

## ОГЛЯДИ І ВЛАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Поліщук О.І., Авдєєва Л.В.

## НАЦІОНАЛЬНА ПРОГРАМА ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ – НАГАЛЬНА ПОТРЕБА У БОРОТБІ З ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України

НАЦІОНАЛЬНА ПРОГРАМА ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ – НАГАЛЬНА ПОТРЕБА У БОРОТБІ З ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ – У роботі представлено підходи щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій шляхом впровадження системи інфекційного контролю в стаціонарах різного профілю. Наголошується на необхідності розробки Національної програми інфекційного контролю та обговорюються окремі розділи цього документу.

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ – ОСТРАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ В БОРЬБЕ С ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ – В работе представлено подходы к профилактике внутрибольничных инфекций путем внедрения системы инфекционного контроля в стационарах различного профиля. Подчеркивается необходимость разработки Национальной программы инфекционного контроля и обсуждаются отдельные разделы данного документа.

NATIONAL PROGRAM OF THE INFECTION CONTROL – THE EXTREMELY NECESSARY NEED FOR STRUGGLE WITH NOSOCOMIAL INFECTIONS – The approaches to prevention of nosocomial infections by introduction of the infectious control system in the hospitals of different structure are submitted in the article. The necessity of development of the national program of infection control emphasized and some sections of this documents are discussed.

**Ключові слова:** внутрішньолікарняні інфекції, системи інфекційного контролю.

**Ключевые слова:** внутрибольничные инфекции, системы инфекционного контроля.

**Ключевые слова:** внутрибольничные инфекции, системы инфекционного контроля.

Незаперечним фактом сьогодення є всесвітнє поширення внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ), які вражають до 14 % госпіталізованих хворих і є причиною смерті принаймні одного із 10 інфікованих хворих [1-3]. Внутрішньолікарняні інфекції залишаються однією з найгостріших проблем сучасної медицини та набувають все більшого медичного та соціального значення [4].

В Україні протягом останніх десятиліть проблема ВЛІ знаходила відображення лише у окремих наукових розробках та при розслідуванні спалахів інфекцій у площині практичної охорони здоров'я [5]. Водночас, в міру багатьох об'єктивних та суб'єктивних причин в Україні відсутня повноцінна офіційна реєстрація всіх захворювань на ВЛІ, отже, не існує уявлення щодо масштабів проблеми у цілому. Таке положення потребує активної зміни стратегії боротьби з ВЛІ. Лише у вересні 2004 р. вперше в Україні було розглянуто ВЛІ як цілісну багатогранну проблему та визначено кроки у напрямку профілактики та боротьби з цією групою інфекцій [6].

Програми боротьби з ВЛІ почали з'являтися у США наприкінці 1950-х – на початку 1960-х рр., а у СРСР окремі елементи епідеміологічного нагляду та контролю за ВЛІ почали впроваджуватись лише з середини 70-х рр.[7]. В основі програм боротьби з ВЛІ лежить важливе теоретичне положення щодо необхідності використання специфічної сукупності прийомів вивчення епідемічного процесу ВЛІ, адаптованих до клінічних умов [8, 9]. На їх основі розробляються вимоги до лікувально-діагностичного процесу та умов, за яких забезпечується його епідеміологічна безпека. В цьому і полягає стратегія підвищення якості медичної допомоги шляхом впровадження в практику охорони здоров'я системи інфекційного контролю, ефективність якої на сьогодні доведено досвідом багатьох країн світу [10-12].

Світовий досвід засвідчив, що впровадженням інфекційного контролю можна запобігти до третини випадків госпітальних інфекцій [12, 13].

Стратегія боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями передбачає:

1. Впровадження системи інфекційного контролю у всіх лікувально-профілактичних закладах.

2. Розробку нормативних документів щодо госпітальної епідеміології, що спираються на принципи доказової медицини.

Сам термін „Інфекційний контроль” (ІК) визначається як система ефективних організаційних, профілактичних та протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження виникнення та поширення ВЛІ, яка базується на результатах епідеміологічної діагностики [7, 13]. В цьому визначенні відображено принципову відмінність стратегії боротьби з ВЛІ на основі визнаної у багатьох країнах системи ІК та існуючої в Україні стратегії регулюючих заходів, які представлено у ще діючих нормативних документах.

