

**Глебова Т.М.** Добовий профіль артеріального тиску у жінок в постменопаузальному періоді, хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з ревматоїдним артритом.

Метою дослідження було вивчити динаміку артеріального тиску за даними добового моніторингу у жінок в постменопаузальному періоді хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з ревматоїдним артритом. Обстежено 43 пацієнтки з гіпертонічною хворобою II стадії 2 ступеня у постменопаузальному періоді, з них 20 жінок не мали сполученої патології (група I), а у 23 гіпертонічна хвороба була поєднана з ревматоїдним артритом (група II). У якості референтної групи було обстежено 20 жінок в постменопаузальному періоді без гіпертонічної хвороби та ревматоїдного артритита. Показано, що для жінок в постменопаузальному періоді з гіпертонічною хворобою у сполученні з ревматоїдним артритом характерно погіршення клінічного протікання гіпертонічної хвороби, що супроводжується розвитком патологічних профілів нічного зниження артеріального тиску з переважанням типів «non-dipper» і «night-peaker».

**Ключові слова:** гіпертонічна хвороба, постменопаузальний період, ревматоїдний артрит, добове моніторування артеріального тиску.

## Резюме

**Глебова Т.Н.** Суточний профіль артеріального тиску у жінчин постменопаузального періода, больних гіпертонической болєзнью в сочетании с ревматоидным артритом.

Целью исследования было изучить динамику артериального давления по данным суточного мониторирования у женщин в постменопаузальном периоде больных гипертонической болєзнью в сочетании с ревматоидным артритом. Обследовано 43 пациентки с гипертонической болєзнью II стадии 2 степени в постменопаузальном периоде, из них 20 жєнчин не имели сочетанной патологии (группа I), а у 23 гипертоническая болєзнь сочеталась с ревматоидным артритом (группа II). В качестве референтной группы было обследовано 20 жєнчин в постменопаузальном периоде без гипертонической болєзни и ревматоидного артрита. Показано, что для жєнчин в постменопаузальном периоде с гипертонической болєзнью в сочетании с ревматоидным артритом характерно ухудшение клинического течения гипертонической болєзни, сопровождающейся развитием патологических профилей ночного снижения артериального давления с преобладанием «non-dipper» и «night-peaker».

**Ключевые слова:** гипертоническая болєзнь, постменопаузальный период, ревматоидный артрит, суточное мониторирование артериального давления.

## Summary

**Gliebova T.N.** Circadian blood pressure profile of postmenopausal women with hypertension in conjunction with rheumatoid arthritis

The aim of the study was to examine the dynamics of arterial blood pressure according to the daily blood pressure monitoring of postmenopausal women with hypertension in conjunction with rheumatoid arthritis. 43 postmenopausal women were examined with essential hypertension. 20 of them had no comorbidity (group I), and 23 had rheumatoid arthritis (group II) as comorbidity. 20 postmenopausal women were examined without hypertension and rheumatoid arthritis (reference group). It was shown that for postmenopausal women with hypertension in conjunction with rheumatoid arthritis was characterized by the deterioration of the clinical course of hypertension, accompanied by the development of pathological profiles of nighttime decrease of arterial blood pressure with a predominance of «non-dipper» and «night-peaker».

**Key words:** essential hypertension, postmenopausal period, rheumatoid arthritis, daily monitoring of arterial blood pressure.

*Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М. Іванова*

## КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТАКТИКИ ХІРУРГА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ТА ІННОВАЦІЙНЕ УДОСКОНАЛЕННЯ

