

ДОСВІД ЗАПРОВАДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ КОНТРАКТУР ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗИВ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ. (клінічний випадок)

В.В. Панькевич¹, В.І. Камінський², В.В. Камінський³

¹Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького
Кафедра щелепно-лицевої хірургії

²Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Львів
Відділення щелепно-лицевої хірургії

³Кафедра щелепно-лицевої хірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика

Резюме. У статті висвітлено та проаналізовано проблему реабілітаційно-лікувальних заходів при посттравматичних ускладненнях щелепно-лицевої ділянки, а саме контрактурах жувальних м'язів. Слід звернути увагу на запропонований комплексний метод лікування даної патології, що містить у собі використання малоінвазивних і разом з тим ефективних сучасних методик терапії. Розглядається окремий клінічний випадок.

Ключові слова: контрактура жувальних м'язів, реабілітація, магнітолазерофорез, лазеропунктура біологічно активних точок, фізична реабілітація, механотерапія.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОНТРАКТУР ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА (клинический случай)

В.В. Панькевич, В.И. Каминский, В.В. Каминский

Резюме

В статье освещена и проанализирована проблема реабилитационно-лечебных мероприятий, которые проводятся при возникновении посттравматических осложнений челюстно-лицевой области, в частности контрактурах жевательных мышц. Стоит обратить внимание на предложенный комплексный метод лечения данной патологии, который сочетает в себе использование малоинвазивных, но вместе с тем эффективных современных методик терапии. Рассматривается отдельный клинический случай.

Ключевые слова: контрактура жевательных мышц, реабилитация, магнитолазерофорез, лазеропунктура биологически активных точек, физическая реабилитация, механотерапия.

EXPERIENCE OF INTRODUCING COMPLEX PROGRAM TREATMENT OF TRISMUS IN HOSPITAL CONDITIONS. CLINICAL CASE

V. Pankevych, V. Kaminskii, V. Kaminskii

Summary

In the article we showed and analysed rehabilitating treatment of posttraumatic complications in maxillofacial region, particularly trismus (masticatory muscle contracture). It's necessary to pay attention to complex treatment of this pathology; wich includes minimally invasive, but effective therapeutic methods. There's shown clinical case.

Key words: trismus (masticatory muscle contracture), rehabilitation, laser-magnetic phoresis, laser puncture of acupressure points, physical rehabilitation, mechanotherapy.

Покращення системи реабілітаційних заходів при лікуванні травм щелепно-лицевої ділянки не втрачає актуальності й сьогодні [5, 7]. Серед частих посттравматичних ускладнень зустрічаються, зокрема, контрактури жувальних м'язів (від лат. *Contrahere* – стягувати, скорочуватись) [1, 8, 22]. Наявність контрактури у хворого значно знижує його загально-соматичний статус і погіршує психоемоційний стан [18]. На жаль, відсутність чіткого алгоритму лікування даного ускладнення у вітчизняній клінічній практиці, який був би доступним для лікарів-стоматологів будь-якого рівня, змушує пацієнтів після виписки з відділення займатися самолікуванням удома всілякими підручними засобами [1]. До цих засобів належать жуйки, прищепки для білизни та ін. Слід також зазначити, що іноді такого «лікування» буває недостатньо, щоби повністю відновити м'язово-суглобовий апарат. Тому в подальшому в цього хворого можуть виникати артрити, артрози скронево-нижньощелепного суглоба, м'язові дисфункції [22]. У цей же час за кордоном, зокрема у США та Німеччині, проблемам реабілітації хворих відводиться суттєва роль [19, 20, 23]. У спеціалізованих клініках хворому надають усі види необхідної допомоги, починаючи з першої медичної й закінчуючи досить ефективним реабілітаційним процесом. Тобто пацієнт виписується з лікарні практично здоровим. Для цього у США, наприклад, існує ціла когорта лікарів-реабілітологів, навчання яких триває чотири роки [5, 7, 8]. У вимоги до отримання кваліфікації лікаря-реабілітолога входять досконале знання анатомії та фізіології людини, методів фізіотерапії, класичного спортивного, точкового масажу, мануальної терапії, рефлексотерапії, апаратних методів реабілітації, фізичної реабілітації [5, 15, 16]. Як відомо, арсенал реабілітаційних

заходів вітчизняної практичної медицини також має в наявності значні напрацювання, однак вони не систематизовані в чітку схему лікування [18]. У нашій клініці ми спробували об'єднати в єдиний системний комплекс перспективні реабілітаційні засоби, які були б найбільш ефективними при лікуванні даної патології.

