

- Experience from controlled trials of physical training in CHF. Protocol and patients factors in effectiveness in the improvement in exercise tolerance // Eur. Heart J. - 1998. - Vol. 19. - P. 466-475.
- Hambrecht E.T. Physical training in CHF / E.T.Hambrecht // J. Am. Coll. Cardiol. - 1995. - Vol. 25. - P. 1239-1249.
- Horning B. Physical training improves endothelial function in patients with CHF / B.Horning, V.Maier, H.Drexler // Circulation. - 1996. - Vol. 93. - P. 210-214.
- Kavanagh T. Quality of life and cardiorespiratory function in CHF: effects of 12 months aerobic training / T.Kavanagh, M.G.Myers, R.Bagrie // Heart. - 1996. - Vol. 76. - P. 42-49.
- Kiilavori K. The effect of physical training on hormonal response in patients with CHF / K.Kiilavori, H.Naveri, H.Leinonen // Eur. Heart J. - 1999. - Vol. 20. - P. 456-465.
- Kirimoto T. Beneficial effect of MET - 88, a g-butYRObetain hydroxylase inhibitor, on energy metabolism in ischemic dog hearts / T.Kirimoto, N.Nobori, Y.Asaka // Arch. Int. Pharmacodyn. Ther. - 1996. - Vol. 331, Suppl. 2. - P. 163-178.
- Metabolic approaches to the treatment of ischemic heart disease: the clinicians perspective / Wolff A.A., Rotmensch H.H., Stapley W.C. [et al.] // Heart Fail. Rev. - 2002. - Vol. 7. - P. 187-203.
- Parcer M. A novel approach to the development of positive inotropic agent for chronic heart failure / M.Parcer // J. Cardiovasc. Pharmacol. - 1995. - Vol. 26, Suppl. 1. - P. 552-556.
- Scarda J. Mildronate - a new drug for treatment of chronic heart failure / J.Scarda, V.Dzerve, D.Klincare // Scandinavian Cardiovasc. J. - 1997. - Vol. 31. - P. 45-52.
- Weilenga R.P. Safety and effects of physical training in CHF results of the CHF and Cracked Exercise study (CHANGE) / R.P.Weilenga, I.A.Huisveld, E. Bol // Eur. Heart J. - 1999. - Vol. 20. - P. 872-880.

Солейко О.В.

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ ПОСТІНФАРКТНОГО КАРДІОСКЛЕРОЗУ

Резюме. Розроблена та обгрунтована програма комплексної реабілітації хворих із ускладненим перебігом постінфарктного кардіосклерозу, проведена оцінка її ефективності та безпеки. Встановлено, що поєднання режиму регулярних фізичних тренувань відповідно до першого етапу протоколу "Прогресуюча хода" та медикаментозного лікування, спрямованого на основні ланки оптимізації забезпечення навантажувальних програм, сприяє корекції маси тіла пацієнтів за рахунок зменшення вмісту жиру і зростання м'язової маси; покращенню показників тесту з 6-хвилинною ходьбою, зменшенню функціонального класу недостатності кровообігу та стенокардії, зростанню фракції викиду, зниженню тривалості і частоти безбольової ішемії, усуненню варіабельності серцевого ритму, що мали вірогідний характер. Продовження комплексної реабілітації за розробленим алгоритмом на наступних етапах програми в подальшому дозволить значно покращити прогноз та глобальний показник якості життя таких пацієнтів.

Ключові слова: постінфарктний кардіосклероз, реабілітація.

Солейко Е.В.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА

Резюме. Разработана и обоснована программа комплексной реабилитации больных с осложнённым течением постинфарктного кардиосклероза, проведена оценка её эффективности и безопасности. Установлено, что сочетание режима регулярных физических тренировок в соответствии с первым этапом протокола "Прогрессирующая ходьба" и медикаментозного лечения, направленного на основные звенья оптимизации обеспечения нагрузочных программ способствует достоверным коррекции массы тела пациента за счёт снижения содержания жира и наращивания мышечной массы; улучшению показателей теста с 6-минутной ходьбой, снижению функционального класса недостаточности кровообращения и стенокардии, увеличению фракции выброса, снижению длительности и частоты безболевого ишемии, устранению вариабельности сердечного ритма. Продолжение комплексной реабилитации в соответствии с разработанным алгоритмом на следующих этапах программы в дальнейшем позволит значительно улучшить прогноз и глобальный показатель качества жизни таких пациентов.