Регулюючі заходи передбачають абсолютний диктат зовнішніх організацій (нормативних документів), порівняння даних про випадки ВЛІ із зовнішніми стандартами, інспективний характер відношень з окремими лікувально-профілактичними закладами (ЛПЗ), покарання за недотримання зовнішніх стандартів. Тоді як впровадження системи ІК переносить головний напрямок боротьби із ВЛІ до кожного конкретного стаціонару, де за умов постійної спрямованості на поліпшення та навчання принципам ІК персонал сам ставить мету та визначає методи її досягнення, постійно збирає дані для внутрішньої оцінки стану відносно ВЛІ, а недоліки розцінюються як вади впровадженої у даному стаціонарі системи ІК, а не конкретної особи. Тільки такий підхід може сприяти пошуку шляхів поліпшення епідемічної ситуації в кожному конкретному стаціонарі та в країні в цілому.

Причому, в кожній країні з урахуванням її економічних, соціальних і інших особливостей розробляються свої базові національні програми ІК, які можуть бути адаптовані до умов конкретного лікарняного закладу з урахуванням особливостей стаціонару і можливостей мікробіологічної лабораторії [14, 15]. У такому розумінні система інфекційного контролю не вміщує таких суворо обумовлених кроків, як наказ, а має клінічне спрямування і ставить за кінцеву мету поліпшення якості лікувального процесу. У цьому сенсі ІК не ототожнюється із протиепідемічним режимом, який є хоча і необхідною, але лише складовою частиною системи. Річ у тому, що протиепідемічний режим забезпечує захист переважно від поширення в стаціонарах класичних патогенних збудників, але на їх долю припадає лише незначна кількість збудників ВЛІ [13]. Левова частка в етіологічній структурі ВЛІ належить умовно-патогенним мікроорганізмам, що обумовлено факторами лікувально-діагностичного процесу та специфікою контингенту хворих. З цього випливає надзвичайно важливе положення – певна частина ВЛІ є невідворотною, а зусилля мають бути спрямовані на випадки, що можна попередити.

Ефективна профілактика та контроль ВЛІ потребують координації зусиль на національному та регіональному рі-

внях, а також на рівні лікувально-профілактичних закладів [15, 16].

Враховуючи вищевказане, можна констатувати, що в Україні назріла нагальна потреба у розробці Національної програми ІК. Національна програма – це затверджений на національному рівні документ, який включає комплекс загальних правил та вимог до організації інфекційного контролю в стаціонарах різного профілю.

Програма ІК будь-якого рівня включає:

- організаційну структуру управління системою ІК;
  - епідеміологічний нагляд;
  - мікробіологічний моніторинг;
  - комплекс профілактичних та протиепідемічних заходів.
- заходи, спрямовані на охорону здоров'я медичного персоналу;
- систему навчання медичного персоналу.

Організаційна структура в Національній програмі ІК включає впровадження в практику охорони здоров'я посади госпітального епідеміолога, який має бути однією з центральних фігур у розробці і реалізації програм ІК у стаціонарі. „Робоче місце” госпітального епідеміолога – це умовний центр, де накопичуються з усіх відділень стаціонару достовірні дані про кількість хворих на гнійно-запальні захворювання та про особливості лікувально-діагностичного процесу, з бактеріологічної лабораторії – дані про мікроорганізми, що циркулюють у відділеннях стаціонару та їх антибіотикостійкість. Госпітальний епідеміолог повинен мати технічні можливості та вміння проводити аналіз отриманих даних, визначити механізми доведення результатів аналізу до медичних працівників, територіальної санітарно-епідеміологічної служби та до діючої комісії (комітету) з інфекційного контролю свого лікувального закладу. Остання на підставі представлених даних приймає управлінські рішення. Позитивним на сьогодні є те, що посада госпітального епідеміолога вже передбачена діючими нормативними документами [19]. Однак на державному рівні необхідно вирішити питання щодо можливості роботи госпітального епідеміолога у стаціонарах з кількістю ліжок меншою, ніж передбачено діючими нормативами, визначити статус госпітального епідеміолога в стаціонарі та розробити орієнтоване положення про його функціональні обов'язки.