Основним етіопатогенетичним чинником виникнення контрактур є дегенеративно-дистрофічні процеси після тривалої бімаксиллярної фіксації щелеп (протягом 21-го дня), часті внутрішньотканинні гематоми після переломів виличної кістки, перикороніти, гнійно-запальні процеси щелепно-лицевої ділянки, а саме флегмони та абсцеси крилощелепного, підщелепного, субмасетеріального простору [1, 2, 7, 8, 22]. Останнім часом у зв'язку з обов'язковістю застосування різних видів знеболення при здійсненні стоматологічних маніпуляцій збільшилась частота виникнення постін'єкційних контрактур [1]. Як відмічав у своїх працях Крупко І.Л. (1946), контрактири проходять у своєму розвитку три фази:

- перша фаза – передконтрактурна – до 4-х тижнів;
- друга фаза – нестійких контрактур – до 10-ти тижнів;
- третья фаза стійких контрактур – 10 тижнів і більше.

Перша фаза залежить від характеру пошкодження, під час якого розвивається стиснення нервових закінчень і стовбурів. Пошкоджуючим фактором може бути зміщення уламків кістки, вивихнутий сегмент, гематома, наростаючий набряк м'яких тканин. Спостерігаються також зниження м'язового тону, порушення венозного та лімфовідтоку, розвиток запального процесу. Неусушені вчасно передконтрактурні явища призводять до другої фази – нестійкої (зворотної) контрактури [1, 2, 7].

Друга фаза характеризується порушенням мікроциркуляції, унаслідок чого погіршується внутріклітинний обмін у тканинах, виникає атрофія м'язів, утворюються спайки, виникають сполучнотканинні утворення. М'язове волокно втрачає здатність до розтягнення через його заміну молодшою сполучною тканиною і, що дуже важливо в патогенезі виникнення рефлекторних і рубцевих контрактур, утворюються «третьі точки» прикріплення м'язів [21, 22]. Відсутність активних лікувальних заходів у цьому періоді розвитку контрактур веде до погіршення стану, який характеризується ознаками третьої фази.

Під час *третьої фази* молода сполучна тканина перетворюється на рубцево-волокнисту та веде до рубцевого стягування тканин суглоба. Стабілізується рубцеве зморщування суглобової капсули, фасцій і зв'язкового апарату, а порожнина суглоба заповнюється фіброзною тканиною [19, 21]. Розвивається фіброзний анкілоз. Еластичність капсули і зв'язкового апарату суглоба знижується, еластичні волокна стають ригідними, нездатними до розтягнення [10].

Механізм застійних явищ необхідно чітко уявляти, щоб заходи з ліквідації контрактур були скеровані на відновлення еластичності зв'язково-капсульного апарату та покращення функціонального стану м'язових волокон [18]. При складанні плану лікування посттравматичних контрактур слід створити таку схему реабілітації, яка би сприяла найшвидшому відновленню м'язово-суглобового апарату [3, 5, 7]. Ця схема повинна включати в себе так звані «офіційні» та «неофіційні» заходи [7]. Офіційні проводяться в умовах лікувального закладу за участі медичних працівників. Неофіційні виконуються власне самим пацієнтом у домашніх чи інших побутових умовах. Як офіційні, так і неофіційні заходи повинні мати загальні принципи: комплексний підхід, різноманітність середників дії, багаторазовість повторення однієї й тієї ж дії, поступове збільшення сили дії [8]. Під дією систематичних фізичних навантажень збільшуються довжина м'язевих волокон, їх еластичність та об'єм м'язової маси [19].