Ключевые слова: постинфарктный кардиосклероз, реабилитация.

Стаття надійшла до редакції 21.11.2013

© Новиков В.М.

УДК: 616.724-002.77-073.7

Новиков В.М.

ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія" (вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36024, Україна)

ЗМІНИ ПАРАМЕТРІВ ЕЛЕКТРОМІОГРАМ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ ХВОРИХ НА ДЕФОРМУЮЧИЙ АРТРОЗ З ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ СНЩС ТА ДЕТЕРМІНОВАНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ОКЛЮЗІЇ

Резюме. За період дослідження в ревматологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні спостерігався 3561 пацієнт, з них - 230 з порушеннями оклюзії на тлі ревматоїдних уражень СНЩС. У статті наведені результати електроміографічного обстеження хворих з одним з найпоширеніших хронічних патологічних станів - ревматоїдними ураженнями. Поряд із цим, даних щодо ревматоїдних уражень органів щелепно-лицьової ділянки вкрай мало.

Ключові слова: ревматоїдні ураження СНЩС, електроміографія, жувальні м'язи.

Вступ

Значна кількість людей має зубні ряди з деякими елементами оклюзійної дисгармонії, що призводить до розвитку м'язового стресу. При цьому жувальна система втрачає здатність адекватно адаптуватися до цих факторів, порушується функціональний стан елементів СНЩС, внаслідок чого у них можлива поява запальних або дистрофічних змін. У більшості спостережень ці симптоми непостійні, але в деяких хворих вони переходять у хронічну форму. Втрата адаптаційної здатності веде до дисфункції елементів зубо-щелепної системи, зокрема, СНЩС, що набуває тимчасової або хронічної форми [Гросс, 1986; Петросов, Пономаренко, 1987; Дворник, 2001; Тимофеев, Мирза, 2001; Мирза, 2002; Рабухина, Семкин, 2005; Gross, Mathews, 1982].

Мета дослідження - вдосконалення діагностики та підвищення ефективності комплексного лікування хворих з детермінованими порушеннями оклюзії та функціональних структур зубо-щелепної системи ревматоїдного походження шляхом обґрунтування ортопедичних способів у складі комплексного лікування, способу вивчення взаємозв'язків функціональних та обмінних процесів; підвищення рівня розкриття механізму виникнення патологічних змін у тканинах протезного поля та в організмі на основі клінічних спостережень, лабораторних і морфологічних досліджень.

Матеріали та методи

Дана робота є фрагментом НДР "Оптимізація профілактики основних стоматологічних захворювань ортопедичними методами", державний реєстраційний № 0102U1303.

Обстеження хворих проводили на базі кафедри сімейної медицини - загальної практики ВДНЗУ "УМСА" (зав. кафедри - проф. В.М.Ждан) та ревматологічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні (зав. відділення - О.В. Гордієнко). За період дослідження в ревматологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні спостерігали 3561 пацієнта. Пацієнти зі специфічною ревматоїдною патологією були статистично відокремлені від інших хворих. Кількість пацієнтів з ревматичною патологією наведена в таблиці 1.

Із наведеної кількості пацієнтів з ревматичною патологією 248 хворих із скаргами на стан СНЩС звернулись самостійно або були направлені ревматологами за спеціалізованою допомогою. З усіх обстежених хворих нами було досліджено 133 пацієнти, які проходили лікування на кафедрі ортопедичної стоматології з імплантологією та на кафедрі сімейної медицини-загальної практики ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія" з приводу патології ревматоїдного походження та мали функціональні порушення СНЩС. Усі хворі були обстежені лікарями загальної практики. Розподіл пацієнтів за віком та статтю проводився згідно з рекомендаціями ВООЗ (1981) [Номенклатура, класифікація ..., 2004]. Діагноз ставили на підставі класифі-

Таблиця 1. Кількість пацієнтів з ревматичною патологією за даними ревматологічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні.