Епідеміологічний нагляд призначений для встановлення причинно-наслідкових зв'язків розвитку інфекції, що, як доведено світовою практикою, має високу інформативну значущість і дозволяє своєчасно вжити заходів для запобігання епідеміологічній ситуації в ЛПУ. На національному рівні має бути визначено:

1. Стандартне визначення поняття „внутрішньолікарняні інфекції”.
  2. Перелік стандартних визначень випадків інфекції за окремими нозологічними формами. Причому стандарти постановки епідеміологічного діагнозу не ототожуються з критеріями постановки клінічного діагнозу, і в Україні не розроблені.
  3. Форми обліку захворюваності на ВЛІ.
  4. Рекомендації щодо використання стратифікованих показників, які дозволять коректно оцінювати вплив різних лікувальних і діагностичних процедур на розвиток ВЛІ. Подібні показники у нас в країні встановлюються на підставі поодиноких наукових досліджень.
  5. Найбільш „проблемні” стаціонари, які першочергово потребують впровадження епідеміологічного нагляду.
- Добре організований епідеміологічний нагляд, який включає всі вищевказані елементи, а також мікробіологічне моніторування циркуляції збудників госпітальних інфекцій, забезпечує високу ефективність епідеміологічної діагностики, що є абсолютно необхідним для управління епідемічним процесом ВЛІ.

Епідеміологічний нагляд дозволяє знизити рівень захворюваності на ВЛІ вже на першому етапі свого впровадження. Дані ряду міжнародних проектів з вивчення ефективності епідеміологічного нагляду свідчать, що лише за рахунок інформованості учасників лікувально-діагностичного процесу захворюваність на внутрішньолікарняні інфекції в цілому знизилась не менше ніж на 30 %, при цьому частота випадків післяопераційної пневмонії зменшилась на 27 %, інфекцій ділянки хірургічного втручання – на 20 %, урологічних інфекцій – на 38 %, нозокоміальної бактеріємії – на 35 % [13].

Реалізація принципів інфекційного контролю неможлива без повновісного мікробіологічного забезпечення [13, 17, 18], яке на національному рівні визначає:

1. Пріоритетність діагностичних мікробіологічних досліджень, які спрямовані на мікробіологічне дослідження біологічного матеріалу від хворих. Діюча в Україні нормативна база, незважаючи на деякі зміни, все ще націлена на значний обсяг санітарно-бактеріологічних досліджень, інформативність яких для боротьби із ВЛІ вкрай низька, що доведено світовою практикою ще наприкінці 70-х років минулого століття [20, 21].

2. Порядок збору регіональних даних про структуру збудників ВЛІ та їх антибіотикорезистентність.

3. Установу, яка забезпечує аналіз отриманих регіональних даних, здійснює прогнозування зміни домінуючих збудників внутрішньолікарняних інфекцій та тенденцій зміни їх антибіотикостійкості, доводить результати аналізу до медичних установ різних рівнів.

4. Організаційну структуру, яка на аналітичній основі розробляє стратегію застосування антибіотиків та хіміопрепаратів.

На жаль, визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків проводиться, як правило, для вибору раціональної антибіотикотерапії, в той час як узагальнені дані про рівні та профілі антибіотикорезистентності вкрай необхідні для визначення тенденцій зміни стійкості госпітальних штамів мікроорганізмів до антибіотиків, а також для боротьби з антибіотикорезистентністю як загальнобіологічною проблемою. У масштабах країни резистентність до антимікробних препаратів має велике соціально-економічне значення і в розвинутих країнах світу розглядається як загроза національній безпеці [22, 25]. Інфекції, які викликані резистентними штамми, відрізняються тривалістю, частіше потребують госпіталізації і збільшують час перебування в стаціонарі, погіршують прогноз для пацієнтів. При неефективності препаратів першого вибору доводиться використовувати засоби другого чи третього ряду, які, як правило, значно дорожчі, менш безпечні і не завжди доступні [23]. Все це зумовлює прями і непрямі економічні витрати, а також збільшує ризик виникнення та поширення резистентних мікроорганізмів в суспільстві.

4. Алгоритм системи відбору, в тому числі із застосуванням молекулярно-генетичних досліджень, важливих з епідеміологічних позицій збудників ВЛІ з метою їх подальшого зберігання в Музеї патогенних для людини мікроорганізмів на базі Інституту епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського АМН України.

Забезпечення виконання вищевказаного, можливе, за умов створення на національному рівні за державної підтримки, ймовірно, на базі вже існуючих профільних інститутів, єдиного центру контролю за ВЛІ, який би слугував науково-методичним центром із удосконалення лабораторної діагностики та моніторингу збудників ВЛІ. Зацікавленість медичних працівників різних спеціальностей може стати основою для створення міжвідомчої наукової ради з питань внутрішньолікарняних інфекцій.

Ще одним з компонентів національної програми інфекційного контролю є комплекс профілактичних та протиепідемічних заходів, ключовими положеннями якого є:

1. Оптимізація заходів боротьби та профілактики ВЛІ з різними шляхами передачі збудника.