**А.О. Григорова**

*Харківський національний медичний університет МОЗ України*

## Вступ

Висока питома вага травматичних ушкоджень в клініці щелепно-лицьової хірургії, зростання числа тяжких ушкоджень кісток щелепно-лицьової ділянки (ЩЛД), а також високий рівень розвитку ускладнень обумовлюють подальші пошуки шляхів вирішення проблеми лікування та реабілітації постраждалих [10]. Основним принципом лікування переломів ЩЛД є репозиція і надійна фіксація відламків на весь період загоєння кісткової тканини [9]. Лікування переломів нижньої щелепи (НЩ) є однією з актуальних завдань щелепно-лицьової травматології, а висока частота ускладнень при даній патології визначає необхідність подальшого вдосконалення комплексного лікування, включаючи реабілітаційні заходи [7, 20]. Найбільш поширеним методом ортопедичного лікування переломів НЩ є шинування: різними модифікаціями дротяних шин, стандартними стрічковими шинами, пластмасовими шинами, шинами з швидкотвердіючих пластмас, компресійно-дистракційним шинами [1, 2]. І хоча різноманіття способів назубного шинування свідчить про прогресивний розвиток даного напрямку, до цих пір в арсеналі хірургів-стоматологів відсутній високоефективний спосіб фіксації кісткових фрагментів, який відповідав би, якщо не всім, то більшості, вимог. Крім того, назубні шини не можуть бути використані при захворюваннях слизової оболонки порожнини рота і альвеолярного відростка [3, 4, 19].

При переломах тіла ВЩ, особливо по Ле Фор 2 і Ле Фор 3, для фіксації в більшості випадків використовують назубні литі або дротяні шини з припаяними до них втулками для утримання стрижнів, які виводяться з порожнини рота і фіксуються до голов-

ної шапочки. Хірургічні методи використовуються в основному при неефективності або неможливості проведення ортопедичних способів репозиції і фіксації відламків [2, 5, 6]. В даний час відомо безліч різних способів скріплення уламків НЩ та їх модифікацій, які позначаються терміном «остеосинтез». Застосування остеосинтезу потребує близько 24% таких постраждалих [6, 17]. Ю.І.Бернадський запропонував розподіляти хірургічні методи на апаратні і неапаратні [1, 2]. Перспективним є використання компресійно - дистракційного апарату для позавогнищевої фіксації з можливістю прицільного введення лікарських засобів в кісткові фрагменти [18].

Все частіше при лікуванні пошкоджень та проведенні реконструктивно-відновних операцій використовуються стандартні міні- і мікропластини з титану, титанові балки, сітчасті пластинчасті імплантати, імплантати відростків [21]. Хірургічне лікування переломів НЩ, що супроводжуються дефектом кісткової тканини, включає застосування сітчастого пластинчастого імплантата з титану [12]. У ряді випадків дефект кісткової тканини заповнюється кістковим трансплантатом [21], остеотропними препаратами - в основному тими, що містять гідроксіапатит [15], а також сітчастим пластинчастим імплантатом з титану в комбінації з остеотропними препаратами [14]. Показав свою ефективність метод лікування переломів ШЦД, що супроводжуються дефектом кісткової тканини, з одночасним використанням пористої корундової кераміки для усунення дефекту [11], а також метод заміщення дефектів НЩ титановими реконструктивними пластинами [16]. Адекватна за термінами і коректна по характеру репозиція і фіксація фрагментів кісток ШЦД дозволяє уникнути станів, що погрожують життю (непрхідність верхніх дихальних шляхів), розвитку ускладнень різного генезу (остеомієліт, синусит, помилковий суглоб), вторинних посттравматичних деформацій ШЦД, стійких невропатій черепних нервів, контрактур та ін [96], а також дозволяє проводити раннє функціональне лікування, що позитивно позначається на загоєнні перелому [14]. Одним з найбільш оптимальних методів хірургічного лікування переломів НЩ при пошкодженнях ШЦД є стабільно-функціональний остеосинтез міні-пластинами з гвинтами [13].

Сучасні тенденції в лікуванні постраждалих з ЧШЦТ зазнають кардинальних змін. Це, в першу чергу, пов'язано з впровадженням в практику нових сучасних хірургічних технологій і нових методів

інтенсивної терапії. При цьому, подальшого удосконалення потребує система реабілітації пацієнтів.

**Мета** роботи полягала в узагальненні існуючого досвіду щодо обґрунтування етапів застосування реабілітаційних програм для пацієнтів з пошкодженнями ШЦД залежно від виду та обсягу хірургічних втручань.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дослідження виконано згідно з планом науково-дослідних робіт (НДР) Харківського національного медичного університету МОЗ України та НДР «Патогенетичні механізми виникнення ускладненого перебігу пошкоджень лицьового черепа: діагностика та профілактика».