Для механотерапії також можна використовувати стандартні апарати та індивідуальні пристосування, які виготовляють зуботехнічні лабораторії. До них належать апарати Дарсіссака, Оксмана (перевагами якого, на відміну від попереднього, є те, що його можна застосовувати при будь-якому ступені зведення щелеп, він має рівномірний розподіл тиску на всю зубну дугу, добре фіксується в роті), Лімберга, Метісіса. Сучасні методики передбачають механотерапію шляхом використання апаратів О.М. Нікандрова та Р.А. Досталь (1984) або Д.В. Чернова (1991), в яких джерелом тиску на зубні дуги є повітря, тобто пневматичний привід. Крім цих ортопедичних засобів при механотерапії застосовують конусоподібні дерев'яні гвинти, клини, гумові пробки, що вставляються між верхніми й нижніми зубами. Після виписки зі стаціонару необхідно продовжувати механотерапію протягом шести місяців – до остаточного формування сполучної тканини в ділянці колишніх раневих поверхонь. Періодично паралельно з механотерапією треба проводити курс фізіотерапії (опромінення променями Буккі, іоногальванізація, діатермія), що сприяють профілактиці утворення грубих післяопераційних рубців, а також акупунктуру та ін'єкції лідази при тенденції до рубцевого стягнення щелеп.

При виписці необхідно забезпечити хворого найпростішими пристосуваннями – засобами для пасивної механотерапії (пластмасові гвинти і клини, гумові розпірки тощо).

При лікуванні посттравматичних контрактур у МКЛ ШМД ми застосували такий алгоритм терапії відповідно до фаз перебігу посттравматичних контрактур.

Схема лікування – I фаза (передконтрактурна) – до 4-х тижнів.

1. Для зняття больового синдрому пропонується пероральний прийом стероїдних (дипроспан), нестероїдних протизапальних засобів (німесіл, моваліс, целелебрекс), седативних засобів (дімедрол, седуксен), міорелаксантів (баклофен, мідокалм, корвітин), антидепресантів (флувоксамін), препаратів, що покращують мікроциркуляцію (нікотинат ксантинолу, трентал) для оптимізації іонного гомеостазу використовуємо препарати кальцію (кальцемін), цинку [1, 8].
2. Масаж жувальних м'язів і спеціальний комплекс вправ, що виконуються спочатку за допомогою лікаря-методиста, а згодом самим пацієнтом у домашніх умовах [7].
3. Магнітолазерофорез із гелем «Гіалгель», який має хондропротекторну, протизапальну, анальгезуючу дію, та лазеропунктура біологічно активних точок (БАТ) [4, 6]. Магнітолазерофорез і лазеропунктура БАТ використовуються при лікуванні посттравматичних контрактур як фактор, що підвищує ефективність інших методів лікування, – виникає так званий ефект сумачії позитивного впливу.

Схема лікування – II фаза (нестійких контрактур) – до 10-ти тижнів.

1. Медикаментозне лікування відповідає I фазі, хоча можливе збільшення тривалості лікування та дози препаратів.
2. Масаж жувальних м'язів і фізична реабілітація в повному обсязі.
3. Магнітолазерофорез із гелем «Гіалгель» і лазеропунктура БАТ.
4. Самостійне виконання вправ – щоденно до 6–8-и разів.
5. Механотерапія простими пристроями та побудованими на принципі активно-пасивних рухів [7, 8, 10].
6. Можливе застосування пелоїдотерапії, парафіно-озокеритні обгортання.

Схема лікування – III фаза (стійких контрактур) – 10 тижнів і більше.

1. Застосовується медикаментозне лікування, яке відповідає I і II фазам. Можливе проведення курсу протибольових блокад із пролонгованим «коктейлем», який, як правило, містить анальгетик, вітаміни групи В, спазмалгін [1, 15]. Перебування суглобово-м'язового апарату у стані анальгезії треба активно використовувати для масажу жувальних м'язів, виконання вправ [10]. Як правило, п'яти блокад достатньо для усунення рефлекторно-артрогенної контрактури жувальних м'язів і виключення больового синдрому.
3. Магнітолазерофорез із гелем «Гіалгель» чи «Контра-тубекс» і лазеропунктура БАТ.
4. Самостійне виконання вправ – щоденно до 6–8-и разів.
5. Механотерапія простими пристроями та побудованими на принципі активно-пасивних рухів.
6. При вкрай запущених застарілих контрактурах проводяться хірургічні втручання, такі як редресация, висікання рубців, осифікованої частини м'яза [8].

До кожного випадку лікування контрактур слід підходити диференційовано: з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта, ступеня ураження м'язово-суглобового апарату, давності захворювання тощо. Про ефективність даного алгоритму свідчить наведена клінічна ситуація.