2. Раціоналізація основних принципів госпітальної гігієни.

3. Підвищення ефективності дезінфекційних та стерилізаційних заходів.

4. Економічна оцінка системи профілактики ВЛІ.

Не відвертаючи уваги від значущості вищеперахованих положень, хочеться окремо зупинитися на проблемі миття та антисептики рук медичного персоналу, яка належить до основних принципів госпітальної гігієни. Це надзвичайно важлива проблема, від вирішення якої залежить ефективне функціонування системи ІК в цілому [13, 24]. Недостатні матеріальні ресурси медичних закладів України, обізнаність медичного персоналу щодо вимог до гігієни, в тому числі антисептики рук, а головне – відсутність чітких рекомендацій можуть призвести до збільшення рівня ВЛІ і навіть – до виникнення спалахів гнійно-запальних захворювань, поширення госпітальних штамів у стаціонарі та за його межами. Тому нагальною потребою є розробка на національному рівні стандартів або адаптація міжнародних вимог щодо миття та антисептики рук медичного персоналу, які б передбачили ситуації, при яких можуть бути використані різні способи обробки рук медичного персоналу.

У Національній програмі інфекційного контролю також повинні бути зазначені принципи профілактики ВЛІ у медичного персоналу, включаючи вакцинопрофілактику.

Усі спеціалісти, зайняті в системі інфекційного контролю, повинні мати спеціальну підготовку. Тому Національна програма має визначити навчально-методичні заклади, в яких проводиться підготовка та перепідготовка спеціалістів, а також принципи положення, за якими будуть диференційовані навчальні програми.

Впровадження програми інфекційного контролю будь-якого рівня неможливе без зміни або удосконалення існуючої нормативної бази щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій. Стратегічною метою є впровадження системи ІК у всіх лікувально-профілактичних установах, однак на сучасному етапі необхідно при створенні нормативної бази включати принципи Національної програми інфекційного контролю такі документи, як:

1. Положення про госпітального епідеміолога.

2. Наказ щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах взамін діючого Наказу МОЗ України від 10.02.2003р. №59 „Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках (акушерських стаціонарах)”.

3. Наказ щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в стаціонарах хірургічного профілю взамін діючого Наказу МОЗ СРСР від 13.07.1978 р. № 720 „Про покращення медичної допомоги хворим з гнійними хірургічними захворюваннями та боротьби з лікарняними інфекціями”

4. Наказ щодо визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів взамін діючого Наказу МОЗ СРСР від 13.03.1975 р. № 250 „Об унификации методов определения чувствительности микроорганизмов к химиотерапевтическим препаратам” та методичних вказівок № 26-75-83 „По определению чувствительности к антибиотикам методом диффузии в агар с использованием дисков”.

Вважаємо доцільним та пропонуємо виділити окремими документами інструкцію з лабораторного контролю якості проведення профілактичних заходів і стеження за внутрішньолікарняними інфекціями та інструкцію з дезінфекції та стерилізації в лікувально-профілактичних закладах.

Надзвичайно важливо при створенні вищезазначених документів чітко визначити сфери діяльності епідеміологів санітарно-епідеміологічної служби та лікувально-профіла-

ктичних закладів для досягнення однієї і тієї ж мети – профілактики внутрішньолікарняних інфекцій.

Надзвичайно важливо, щоб положення новостворених нормативних документів базувались на результатах наукових досліджень та практичному досвіді. Це передбачає, що кожне положення таких документів має спиратися на принципи доказової медицини. Доказова медицина – це медицина, основана на фактах, на чітко обґрунтованих наукових висновках, які зроблено на базі об’ємних досліджень з великою кількістю спостережень. Загальновизаним є певне ранжирування доказів за їх обґрунтованістю, рівнем доведення, типами досліджень [13]. Коли у нормативних документах положення матимуть високий рівень обґрунтованості та доведення, тоді медичні працівники (госпітальні епідеміологи, епідеміологи санітарно-епідеміологічної служби та медичний персонал лікувально-профілактичних закладів) будуть розуміти одне одного та координуватимуть зусилля щодо виконання певних вимог.