№ п/п	Діагноз	Кількість спостережень
1	Первинний ревмокардит	12
2	Зворотній ендокардит	627
3	Ревматоїдний артрит серопозитивний	190
4	Ревматоїдний артрит серонегативний	356
5	Подагра	118
6	Артропатії при інших хворобах	9
7	Поліартроз (ОА, ДОА)	671
8	Системне ураження сполучної тканини	32
9	Анкілозуючий спондиліт	115
	Усього	2130

Таблиця 2. Таблиця амплітудних характеристик ЕМГ жувальних м'язів досліджуваних контрольної групи ($M \pm m$, $n=9$).

Показники, шр вивчались	Звична сторона	Балансуюча сторона
Середня амплітуда вольового стиснення (мкВ)	790±4,2	720±5,3*
Середня амплітуда довільного жування (мкВ)	650±4,2	640±6,2
Середня амплітуда заданого жування (мкВ)	630±4,6	610±5,3*

Примітка. * - $p < 0,05$ - достовірність різниці між показниками біоелектричної активності м'язів звичної та балануючої сторін жування.

Таблиця 3. Таблиця часових характеристик ЕМГ жувальних м'язів досліджуваних контрольної групи ($M \pm m$, $n=9$).

Показники, шр вивчались	Звична сторона	Балансуюча сторона
Середній час активності (мс)	380±4,1	345±4,6*
Середній час спокою (мс)	370±6,8	380±5,7
Середній час динамічного циклу (мс)	750±8,7	725±7,9*
Коефіцієнт "К" ($K = T_a / T_{cp}$)	1,03	0,91

Примітка. * - $p < 0,05$ - достовірність різниці між показниками часових характеристик біоелектричної активності м'язів звичної та балануючої сторін жування.

кації В.О.Хватової [1996], яка була узгоджена з МКХ-10 [Международная классификация болезней ...], та після огляду хворого спеціалістом-ревматологом.

Для лікування були відібрані пацієнти з активністю ревматоїдного процесу ОI, які були розподілені у 5 клінічних груп по 9 осіб в кожній, віком від 30 до 60 років: 1 - пацієнти з ревматоїдним артритом у фазі активності; 2 - пацієнти з ревматоїдним артритом у фазі ремісії; 3 - пацієнти зі склерозуючим артрозом; 4 - пацієнти з деформуючим артрозом; 5 - пацієнти з м'язово-суглобовою дисфункцією.

Для детального аналізу стану м'язів ми пропонували після проби "довільне жування" виконувати пробу

Таблиця 4. Амплітудні показники електроміограм жувальних м'язів хворих у процесі лікування ($M \pm m$, $n=9$).

Показники	Через тиждень		Через місяць		Через 3-6 місяців		Через рік	
	Звична сторона	Балансуюча сторона	Звична сторона	Балансуюча сторона	Звична сторона	Балансуюча сторона	Звична сторона	Балансуюча сторона
Вольове стиснення (мВ)	480±3,6	470±4,5	510±4,7*	500±6,1*	650±5,8*	600±6,2*	710±5,4*	600±5,9*
Довільне жування (мВ)	390±4,1	370±3,2	550±3,8*	500±4,1*	590±6,2*	560±6,1*	590±6,3*	560±6,5*
Задане жування (мВ)	350±5,2	400±6,4	450±5,4*	500±5,9*	520±6,1*	570±6,4*	540±6,3*	600±6,5*

Примітка. * - $p < 0,05$ - достовірність різниці між показниками біоелектричної активності м'язів через 1 тиждень і через місяць, 3-6 місяців та 1 рік на звичній та балансуючій стороні жування відповідно.

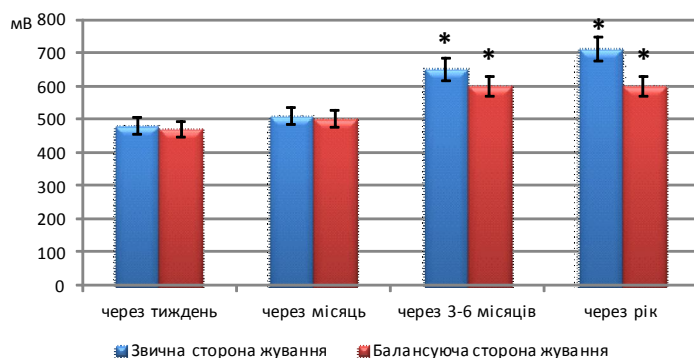


Рис. 1. Діаграма змін амплітуд вольового стиснення щелеп хворих в процесі лікування: * - $p < 0,05$ - достовірність різниці між показниками біоелектричної активності м'язів через 1 тиждень і через місяць, 3-6 місяців та 1 рік на звичній та балансуючій стороні жування відповідно.