Хвора С. 42 років звернулася у відділення щелепно-лицевої хірургії міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова 13.08.2012 року й була госпіталізована з діагнозом уламковий злам виличної кістки зліва зі зміщенням фрагментів. Травма II гілки трійчастого нерва зліва.

З анамнезу відомо, що 10.08.2012 року хвора отримала побутову травму, унаслідок якої загальний стан різко погіршився, наростали набряк і біль у лівій половині обличчя, відмічались ускладнення при відкриванні рота, диплопія. Серед супутніх захворювань – хронічний обструктивний бронхіт.

На час поступлення у стаціонар загальний стан хворої був середньої важкості. При місцевому огляді відзначалась асиметрія обличчя за рахунок болочого набряку скроневої, виличної, щічної ділянок зліва. Спостерігались гематоми навколоорбітальної та щічної ділянок, хемоз. При пальпації – сходинок в ділянці нижньоорбітального краю орбіти. Слизова оболонка набрякла, з ознаками крововиливу в ділянці перехідної складки відповідно до другого премолара та першого моляра.

На оглядовій рентгенографії кісток лицевого скелета в сагітальній проекції – зниження прозорості верхньощелепного синуса на стороні зламу, порушення цілісності нижнього краю орбіти скроневого відростка виличної дуги.

Після ознайомлення хворої з ходом запланованої операції та отриманням від неї інформованої згоди на оперативне втручання 15.08.2012 року були проведені репозиція та фіксація фрагментів виличної кістки зліва під загальним знеболенням. Післяопераційний період проходив без ускладнень, перелом консолидувався в задовільному положенні, післяопераційна рана загоїлась первинним натягом. У доопераційний та післяопераційний періоди хвора отримувала протизапальну, антибактеріальну, загальнозміцнюючу

терапію. Однак ступінь відкривання рота не покращувався і становив 2 см, відмічено набряк і біль при пальпації в ділянці скроневого м'яза, унаслідок чого констатовано супутній діагноз – посттравматичну контрактуру скроневого м'яза зліва (II ступеня). Було прийнято рішення застосувати новий інноваційний комплексний метод лікування посттравматичних контрактур.

Перед початком лікування хворій провели діагностичне обстеження функціонального стану жувальних м'язів методом електроміографії та доплерографії [8]. Окрім того, було проведено лабораторно-діагностичне дослідження, а саме визначення рівня ферментів м'язової втомлюваності – альдолази та креатинінфосфокінази в руслі периферичної крові [1, 8]. Слід зазначити, що після курсу лікування (14 діб) усі ці дослідження були проведені повторно. Також була проведена фотодокументація до й після курсу реабілітації.

Схема лікування складалася з урахуванням сумісності різних фізіотерапевтичних процедур, методів фізичної реабілітації та особливостей медикаментозної терапії [19]. План лікування включав у себе магнітолазерофорез із гелем «Гіалгель», лазеропунктуру БАТ (14 сеансів), щоденні, індивідуально підібрані вправи, які пацієнтка виконувала під керівництвом лікаря та самостійно (14 сеансів), масаж жувальних м'язів. Слід зазначити, що первинні кількісні показники (перші три сеанси) лазерного випромінювання були для сеансів лазерофорезу такими: потужність – 5 мВт, частота 60 мГц, час експозиції – 10 хв. Для сеансів магнітолазеротерапії: потужність – 15 мВт, частота – 10 мГц, час експозиції – 5 хв на точки акупунктури [4, 5, 6]. У наступні 11 сеансів магнітолазеротерапії потужність поступово збільшувалась і сягала 25 мВт, частота – 50 мГц, час експозиції – 15 хв [11, 12]. Опромінення здійснювалось позаротово, внутрішньоротово, в аурикулярній зоні за допомогою контактної та дистантно-лабільної методик [14].

Уже через перші три дні простежувалась чітка зміна динаміки в позитивний бік. Варто зазначити, що після п'яти процедур лазеротерапії хвора відчула значне полегшення – амплітуда рухів нижньої щелепи значно збільшилась, рівень відкривання рота сягав 4 см, хвора вже могла вживати неподрібнену їжу. Під час наступних сеансів фізичної реабілітації хвора не відчувала болю та скутості у СНЩС, як при перших сеансах. Поступово на 10-й день лікування відпала потреба у прийомі медикаментозних засобів, лікування проводилось тільки за допомогою методу фізичної реабілітації та лазеромагнітофорезу. Хвора в задовільному стані, після проходження повторних діагностичних досліджень успішно виписана зі стаціонару.