#### **Матеріали та методи дослідження**

Матеріалом дослідження стали опубліковані за останні роки результати клінічних та експериментальних досліджень по проблемі обґрунтування реабілітаційних програм для пацієнтів з пошкодженнями ШЦД залежно від виду та обсягу хірургічних втручань. При виконанні дослідження застосовано методи логічного структурування, функціонального підходу та функціонально - топографічного опису; для аналізу залучені наукові огляди, фахові (перших двох рівнів доказовості) та методичні публікації.

#### **Отримані результати та їх обговорення**

Основними принципами використання засобів фізичної реабілітації у складі комплексного лікування є своєчасність, індивідуалізація фізичних навантажень відповідно до клінічних проявів, фізичної підготованості пацієнта, а також поступовість збільшення інтенсивності та тривалості фізичних навантажень, їх систематичність.

При пошкодженнях ШЦД визначають відповідні періоди застосування реабілітаційних заходів. Зокрема, у першому періоді іммобілізації через 72 год після однощелепного шинування чи остеосинтезу з метою прискорення формування первинної кісткової мозолі, стимуляції розсмоктування післятравматичної інфільтрації тканин і крововиливів, трофіки м'язово-зв'язкового апарату, суглобових хрящів і синовіальної рідини та профілактики остеомієліту і контрактур тричі на добу та тривалістю 10-15 хв і з інтервалом 1-2 сек виконують ізометричні рухи нижньою щелепою, мімичною мускулатурою та у скронево-нижньощелепних суглобах.

У другому іммобілізаційному періоді з метою стимуляції формування кісткової мозолі, нормалізації трофіки жувальних і суглобо-

вих м'язів та відновлення обсягу рухів у скронево-нижньощелепному суглобі (СНС) 8-10 разів на добу тривалістю 10-15 хв і з інтервалом 1-2 сек послідовно виконують динамічні та ізометричні рухи нижньою щелепою, м'якою мускулатурою та у скронево-нижньощелепних суглобах з контрольованою пацієнтом амплітудою.

Таблиця 1

**Періодизація, задачі та індикатори реабілітаційної програми при пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки**

Період	Межі періоду	Задачі реабілітації	Компонент реабілітації
Перший період іммобілізації	через 72 год після однощелепного шинування чи остеосинтезу	прискорення формування первинної кісткової мозолі, стимуляції розсмоктування післятравматичної інфільтрації тканин і крововиливів, трофіки м'язово-зв'язкового апарату, суглобових хрящів і синовіальної рідини та профілактики остеомієліту і контрaktur	тричі на добу та тривалістю 10-15 хв і з інтервалом 1-2 сек виконують ізометричні рухи НЩ, м'якою мускулатурою та у СНС
Другий іммобілізаційний період	третій тиждень після початку іммобілізації	стимуляція формування кісткової мозолі, нормалізації трофіки жувальних і суглобових м'язів та відновлення обсягу рухів у СНС	8-10 р. на добу тривалістю 10-15 хв і з інтервалом 1-2 сек послідовно виконують динамічні та ізометричні рухи НЩ, м'якою мускулатурою та у СНС з контрольованою амплітудою
Післяіммобілізаційний період	з моменту зняття іммобілізації	стимуляція реструктуризації первинної кісткової мозолі у вторинну та відновлення повного обсягу рухів у СНС, сили, швидкості й координації жувальних м'язів та функціональних можливостей систем життєзабезпечення організму	до 16-20 разів на добу тривалістю 10-15 хв і з інтервалом 1-2 сек послідовно виконують активні, активно-пасивні та з опором спеціальні вправи для жувальної мускулатури

У післяіммобілізаційному періоді для стимуляції реструктуризації первинної кісткової мозолі у вторинну та відновлення повного обсягу рухів у СНС, сили, швидкості й координації жувальних м'язів та функціональних можливостей систем життєзабезпечення організму до 16-20 разів на добу тривалістю 10-15 хв і з інтервалом 1-2 сек послідовно виконують активні, активно-пасивні та з опором спеціальні вправи для жувальної мускулатури.