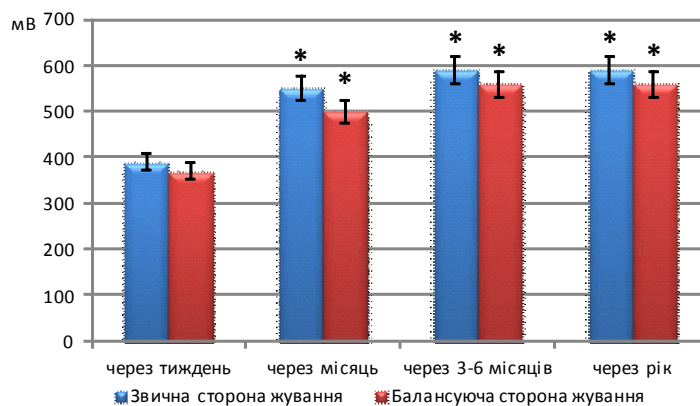


Рис. 2. Діаграма змін амплітуд довільного жування хворих в процесі лікування: * - $p < 0,05$ - достовірність різниці між показниками біоелектричної активності язів через 1 тиждень і через місяць, 3-6 місяців та 1 рік на звичній та балансуючій стороні жування відповідно.

Таблиця 5. Часові показники електроміограм жувальних м'язів хворих в процесі лікування ($M \pm m$, $n=9$).

Показники	Через тиждень		Через місяць		Через 3-6 місяців		Через рік	
	Звична сторона	Балансуюча сторона	Звична сторона	Балансуюча сторона	Звична сторона	Балансуюча сторона	Звична сторона	Балансуюча сторона
Час активності (мс)	510±4,3	490±6,5	420±6,8*	435±3,9*	325±4,5*	301±6,3*	278±6,2*	278±5,7*
Час спокою (мс)	231±5,0	233±4,2	233±4,7	271±4,1*	232±3,9	231±3,7	232±3,9	232±5,1
Час динамічного циклу(мс)	742±6,5	723±8,1	653±7,3*	707±6,1	557±8,4*	532±7,6*	510±5,1*	510±8,2*
"К"	2,2	2,1	1,8	1,6	1,7	1,3	1,2	1,2

Примітка. * - $p < 0,05$ - достовірність різниці між показниками біоелектричної активності м'язів через 1 тиждень і через місяць, 3-6 місяців та 1 рік на звичній та балансуючій стороні жування відповідно.

"задане жування" почергово на лівому, а потім на правому боці. Це давало нам можливість детальніше вивчити структуру функціонально-адаптаційних механізмів як на робочому, так і на балансуючому боці (табл. 2, 3).

По-друге, ми ставили за мету також дослідити гальмівні процеси у м'язах. Детально це можна зробити, аналізуючи механізми "стретч-рефлексу" та "рефлекторного гальмування". Це давало нам змогу вивчати адаптаційні зміни як у розслабленому, так і скороченому м'язі.

Результати. Обговорення

Результати ортопедичного лікування хворих з деформуючим артрозом за даними електроміографічного дослідження жувальних м'язів.

Перша проба. Поодинокі сплески спонтанної активності також мали знижену амплітуду на початку ортопедичного лікування. Через тиждень після накладання ортопедичної конструкції зустрічалися сплески активності лише на робочій стороні. Патологічні осциляції в стані фізіологічного спокою зникали через три-шість місяців лікування та в подальші терміни не зустрічалися. Наявність сплесків спонтанної активності свідчить про те, що м'язи знаходяться в стані функціонального перевантаження.