ВИСНОВКИ

У статті дається об'єктивна оцінка вже існуючих методів лікування контрактур жувальних м'язів і запропонований, згідно із класифікацією етіопатогенезу їх виникнення, альтернативний комплексний метод лікування даної патології. Перспектива забезпечення ефективності лікування контрактур жувальних м'язів залежить від ступеня організації комплексного підходу до діагностично-лікувального процесу, важливою ланкою якого є впровадження у клінічну практику більш сучасних лікарських технологій, таких як фізіотерапія, рефлексотерапія та фізична реабілітація, а також використання у клінічній практиці апаратів для механотерапії нового покоління.

ЛИТЕРАТУРА

1. Семкин В.А., Рабухина Н.А., Бунатина Н.В. Клиника, диагностика и лечение постинъекционных рубцовых контрактур нижней челюсти // *Стоматология*. – 1998. – № 5. – С. 30–31.

2. Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. – М.: МЕД пресс, 2001. – 229 с.

3. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация или восстановительная меди-

цина // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2006. – № 1. – С. 3–12.

4. Еловикина Е.С. Эффективность магнитотерапии в комплексном лечении остеоартроза / Е.С. Еловикина, О.В. Бугрова // Физиотерапия, бальнеология. – 2009. – № 2. – С. 24–28.

5. Медицинская реабилитация. – 3-е изд. / Под ред. В.М. Боголюбова. – М.: Изд-во БИНОМ, 2010. – Кн. 2. – 424 с.

6. Современные аспекты лазерной терапии / Под ред. В.Д. Попова. – Черкассы: Вертикаль, 2011. – 608 с.

7. Фізична реабілітація в стоматології / В.А. Шаповалова, В.М. Коршак, В.М. Халтагорова та ін. – К.: Медицина, 2008. – 96 с., Вертикаль, 2011. – 608 с.

8. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 4-е изд., перераб. и доп. – Киев: ООО «Червона Рута-Турс». – 1062 с.: ил.

9. Черникова А.А. Нейрореабилитация: проблемы и пути решения / А.А. Черникова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2007. – № 6. – С. 20–25.

10. Швиригиндзе Т.С. Лечебная гимнастика в реабилитации больных с заболеваниями суставов / Т.С. Швиригиндзе // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2007. – № 6. – С. 20–25.

11. Галібей І.Б. Магніто- та фототерапія у лікуванні хворих після ампутації / І.Б. Галібей, Ю.Я. Серафим, І.В. Карпов // Актуальні питання множинної та поєднаної травм: зб. матеріалів науково-практ. конф. – Львів, 2000. – С. 49–50.

12. Бабова І.К. Лікувальне застосування перемінного магнітного поля як засобу прискорення процесів репарації: метод. рекомендації / І.К. Бабова, С.Н. Бучинський, В.М. Горицький та ін.. – Київ. – 2010. – 19 с.

13. Физиотерапия и курортология / Под. ред. В.М. Боголюбова. Кн. 1. – М.: Изд.-во БИНОМ, 2008. – 408 с.

14. Лазерне випромінювання в клінічній хірургії / Під ред. В.І. Пантьо, В.М. Шимона. – Черкаси: Вертикаль, 2010. – 244с.

15. Назар П.С. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації: навчальний посібник / П.С. Назар, Л.Г. Шахіна. – К.: Олімпійська література, 2006. – 240 с.

16. Мальований А.В. Основи фізичної реабілітації. – Львів: Ліга-Прес, 2006. – 148 с.

17. Зубкова С.М. Физиологические основы регуляции иммунной активности при лазеротерапии / С.М. Зубкова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2009. – № 2. – С. 3–10.

18. Михальченко А.В., Физиологические аспекты адаптации человека в процессе стоматологической реабилитации / А.В. Михальченко, Осадчая Л.Б., Д.В. Михальченко // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – № 1. – С. 122–133.

19. Repetitive Magnetic Stimulation A Novel Therapeutic Approach For Myofascial Pain Syndrome / E. Smania, E. Corato, A. Fiaschi et al. // J. Neurol. – 2005. – V. 252, № 3. – P. 307–314.