Особливості використання фізичних вправ у першому періоді іммобілізації, який починається на 2-3-й день після накладення постійної іммобілізації і триває до появи початкових ознак формування кісткової мозолі. Тривалість цього періоду при переломах НЩ складає 3-4 тижні. Методика занять передбачає індивідуальний підбір загальнозміцнюючих, дихальних і спеціальних вправ на фоні рухового режиму, адекватного стану пацієнта. Як правило, на 3-4 добу пацієнтам з переломами щелеп рекомендується напівпостільний режим, а в подальшому – вільний руховий режим. Загальнозміцнюючі й дихальні вправи призначають у дозуванні, що забезпечує посилення діяльності кардіореспіраторної системи, відповідне функціональним можливостям організму. Вихідні положення для виконання вправ – лежачи й сидячи в ліжку, при доброму загальному стані пацієнт більшу частину вправ може виконувати стоячи. Слід виключити різкі нахили тулуба, стрибки, різкі повороти голови. При виконанні спеціальних вправ не можна допускати зсувів зіставлених кісткових відламоків, бо порушення іммобілізації є причиною розвитку ускладнень і збільшення терміну лікування переломів. Тому при двощелепному шинуванні вправи для жувальної мускулатури в перший період занять не застосовують. Припускають лише послідовність імпульсів до скорочення жувальних м'язів при зімкнутих зубних рядах. Також не рекомендується виконувати загальнозміцнюючі вправи, пов'язані з різким нахилом тулуба, поворотами голови, стрибками, у зв'язку з небезпекою порушення фіксації зіставлених фрагментів.

При однощелепному шинуванні або остеосинтезі пацієнтам вже на 2-3 добу дозволяють обережні рухи нижньою щелепою в різних напрямках, широко застосовують вправи для м'якої мускулатури, м'язів мовлення й шиї, що сприяють поліпшенню місцевого кровопостачання і зниженню тону м'язової мускулатури. Вправи для м'яких м'язів хворі виконують сидячи перед дзеркалом. Трива-

лість занять ЛГ 10–15 хв. Крім того, пацієнти повинні кілька разів на день самостійно виконувати 5–10 спеціальних вправ. У хворих з поодинокими переломами НЩ (при неускладненому перебігу) в середньому на 8–9 добу після двощелепного шинування дозволяється знімати гумові кільця на час їжі. Це дозволяє здійснювати активні рухи НЩ при зімкнутих губах, не допускаючи больових відчуттів у СНС. При кожному прийомі їжі хворому рекомендується виконувати серію вправ, що складається з 4–5 рухів НЩ (відкривання, закривання рота, бічні, кругові рухи щелепи), повторюючи 5–10 разів кожне з них. При подвійних переломах НЩ, що перебігають без ускладнень, міжщелепну фіксацію знімають на час їжі на 3–4 доби пізніше, в порівнянні з поодинокими переломами. При остеосинтезі НЩ на 3–5-й день дозволяється виконувати щадні рухи у СНС. Вже на 7–8 добу, за умовою загоєння перелому, рухи в суглобі виконуються з повною амплітудою. При двощелепному шинуванні виконувати ідеомоторні вправи для жувальних м'язів. Надходження імпульсів до скорочення жувальних м'язів при зімкнутих зубах у повільному темпі з інтервалом 1–2 с. При однощелепному шинуванні або остеосинтезі на 2–3-й день відкривати і закривати рот, здійснювати повільні рухи нижньої щелепи в боки, жувальні рухи. Рекомендується кріомасаж обличчя з акцентом на ділянку травматичного процесу, самомасаж внутрішньої зубощелепної поверхні язиком, погладжування обличчя.

Другий період іммобілізації (з початку 3–4-го тижня); на тлі послаблення міжщелепної фіксації або накладання з'ємної шини при двощелепному шинуванні, збільшується тривалість занять за рахунок загальнозміцнюючих і спеціальних вправ. Функціональне навантаження на скронево - нижньощелепний суглоб підсилюють, призначаючи індивідуальні завдання, що складаються з кількох спеціальних вправ, виконуваних самостійно 7–10 разів протягом дня. При двощелепному шинуванні механотерапію і пасивні рухи НЩ не застосовують, оскільки це може призвести до утворення несправжнього суглоба. Слід вводити активні вправи для жувальних м'язів у повільному темпі з неповною амплітудою, не допускаючи больових відчуттів. Рекомендується продовжувати кріомасаж обличчя, самомасаж внутрішньої зубощелепної поверхні язиком, масаж обличчя з використанням прийомів лагідного розминання і вібрації. Після завершення іммобілізації (тобто до моменту фор-

мування повноцінної кісткової мозолі) переходять до третього періоду лікування переломів.