Друга проба. Записи були представлені нерівномірними за амплітудою коливаннями потенціалів з високим ступенем насиченості сплесків. Включення та розслаблення рухомих одиниць мало незначну асиметрію з обох боків за амплітудою в перші періоди лікування (480 мс - на звичній та 470 мс на балансуючій стороні). В про-

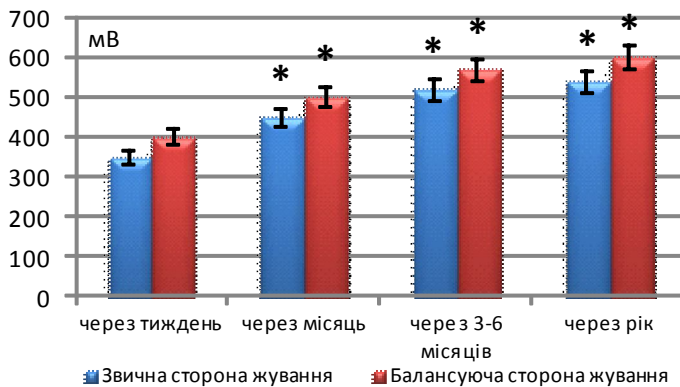


Рис. 3. Зміни амплітуд заданого жування хворих в процесі лікування: * - $p < 0,05$ - достовірність різниці між показниками біоелектричної активності м'язів через 1 тиждень і через місяць, 3-6 місяців та 1 рік на звичній та балануючій стороні жування відповідно.

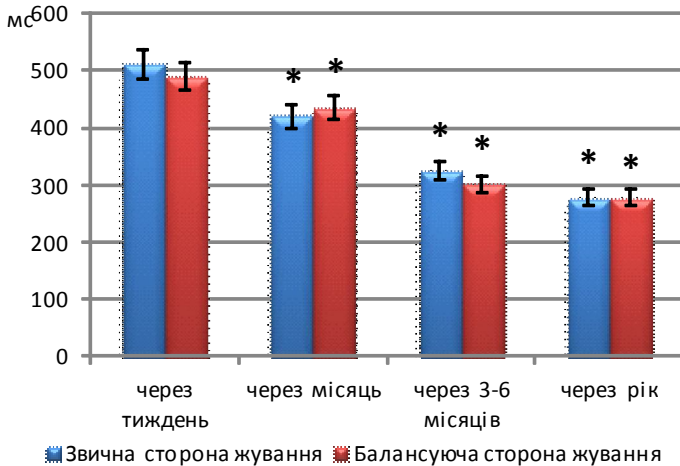


Рис. 4. Діаграма змін часу активності хворих в процесі лікування: * - $p < 0,05$ - достовірність різниці між показниками біоелектричної активності м'язів через 1 тиждень і через місяць, 3-6 місяців та 1 рік на звичній та балануючій стороні жування відповідно.

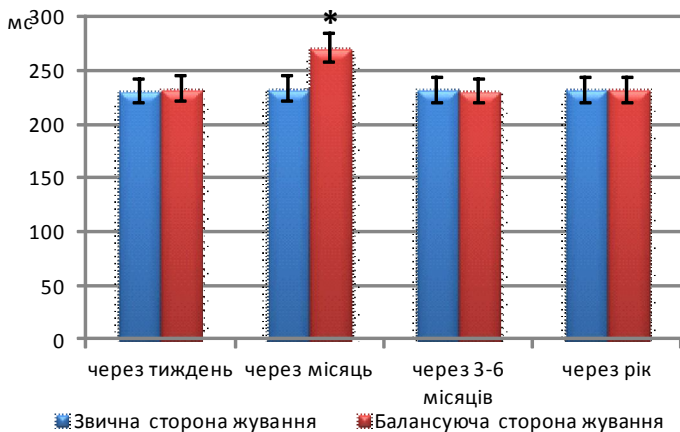


Рис. 5. Діаграма змін часу спокою хворих в процесі лікування: * - $p < 0,05$ - достовірність різниці між показниками біоелектричної активності м'язів через 1 тиждень і через місяць, 3-6 місяців та 1 рік на звичній та балануючій стороні жування відповідно.

цесі лікування значно збільшується як сама амплітуда, так і ступінь її асиметрії (710 мс - на звичній та 600 мс

на балануючій стороні). Середня амплітуда вольового стиснення щелеп була відносно нижча за середню як в контрольній групі, так і в дослідній групі до початку лікування. В процесі лікування амплітуда поступово підвищувалась і в середньому після 3-6 місяців ортопедичного лікування піднімалась до рівня контрольної групи. Поступове збільшення амплітуди сплесків до рівня контрольної групи було притаманне як робочій, так і балануючій стороні, але з різною швидкістю відновлення, що відображене на відповідній діаграмі (рис. 1, табл. 4).

