.

Найбільшу кількість скарг ми зустріли при ревматоїдному артриті у фазі ремісії. Гострий біль, його посилення в динаміці рухів нижньої щелепи, іррадиація болю в інші ділянки щелепно-лицьової області, скутість рухів визначали майже всі пацієнти (80 % випадків). Дуже поширеними були підвищення температури та набряк у ділянці СНЩС (85 % випадків). Тупий біль зустрічався рідко (до 10 % випадків), в періодах між нападами гострого болю. Тупий ниючий біль був більш характерним для хворих з ревматоїдним артритом у фазі ремісії (до 20 % випадків).

Таблиця 2

Суб'єктивні симптоми, виявлені при обстеженні (в % до кількості пацієнтів у групі)

	РАФА	РАФР	СкА	ДефА	МСД
Біль у суглобі гострий	10 (80%)			1(5%)	13(20%)
Біль у суглобі тупий	1(10%)	2(20%)		7 (30%)	6(10%)
Іррадиація в інші ділянки щ\л області	10 (80%)			3(15%)	25(40%)
Підсилення болю в динаміці, в т. р. при відкриванні роту	12 (100%)	1 (5%)		4(20%)	57 (90%)
Скутість рухів	12 (100%)			2 (8%)	13 (20%)
Підвищення температури	10(85%)				
Набряк в ділянці СНЩС	10(85%)				
Тривалість виникнення захворювання	Гострий початок	Від 6 міс. і більше	Рік і більше	Рік і більше	Від 6 міс. і більше
Хворих в групі	12	12	24	22	63

Склерозуючий артроз мав майже безсимптомний перебіг. Суб'єктивна клінічна картина при деформуючому артрозі була більш вираженою. Але поширеність симптомів

була найменшою серед усіх, що були виявлені. Тупий ниючий біль був провідним симптомом, але зустрічався лише у 30 % випадків. Посилення болю в динаміці відкривання роту та його іррадиація зустрічалися в 15-20 % випадків. Гострий біль та скутість рухів ми зустріли лише в 1-2 хворих (5-8 % випадків). Серед хворих із мязово-суглобовою дисфункцією провідними скаргами були підсилення болю в динаміці відкривання роту (до 90 % випадків), іррадиація в інші ділянки щелепно-лицьової області (до 40 % випадків), зустрічалися, але не можуть бути визнаними провідними, гострий біль (до 20 % випадків), тупий ниючий біль (10 % випадків), скутість рухів (до 20 % випадків).

О'бєктивні симптоми, що були виявлені при обстеженні хворих, представлені в таблиці 3. Серед об'єктивних симптомів, які ми змогли простежити у пацієнтів з ревматоїдним артритом у фазі активності, болючість при пальпації суглобів, обмежене відкривання роту, скутість при відкриванні роту та порушення траєкторії відкривання визначалися завжди. Порушення трєкторії відкривання роту, яке свідчить про дискоординацію кінематичних компонентів, було провідним симптомом для всіх нозологічних станів, за виключенням склерозуючого артрозу, для якого, як показало наше подальше спостереження, характерна симетричність процесу.

Для склерозуючого артрозу провідним об'єктивним симптомом був хрускіт (60 % випадків). Надлишкове відкривання роту ми спостерігали лише при артрозах та м'язово-суглобовій дисфункції (8 %, 8 % та 25 % випадків відповідно).

Таблиця 3

Об'єктивні симптоми, виявлені при обстеженні (в % до кількості пацієнтів у групі)

	РАФА	РАФР	СкА	ДефА	МСД
Клацання			5 (20 %)	9 (40%)	40 (60%)
Хрускіт		2 (15%)	14(60%)	16 (75%)	
Болючість при пальпації проекції суглобових головок	12 (100%)	2 (15%)		7 (30%)	
Болючість при пальпації жувальних м'язів	8(70%)	1 (10%)			47 (75%)
Обмежене відкривання роту	12 (100%)			3 (15%)	22 (35%)
Надлишкове відкривання роту			2 (8%)	2 (8%)	16 (25%)
Скутість при відкриванні роту	12 (100%)				
Порушення траєкторії	11 (90%)	4 (30%)		20 (90%)	50 (80%)
Хворих в групі	12	12	24	22	63

Хрускіт (75% випадків) та болючість при пальпації проекцій суглобової головки (30 % випадків) були провідними при деформуючому артрозі.

У хворих із м'язово-суглобовою дисфункцією об'єктивна клінічна картина мала найбільший прояв симптомів: порушення траєкторії відкривання роту (80 % випадків), болючість при пальпації мязів (60 % випадків). Обмежене відкривання роту та надлишкове відкривання роту зустрічалися досить часто: 35 % і 25 % випадків відповідно, але не можуть вважатися провідними симптомами.