У післяіммобілізаційному періоді застосовується широкий добір спеціальних вправ для жувальної мускулатури (активних, активно-пасивних і з опором, застосування механотерапії), що виконуються з максимальною амплітудою рухів (навіть на фоні помірно вираженого болю), що дозволяє усунути наявні обмеження у функції СНС. Виконують активно - пасивні вправи з максимальною амплітудою для жувальних м'язів: відкривання рота, бічні рухи нижньої щелепи, висування її вперед, а також активні вправи для жувальних м'язів з опором. Механотерапію виконують з використанням «коливальних ліжок» Лімборга, жомових апаратів з лопатками або ложками, апарата Матесіса, Оксмана, еспандера, губорозширювача. У процедуру масажу включають активніше розтирання, розминання і вібрацію. При цьому, збільшують інтенсивність і тривалість загального навантаження на організм відповідно до функціональних можливостей енергозабезпечуючих систем.

Оцінку адекватності безпосередньої дії фізичних навантажень при оперативному контролі для досягнення безпеки занять і позитивного кумулятивного ефекту виконують за показниками: частоти серцевих скорочень (ЧСС), артеріального тиску (АТ), що не мають перевищувати функціональних можливостей організму пацієнта. У хворих зі струсом або забоєм головного мозку показники ЧСС і АТ не мають перевищувати такі у стані спокою, а больові відчуття у ЩЛД мають бути відсутніми.

Оцінка кумулятивного ефекту засобів фізичної реабілітації на етапах лікування виконується в кінці іммобілізаційного та відновлювального періодів. Так, в кінці іммобілізаційного періоду має бути рентгенологічно підтверджено формування первинної кісткової мозолі у визначений термін, відсутність запального процесу в ЩЛД, відсутність набряків і осифікації м'язів, сухожилів, суглобових капсул та відсутність контрактури у ЩЛД, а також суттєвого зниження функціональних резервів систем життєзабезпечення.

У кінці відновлювального періоду: рентгенологічне підтвердження формування вторинної кісткової мозолі на місці перелому у визначений термін, відновлення рухів НЩ вперед та у сторони, відновлення «робочого відкривання рота» – не менше 2 поперечних розмірів середнього пальця пацієнта, а також відновлення сили, тонусу, координації та ефективності функціонування жувальних м'язів.

**Висновки**

1. Узагальнено існуючий досвід щодо обґрунтування етапів застосування реабілітаційних програм для пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД залежно від виду та обсягу хірургічних втручань.
2. Визначені періоди, задачі та індикатори ефективності реабілітаційної програми при пошкодженнях ЩЛД.
3. Визначені показники адекватності безпосередньої дії фізичних навантажень при оперативному контролі задля досягнення безпеки і позитивного кумулятивного ефекту, а також клініко-патогенетичні індикатори кумулятивного ефекту реабілітаційної програми.
4. Інноваційно вирішено проблему індивідуалізації комплексного лікування за рахунок ранньої реабілітаційної тактики ведення пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД [8]
5. Перспективи подальших досліджень з проблематики удосконалення реабілітаційних програм для пацієнтів стаціонару хірургічної стоматології пов'язані з визначенням періодизації застосування засобів реабілітації при запальних захворюваннях ЩЛД.

**Література**

1. Бернадський Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно - челюстно - лицевой области / Ю.И.Бернадский. – [3-е изд., перераб. и доп.]. – М.: Медицина, 2006. – 456 с.
2. Бернадський Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И.Бернадский. – М.: Медицина, 1999. – 444 с.
3. Григоров С.М. Пошкодження лицевого черепа: діагностична цінність та прогностичне значення конституційно – біологічних факторів у формуванні ускладненого перебігу / С.М. Григоров // Пробл. екологічної та мед. генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць, 2011. – Київ; Луганськ, 2011. – Вип. 2(104). – С. 412-421.
4. Григоров С.Н. Повреждения лицевого скелета: контент-анализ методов лечения в аспекте профилактики осложнённого течения / С.Н. Григоров // Вісник проблем біології і медицини. – 2010. – Вип. 4. – С. 24-32.
5. Григоров С.Н. Повреждения лицевого черепа: общие гемостатические реакции в формировании осложнённого течения / С.Н. Григоров // Вісник проблем біології і медицини. – 2010. – Вип. 2. – С. 205-211.
6. Григоров С.Н. Повреждения лицевого черепа: сосудисто - рефлекторные реакции и механизмы осложнённого течения / С.Н. Григоров // Вісник проблем біології і медицини. – 2010. – Вип. 3. – С. 23-28.
7. Григоров С.Н. Повреждения лицевого черепа: структура травм и анализ факторов осложнённого течения / С.Н. Григоров // Світ медицини та біології. – 2010. – № 4. – С. 172-176.