Третя проба - довільне жування. При аналізі кількісних характеристик електроміограм ми звернули увагу на значне подовження динамічного циклу за рахунок збільшення як часу активності, так і часу спокою (рис. 2, табл. 5). Виражене одностороннє жування мало відповідне відображення на ЕМГ у формі патологічної односторонньої активності на перших періодах лікування (приблизно до 3 місяців). У процесі лікування приблизно в терміни 3-6 місяців патологічна асиметрія зникла і переходила у форму функціональної асиметрії, а в кінцевих стадіях лікування відповідала за формою нормограмі.

Для електроміографічних записів характерна нечітка розчленованість структури на періоди активності та спокою на перших етапах лікування. В періодах спокою відмічались атипові сплески спонтанної активності, які поступово зникали протягом місяця лікування. Форма сплесків активності була змінена, в більшості - на форму, що імітує трикутник, з поступовим початком активності та різким переходом до спокою. Характерною особливістю деяких сплесків у термін до першого місяця лікування була відсутність чіткого початку активності та його закінчення. Виникав симптом "міотатичної затримки" на робочій стороні. Зміни форми сплесків активності на балануючій стороні в процесі лікування були аналогічними за формою, симетричними за часом, але значно меншими за амплітудою та насиченістю від сплесків активності на робочій стороні.

Четверта проба. Задане жування на лівому боці.

П'ята проба. Задане жування на правому боці.

У періодах спокою відмічались атипові сплески спонтанної активності, які поступово зникали протягом першого місяця лікування. Форма сплесків активності була змінена, в більшості - на форму, що імітує трикутник, з поступовим початком активності та різким переходом до спокою. Симптом "міотатичної затримки" був виражений в значно більшій мірі. Зміни форми сплесків активності на балануючій стороні були аналогічними за формою, симетричними за часом, але значно меншими за амплітудою та насиченістю від сплесків

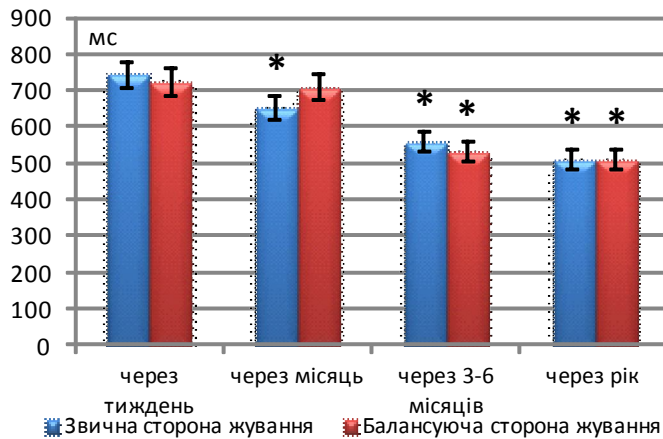


Рис. 6. Діаграма змін часу динамічного циклу хворих в процесі лікування: * - $p < 0,05$ - достовірність різниці між показниками біоелектричної активності м'язів через 1 тиждень і через місяць, 3-6 місяців та 1 рік на звичній та балансуєчій стороні жування відповідно.

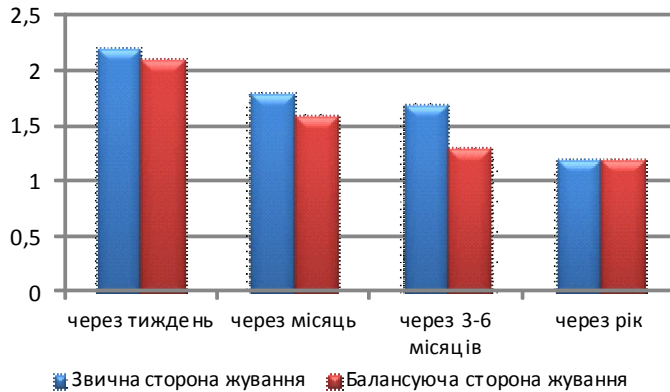


Рис. 7. Діаграма змін коефіцієнту активності "К" хворих в процесі лікування.