Таким чином, дві складові – впровадження системи інфекційного контролю в роботу ЛПЗ та розробка нормативних документів, основаних на принципах доказової медицини, сприятимуть підвищенню ефективності боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Покровский В.И. Проблемы внутрибольничных инфекций // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1996. – № 2. – С. 4–9.
2. Gastmeier P., Brauer H., Sohr D. et al. Converting incidence and data of nosocomial infections: results from eight hospitals // Infect. Control. Hosp. Epidemiol. – 2001. – Vol. 22. – P. 31–34.
3. Richards M.J., Edwards J.R., Culver D.H., Gaynes R.P. Nosocomial infections in medical intensive care unit in United States. National nosocomial infections surveillance system // Crit. Care Med. – 1999. – Vol. 27, N 5. – P. 887–892.
4. Прямоухина Н.С., Семина Н.А., Коршунова Г.С., Морозова О.Т. Внутрибольничные инфекции // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1996. – № 2. – С. 15–18.
5. Сельникова О.П., Полищук О.І., Авдеева Л.В., Шунько Є.Є. Основные принципы мониторинга за внутрішньолікарняними інфекціями в акушерських стаціонарах // Перинатологія та педіатрія. – 2000. – №1. – С.14-16.
6. Рішення спільної розширеної колегії МОЗ та Державної санітарно-епідеміологічної служби України „Профілактика внутрішньолікарняних інфекцій”, Київ, 3 вересня 2004 р.
7. Основы инфекционного контроля. Практическое руководство / Под ред. Е.А.Бурганской. – 1997. – 429 с.
8. Emori G.T., Culver D.H., Horan T.C. et al. National nosocomial infection surveillance system (NNIS): Description of surveillance methods // Amer. J. Infect. Contr. – 1991. – Vol. 19, N 1. – P. 19–35.
9. Haley R.W., Culver D.H., White J.W. et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals // Am. J. Epidemiol. – 1995. – Vol. 121, N 2. – P. 182–205.
10. Prevention and control of nosocomial infections in Spain. Current problems and future trends / Trilla A., Vaquero J., Rosely J. et al. // Infect. Control. Hosp. Epidemiol. – 1997. – Vol. 17. – P. 617–622.
11. Delage G., Turgeon F., Descale A. et al. Infectious diseases as a subspecialty in Canada // Rev. Infect. Diseases. – 1991. – Vol. 13, N 4. – P. 761–762.
12. CDC NNIS System. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) report, data summary from October 1986 – April 1998, issued June 1998 // Am. J. Infect. Control. – 1998. – Vol. 26. – P. 533–552.
13. Зуева Л.П. Опыт внедрения системы инфекционного контроля в лечебно-профилактических учреждениях // СПб.: ГОУВПО СПбГМА им.И.И.Мечникова Минздрава России. – 2003. – 264 с.
14. Покровский В.И., Семина Н.А., Ковалева Е.П. Национальная система надзора за внутрибольничными инфекциями // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – № 3. – С. 4–5.
15. A Guide to Infection Control in the Hospital. An official publication of the International Society for Infectious Diseases. 2nd Edition / Editors: R. Wenzel, T. Brewer, J-P. Butzler. BC Decker Inc. Hamilton, London. – 2002. – 379 p.
16. Зуева Л.П. Обоснование стратегии борьбы с госпитальными инфекциями и пути ее реализации // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2000. – № 6. – С. 10–13.
17. McGowan J.E., Metchock B.G. Basic microbiologic support for hospital epidemiology // Infect. Control. Hosp. Epidemiol. – 1996. – Vol. 17. – P. 298–303.
18. Сельникова О.П., Полищук О.І., Авдеева Л.В., Шунько Є.Є. Сучасний підхід до профілактики внутрішньолікарняних інфекцій // Сучасні інфекції. – 2000. – № 2. – С. 113–117.

19. Наказ МОЗ України від 10.02.2003 р. № 59 "Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках (акушерських стаціонарах)". – Київ. – 54 с.

20. McGowan J.E. Environmental factors in nosocomial infection – a selectiv focus // Rev. Infect. Dis. – 1981. – N 3. – P. 760–769.

21. Mallison G.F., Halley R.W. Microbiologic sampling of the inanimate environment in U.S. hospitals, 1976–1977 // Am. J. Med. – 1981. – N 70. – P. 941–946.

22. Практическое руководство по антиинфекционной терапии / Под ред. Страчунского Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н. – М.: Боргес. – 2002. – 379 с

23. Davey P.G., Maiek M.M., Sharon E.P. Pharmacoeconomics of antibacterial treatment // Pharmacoeconomics. – 1992. – N 6. – P. 410–436.