8. Григорова А.О. Спосіб реабілітації при пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки // Заявка до Державної служби інтелектуальної власності на видачу патента України на корисну модель від 23.12.2013 р.
9. Инкарбеков Ж.Б. Метод фиксации отломков нижней челюсти пластиной при ограниченном контакте с костной тканью / Ж.Б. Инкарбеков, У.А. Абдуразаков // Проблемы стоматологии. – 2002. – Т. 17, № 3. – С. 19-22.
10. Калиновский Д.К. Совершенствование оказания медицинской помощи на этапах лечения и реабилитации пострадавших с травмами челюстно-лицевой области / Д.К. Калиновский, И.Н. Матрос-Таранец, С.Б. Алексеев, Т.Н. Хахелева // Травма. – 2006. – Т.7, № 3. – С. 383-389.
11. Мальшева Н.М. Оценка эффективности использования пористой корундовой керамики для устранения дефектов в челюстно-лицевой области / Н.М. Мальшева, В.Б. Огородников // Стоматология. – 2008. – Т. 87, № 1. – С. 22-26.
12. Матрос-Таранец И.Н. Новые методы оперативного лечения переломов мышечкового отростка нижней челюсти / И.Н. Матрос-Таранец, Д.К. Калиновский, С.Б. Алексеев // Травма. – 2000. – Т.1, № 1. – С. 182-188.
13. Матрос-Таранец И.Н. Локальные мышечные дисфункции при переломах костей лицевого черепа / И.Н. Матрос-Таранец, А.И. Альваамлех. – Донецк: ДонГМУ, 2003. – 143 с.
14. Матрос-Таранец И.Н. Прогрессивные методы хирургического лечения переломов нижней челюсти / И.Н. Матрос-Таранец // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии: сб. научных трудов. – Харьков, 2005. – Вып. 9. – С. 114-116.
15. Панкратов А.С. Клинические особенности переломов нижней челюсти у лиц пожилого и старческого возраста / А.С. Панкратов, А.Ю. Мелкумова // Стоматология. – 2000. – № 4. – С. 28-33.
16. Тер-Асатуров Г.П. Опыт замещения дефектов нижней челюсти титановыми реконструктивными пластинами / Г.П. Тер-Асатуров // Стоматология. – 2007. – Т. 86, № 6. – С. 42-46.
17. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Т.II / А.А. Тимофеев. – Киев: Червона Рута, 1998. – С. 94-107.
18. Травматология и ортопедия: руководство для врачей. Т.1 / Под ред. Ю.Г. Шапошникова. – Москва: Медицина, 1997. – 656 с.
19. Травматология челюстно-лицевой области / Под ред. В.О. Кенбаева. – Шымкент, 2006. – 118 с.
20. Центило В.Г. Новые методы ортопедического лечения переломов нижней челюсти / В.Г. Центило, И.Н. Матрос-Таранец, С.Б. Алексеев [и др.] // Травма. – 2000. – Т. 1, № 2. – С. 204-210.

21. Basa S. Titanium mesh and autogenous iliac bone graft: treatment of a mandibular fracture delayed for one year / S. Basa, E. Uner // J. Marmara. Univ. Dent. Fac. – 1997. – Vol. 2, № 4. – P. 628-630.

**Резюме**

**Григорова А.О.** Клініко-патогенетичний аналіз реабілітаційної тактики хірурга-стоматолога при пошкодженнях щелепно-лицьової ділянки: проблемні питання та інноваційне удосконалення.