активності на робочій стороні. Поступове збільшення амплітуди сплесків до рівня контрольної групи було притаманне як робочій, так і балансуєчій стороні (рис. 3).

Співвідношення періоду активності та спокою (коефіцієнт "К") у середньому на робочій стороні склало приблизно 2,2 на початку лікування, 1,8 через місяць, 1,7 через 6 місяців та 1,2 через рік.

Зміни форми сплесків активності на балансуєчій стороні були аналогічними за формою, симетричними за часом, але значно меншими за амплітудою та насиченістю від сплесків активності на робочій стороні (рис. 4, 5).

Співвідношення періоду активності та спокою (коефіцієнт "К") в середньому в групі на балансуєчій стороні склало приблизно 2,1 на початку лікування, 1,8 через місяць, 1,7 через 6 місяців та 1,2 через рік (рис. 6, 7).

Аналізуючи кількісні показники, ми вважаємо, що подовження періоду жувального циклу за рахунок сполученого збільшення періоду активності та значного збільшення періоду спокою є характерною ознакою електроміограм хворих IV групи: приблизно 742 мс на

початку лікування, 653 мс через місяць, 557 мс через 6 місяців, 510 мс через рік - на звичній стороні жування; приблизно 723 мс на початку лікування, 707 мс через місяць, 532 мс через 6 місяців, 510 мс через рік - на балансуєчій стороні жування.

Проба 5. Аналіз "стретч-рефлексу". В абсолютній більшості спостережень електроміограма стретч-рефлексу виглядала як поодинокі сплески активності, несиметричні як за часом, так і за амплітудою біоелектричної активності. Амплітуда сплесків була більшою на звичній стороні жування, що відповідає збільшеній рефлекторній активності навіть у розслабленому м'язі на робочій стороні, тобто стану асиметричного функціонального переважання.

Проба 6. Рефлекторне гальмування - аналіз біоелектричної активності в скороченому м'язі. Періоди випадання активності були асиметричні на обох сторонах жування та відрізнялися за часом, переважаючи на балансуєчій стороні. Значно подовжені в перших фазах лікування, вони поступово вирівнювалися за часом та приблизно після третього-шостого місяця лікування досягали тривалості, аналогічної контрольній групі.

Таким чином, підводячи підсумок аналізу електроміографічного дослідження функціонального стану м'язів у хворих, ми можемо констатувати тривале одностороннє ураження м'язів. Після тривалого терміну функціонального переважання починалися процеси гальмування збільшеної біоелектричної активності, що стало пусковим механізмом процесів адаптації.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Підводячи підсумок аналізу електроміографічного дослідження функціонального стану м'язів хворих, ми можемо констатувати двобічне та симетричне ураження волокон м'язів на ранній стадії захворювання.

2. Після нетривалого терміну функціонального переважання починалися процеси гальмування збільшеної біоелектричної активності, що стало пусковим механізмом процесів адаптації.

3. Середньостатистичне збільшення амплітуди сплесків до рівня контрольної групи, зменшення тривалості жувального циклу та періодів спокою в терміні від 3 до 6 місяців є характерними електроміографічними ознаками правильно обраного комплексу лікування у хворих.

4. Отже, електроміографія жувальних м'язів дає змогу зафіксувати особливості їх стану при різних формах функціональних змін або захворювань зубо-щелепної системи.

Одержані результати функціональних досліджень стану нижньої щелепи та жувальних м'язів, ступеня атрофії кісткових елементів щелепно-лицьового апа-

рату та локалізації суглобового диска в подальшому дозволять застосувати індивідуальний підхід при визначенні показань при виборі оптимальної ортопедичної конструкції.