20. Porta M. Botulinum toxin (BoNT) and back pain / M. Porta, G. Maggioni // J. Neurol. – 2004. – V. 251, Suppl.1. – P. 15–18.

21. Trigemino facial reflexes in idiopathic hemifacial spasm / G. Pavesi, L. Cattaneo, E. Chierici, D. Mancia // Mov.Deserd. – 2003. – V. 18, № 5. – P. 587–592.

22. Wheller A.H. Myofascial pain disorders: theory to therapy / A.H. Wheller // Drugs. – V. 64, № 1. – P. 45–62.

23. Vissler C.M. Comparison of algometry and palpation in the recognition of temporomandibular disorder pain complaints / C.M. Vissler, F.L. Lobezoo, M. Nacije // J. Orofac.Pain. – 2004. – V. 18, № 31. – P. 214–219.

VITAPLANT®

ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ

Знания, доступные всем
Технологии, доступные каждому

Имплантаты от 220 грн. Трансфер + аналог 50 грн.

Стоматологический учебный центр «ДЕНТАЛ-МАЭСТРО» приглашает на базовый учебный курс по имплантологии и ортопедии.

Обучение проводят:
к. м. н. **Мосейко А. А.**
и врач-ортопед **Николов В. В.**

mail@vitaplant.pro

www.vitaplant.pro

+38 061 212 22 03
+38 061 764 24 89
+38 067 611 04 50



ДО УВАГИ АВТОРІВ ЖУРНАЛУ «СУЧАСНА СТОМАТОЛОГІЯ»

1. Вимоги до оформлення статей:

редакція приймає до друку статті українською та російською мовами, які не друкувались раніше й не перебувають на розгляді до друку в редакціях інших періодичних фахових видань України, лише за умови їх відповідності вимогам ДСТУ 7152:2010 до структури наукової статті. Обсяг наукової статті – до 15000 знаків із пробілами.

2. Вимоги до оформлення тексту:

- статті подаються в електронному та друкованому вигляді у 2-х примірниках (CD, e-mail) у форматі Microsoft Word. Один примірник мусять підписати всі автори та керівник установи/завідувач кафедри;
- рисунки й таблиці оформляються згідно з ДСТУ ГОСТ 2.105-95;
- ілюстрації подаються окремими файлами у форматах EPS, TIFF, JPG з роздільною здатністю 300 dpi;
- підписи до ілюстрацій подаються окремо в кінці статті.

3. У комплект матеріалів, що подаються на розгляд, входять:

- УДК.
- Українською та англійською мовами:
 - назва публікації (без використання абревіатур);
 - прізвище, ім'я, по батькові авторів у називному відмінку, їх посади та наукові звання, місце роботи, адреса, назва установи, з якої надходить стаття (без використання абревіатур);
 - резюме, структуроване відповідно до розділів статті, повинно містити слова «Мета», «Методи», «Результати», «Висновки» та у стислій формі передавати зміст відповідних розділів тексту. Обсяг резюме – не менше 500 знаків;
 - ключові слова – 8–10 слів або словосполучень, що відображають зміст статті.
- Основний текст статті (українською або російською мовами) повинен складатися з таких розділів: вступ, матеріали та методи дослідження, результати дослідження та їх обговорення, висновки.
- Список використаної літератури, оформлений відповідно до вимог ДСТУ ГОСТ 7.1:2006, повинен складатися з 10–20-ти позицій.

4. Супровідні матеріали:

- авторська довідка із зазначенням прізвища, ім'я, по батькові, наукового ступеня, звання, посади, місця роботи; поштового індексу, домашньої адреси й телефонів, e-mail.

5. Інформація про надходження статей і термін їх публікацій:

- Інформацію про надходження статей і строк їх публікацій уточнюйте безпосередньо в редакції по тел.: **(063)563-47-74; (044) 230-27-19, 463-70-18 (19)** або e-mail: stom@med-expert.com.ua (Сидорчук Ігор Олександрович)

Статті просимо надсилати за адресою:

Україна, 04210, м. Київ-210, а/с 32, ТОВ «Експерт ЛТД»,
тел./факс: (044) 230-27-19, 463-70-18 (19);
e-mail: stom@med-expert.com.ua