Узагальнено існуючий досвід етапів застосування реабілітаційних програм для пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД залежно від виду та обсягу хірургічних втручань. Визначені показники адекватності безпосередньої дії фізичних навантажень при контролі досягнення безпеки і позитивного кумулятивного ефекту, а також клініко-патогенетичні індикатори кумулятивного ефекту реабілітаційної програми. Інноваційно вирішено проблему індивідуалізації комплексного лікування за рахунок ранньої реабілітаційної тактики ведення пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД.

**Ключові слова:** хірургічна стоматологія, пошкодження, реабілітація.

**Резюме**

**Григорова А.А.** Клинико-патогенетический анализ реабилитационной тактики хирурга-стоматолога при повреждении челюстно-лицевой области: проблемные вопросы и инновационное совершенствование.

Обобщён существующий опыт применения реабилитационных программ для пациентов с повреждением челюстно-лицевой области в зависимости от вида и объёма хирургического вмешательства. Определены показатели адекватности непосредственного влияния физических факторов при контроле достижения безопасности и позитивного кумулятивного эффекта, а также клинико-патогенетические индикаторы кумулятивного эффекта реабилитационной программы. Инновационно решена проблема индивидуализации комплексного лечения за счёт ранней реабилитационной тактики ведения пациентов специализированного стационара хирургической стоматологии.

**Ключевые слова:** хирургическая стоматология, повреждения, реабилитация.

**Summary**

**Hryhorova A.O.** Clinical pathogenetic analysis of surgeon-dentist's rehabilitation management if the injury is in the maxillofacial area: problem questions and innovative improvement.

It is generalized the existent experience of application of the rehabilitation programs for patients with the injury of maxillofacial area depending on the kind and volume of surgical interference. It is determined the indexes of adequacy of direct influence of physical factors at control of safety achievement and positive cumulative effect, and also it is determined clinical pathogenetic indicators of cumulative effect of the rehabilitation program. The problem of individualization of integrated treatment is decided innovative due to early rehabilitation policy of case management of the specialized in-patient department of maxillofacial surgery.

**Key words:** maxillofacial surgery, injuries, rehabilitation.

*Рецензент: д.мед.н., доц. І.І. Зельоний*

УДК 617.52-001.4/.5-089-08-039.76

**МЕТОДИЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ  
СТАНУ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ПРИ  
ПОШКОДЖЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ  
(ЧАСТИНА II)**

**С.М. Григоров**

*Харківський національний медичний університет МОЗ України*

**Вступ**

Дослідження механізмів формування структурно - функціонального стану кісткової тканини (КТ) може бути підґрунтям удосконалення лікування та клінічного моніторингу при комплексному урахуванні інших факторів [3, 5]. Відомо, що активність репаративного остеогенезу та формування ускладненого перебігу (УП) ПЛЧ може визначатися особливостями загальносоматичного стану пацієнта [1], конституційно - біологічними факторами [3, 7], наявністю поєднаної черепно-мозкової травми (ЧМТ) [4], станом клітинної біоенергетики [11] та іншими факторами [9, 10].

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дослідження виконано згідно з планом науково-дослідних робіт (НДР) Харківського національного медичного університету МОЗ України та НДР «Патогенетичні механізми виникнення ускладненого перебігу пошкоджень лицьового черепа: діагностика та профілактика».

**Мета** дослідження полягала у вивченні вмісту вуглеводно білкових метаболітів, як маркерів стану репаративного остеогенезу у пацієнтів з ускладненим та неускладненим перебігом ПЛЧ.

**Матеріали та методи дослідження**

Дослідження проведено із залученням 81 пацієнта, включаючи  $n_1=53$  з УП ПЛЧ ( $n_1=28$  - без супутньої ЧМТ та  $n_1=25$  - поєднану з ЧМТ); контрольна група складала  $n_0=28$  пацієнтів з неускладненим перебігом (НП) ПЛЧ. Пацієнтам усіх груп проведено комплексне лікування, відповідно до клінічних протоколів. Дослідження виконані на момент первинної госпіталізації пацієнтів з ПЛЧ. Виконання задач дослідження передбачало вивчення клініко - метаболічних взаємозв'язків між ускладненим УП ПЛЧ, наявністю / відсутністю ЧМТ та метаболічними особливостями репаративного остеогенезу. Для