З метою оптимізації диференційної діагностики та порівняння якості лікування нами була запропонована бальна індексація комплексу симптомів - «індекс виразності симптомів», які найбільш характерні для опису функціональних та метаболічних змін в щелепно-лицьової області при детермінованих порушеннях оклюзії.

Кожний суб'єктивний та об'єктивний симптом був оцінений в одну умовну одиницю. Проведене підрахування кількості симптомів по кожній нозологічній групі показало: ревматоїдний артрит у фазі активності - 120 умовних одиниць; ревматоїдний артрит у фазі ремісії - 12 умовних одиниць; склерозуючий артроз - 12 умовних одиниць; деформуючий артроз - 65 умовних одиниць; м'язово-суглобова дисфункція - 199 умовних одиниць. По відношенню до кількості хворих в групі отримуємо кількість балів на одного хворого: 120/12=10; 12/12=1; 16/24=0,67; 65/22=2,95; 199/63=3,16, відповідно кожній нозологічній одиниці. Після проведеного порівняння ми виявили, що набільша кількість балів була характерна для ревматоїдного артриту.

Це свідчить про найбільшу кількість об'єктивних та суб'єктивних симптомів при цьому захворюванні. Найменша кількість балів – 0,67 - була характерна для склерозуючого артрозу, який має майже безсимптомний перебіг. Отримані результати ми використаємо для оцінки ефективності комплексного лікування і рекомендуємо в практику охорони здоров'я.

Висновки

1. Запропонований анамнестично-діагностичний комплекс симтомів є інформативним критерієм диференційної діагностики захворювань щелепно-лицьової ділянки.
2. Комплекс загальних симптомів, що характерні для запальних процесів рекомендуємо використовувати для диференційної діагностики фаз перебігу ревматоїдного артрита.
3.Індекс виразності симптомів,які найбільш характерні для опису функціональних та метаболічних змін рекомендуемо використовувати для порівняння якості лікування детермінованих порушень оклюзії щелепно-лицьової області.

Література

1.Мирза А.И., Лютик Г.И**.** «Современная стоматология, № 4 (12), 2000 г.
2.Неспрядько В.П., Лось В.В., Клитинский Ю.В. Дифференциальная диагностика дисфункциональных состояний височно-нижнечелюстных суставов. // Материалы I (VIII) Съезда Ассоциации стоматологов Украины. Киев. - 1999. - С. 413-415.
3. Кашуба В.А., Комарова Е.С. Проблемы физической реабилитации при мышечно-суставных дисфункциях височно-нижнечелюстного сустава. // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. №5, Харьков, 2000.
4. Величко Л.С., Бунина М.А. Диагностика и лечение заболеваний мышечного височно-нижнечелюстного суставного комплекса в зависимости от патогенных факторов // Здравоохранение / МЗ Республики Беларусь. - 1996. - №7.- С. 11-13.
5.Yamakawa M, Ansai T, Kasai S, Ohmaru T, Takeuchi H, Kawaguchi T, Takehara T. //Dentition status and temporomandibular joint disorders in patients with rheumatoid arthritis./Cranio. 2002 Jul;20(3):165-71.
6. Ettala-Ylitalo UM, Syrjänen S, Halonen P.//Functional disturbances of the masticatory system related to temporomandibular joint involvement by rheumatoid arthritis./J Oral Rehabil. 1987 Sep;14(5):415-27.
7. Manfredini, Salvetti, Fantoni, Bosco //Relationship between fibromyalgia and temporomandibular disorders: A review of current understandings/ Journal of Chinese clinical medicine, Vol. 1, N 3, August 2006, p. 136-239.

Реферати

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Новиков В. М.

На основе изучения клинической картины проведен анализ особенностей течения детерминированной патологии органов челюстно-лицевой области. Полученные данные могут быть использованы для дифференциальной диагностики и составления плана лечения заболеваний и расстройств челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: рематоидный артрит, склерозирующий артроз, деформирующий артроз, мышечно-суставная дисфункция, объективные симптомы, субъективные симптомы.

CLINICAL FEATURES OF THE DETERMINED PATHOLOGY FLOW OF MAXILLUFACIAL AREA ORGANS

Novikov V.M.

On the basis of clinical picture study the features analysis of the determined pathology flow of maxillufacial area organs is conducted. Findings can be used for differential diagnostics and drafting of diseases and disorders of maxillufacial area treatment plan.

Keywords: reumatoidic arthritis, sclerosic arthrosis, deforming arthrosis, muscularly-arthral disfunction, objective symptoms, subjective symptoms.