Список літератури

- Гросс М.Д. Нормализация окклюзии: Пер. сангл. /М.Д.Гросс, Дж.Д.Мэтьюс.- М.: Медицина, 1986.- 288с.
- Дворник В.М. Підготовка і протезування хворих на патологічне стирання твердих тканин зубів: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 "Стоматологія" / В.М.Дворник.- Полтава, 2001.- С.43, 49-55.
- Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия / [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.mkb10.ru/>.
- Мірза О.І. Діагностика і лікування болювого синдрому дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.00.22 "Стоматологія" / О.І.Мірза.- Полтава, 2002.- 36с.
- Номенклатура, класифікація, критерії діагностики та програми лікування ревматичних хвороб : під ред. чл.-кор. АМНУ В. М. Коваленка, проф. Н. М. Шуби.- К., 2004.- 156с.
- Петросов Ю.А. Функциональное состояние жевательных мышц при ортопедическом лечении дисфункций височно-нижнечелюстных суставов / Ю.А.Петросов, И.Н.Пономаренко // Заболевания височно-нижнечелюстных суставов: сб. науч. трудов ВНИИМИ МЗ СССР [под ред. А.С.Иванова].-1987.- №13874-87.- С.70-76.
- Рабухина Н.А. Некоторые современные методики рентгенологического исследования височно-нижнечелюстных суставов /Н.А.Рабухина, В.А.-Семкин //Здравоохран. и мед. техника.- 2005.- №3 (17).- С.9.
- Тимофеев А.А. Купирование болей и лечение шелканья при болевом синдроме дисфункции височно-нижнечелюстного сустава /А.А.Тимофеев, А.И.Мирза//Соврем. стоматология-2001.- №1.- С.76-79.
- Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушенной функциональной окклюзии /В.А.Хватова.- Нижний Новгород: НГМУ, 1996.- 275с.
- Gross M.D. Occlusion in Restorative Dentistry /M.D.Gross, J.D.Mathews.- Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York, 1982.- 288p.

Новиков В.М.

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЭЛЕКТРОМИОГРАММ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ БОЛЬНЫХ ДЕФОРМИРУЮЩИМ АРТРОЗОМ С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВНЧС И ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ОККЛЮЗИИ

Резюме. За период исследования в ревматологическом отделении Полтавской областной клинической больницы наблюдался 3561 пациент, из них - 230 с нарушениями окклюзии на фоне ревматоидных поражений ВНЧС. В статье приведены результаты электромиографического обследования больных с одним из наиболее распространенных хронических патологических состояний - ревматоидными поражениями. Наряду с этим, данных о ревматоидных поражениях органов челюстно-лицевой области крайне мало.

Ключевые слова: ревматоидные поражения ВНЧС, электромиография, жевательные мышцы.

Novikov V.M.

CHANGES OF ELECTROMYOGRAM PARAMETERS OF MASTICATORY MUSCLES OF PATIENTS WITH DEFORMING FORM WITH DYSFUNCTIONAL DISORDERS TMJ AND DETERMINISTIC OCCLUSION VIOLATIONS

Summary. There were observed 3561 patients, including 230 patients with occlusion violations against rheumatoid lesions of TMJ during the study of the period at rheumatological department of Poltava Regional Hospital. The article presents the results of electromyographic examination of patients with rheumatoid lesions, one of the most common chronic pathological conditions. Along with this, there is very little information on rheumatoid lesions of the maxillofacial region.

Key words: rheumatoid lesions of TMJ, electromyography, masticatory muscles.

Стаття надійшла до редакції 20.11.2013 р.

© Салдан Ю.Й.

УДК: 617.713:617-7

Салдан Ю.Й.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра очних хвороб (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, 21018, Україна)

ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ СПЕКТРАЛЬНОЇ ОПТИЧНОЇ КОГЕРЕНТНОЇ ТОМОГРАФІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ РОГІВКИ

Резюме. У роботі наведені дані стосовно можливостей застосування методу спектральної оптичної когерентної томографії (СОКТ) переднього відділу ока для діагностики та динамічного спостереження за станом хворих з різноманітними дистрофічними та запальними захворюваннями рогівки. СОКТ дозволяє чітко диференціювати, в якому шарі рогівки локалізується патологічний процес, достовірно (якісно і кількісно) визначити морфологічний стан її структур. На прикладах патологічних змін рогівки показано можливість методу у визначенні розмірів, глибини залягання сторонніх тіл, величину перифокального набряку, утворення кист під епітелієм, відшарування десцеметової оболонки, зміни товщини рогівки при виразкуванні.

Ключові слова: спектральна оптична когерентна томографія, захворювання рогівки.

Вступ

На сьогоднішній день лікування захворювань рогівки залишається актуальною проблемою в офтальмо-

логії. За даними ВОЗ у 12 мільйонів жителів планети спостерігається значне зниження гостроти зору, по-