24. Goldmann D., Larson E. Hand-washing and nosocomial infections // N. Engl. J. Med. – 1992. – Vol. 327. – P. 120–122.

25. Couper M.R. Strategies for the rational use of antibiotics // Clin. Infect. Dis. – 1997. – Vol. 24, Suppl 1. – P. 154–156.

Сторожко А.І., Кольба О.О., Стаханський О.О.

## ІСТОРИЧНІ ТА СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА КЛАСИФІКАЦІЮ, КЛІНІКУ, ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ АРТРИТІВ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ІСТОРИЧНІ ТА СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА КЛАСИФІКАЦІЮ, КЛІНІКУ, ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ АРТРИТІВ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ – Розглянуто діагностичне значення визначення мінеральної щільності кісткової тканини й аналізу суглобової рідини скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) у дослідженні його стану та їх цінність і придатність для клінічного використання порівняно з традиційними методиками. Вказується на недосконалість загальноприйнятих методів лікування хронічних артритів СНЩС і незадовільну ефективність традиційних лікувальних засобів (кортикостероїди, лідаза). Також розглянуті нові ефективніші методи та засоби лікування даної патології і перспектива подальших досліджень у цій царині.

ИСТОРИЧЕСКИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА КЛАСИФИКАЦИЮ, КЛИНИКУ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТОВ ВИСОЧНО-НИЖЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ – Рассмотрено диагностическое значение определения минеральной плотности костной ткани и анализа суставной жидкости височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) в исследовании его состояния и их ценность и пригодность для клинического использования по сравнению с традиционными методиками. Указывается на несовершенство общепринятых методов лечения хронических артритов ВНЧС и неудовлетворительную эффективность традиционных лечебных средств (кортикостероиды, лидаза). Также рассмотрены новые более эффективные методы и средства лечения данной патологии и перспектива дальнейших исследований в этой сфере.

HISTORICAL AND CONTEMPORARY VIEWS UPON CLASSIFICATION, CLINICS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHRONIC ARTHRITIS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINTS – Diagnostic value of evaluation of bone tissue mineral density and analysis of joint fluid of temporomandibular joint has been considered under investigation of its state and their value and fitness to the clinical use in comparison with traditional methods. The imperfection of generally accepted methods of medical treatment of chronic arthritises of temporomandibular joints and unsatisfactory efficiency of traditional remedies corticosteroids, lidaza is specified. The new significantly more effective methods and therapeutic agents of this pathology and future research prospects in this field have been considered too.

**Ключові слова:** хронічний артрит, скронево-нижньощелепний суглоб.

**Ключевые слова:** хронический артрит, височно-нижнечелюстной сустав.

**Key words:** chronic arthritis, temporomandibular joint.

**ВСТУП** Проблеми патології скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) людини посідають особливе місце у питаннях лікування захворювань голови та шиї. Терапевтичне вирішення даної патології через складність і різноманітність клінічної картини належить до компетенції лікарів різного профілю: терапевтів, оториноларингологів, стоматологів, стоматоневрологів, невропатологів та психіатрів. Значна поширеність захворювань скронево-нижньощелепного суглоба серед населення зумовлює актуальність розгляду цього питання. Останніми десятиріччями з'явилося багато різних, нерідко суперечливих, поглядів на класифікацію, клініку, патогенез та методи лікування патології СНЩС.

Найважливішою класифікацією захворювань СНЩС ми вважаємо класифікацію, запропоновану П.З.Сисолятином та співавторами у 1997 році.

Наявність різноманітних класифікацій захворювань скронево-нижньощелепних суглобів (артрит, артроз, артроартроз, больова дисфункція, артропатія та інші) [1,4,6,17,18] свідчить про недосконалість методів діагностики захворювань СНЩС, базуються на рентгенографії [11,33] та функціональному аналізі зубощелепної системи [10,26].

У процесі діагностики необхідне ретельне дослідження всього опорно-рухового апарату, включаючи хребет, що сприяє виявленню істотних діагностичних прикмет, у тому числі й стертих симптомів запалення, на які сам хворий не звертає увагу [2,31].

Важливі для артрології діагностичні дані можна отримати шляхом визначення мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ). На сьогодні найкращий метод визначення МЩКТ – рентгенівська денситометрія. Дві найвідоміші компанії з виробництва діагностичного обладнання у сфері остеології, LUNAR Corp. та HOLOGIC Inc, випускають двофотонні рентгенівські денситометри (Dual Energy X-Ray Absorptiometry – DXA). DXA – денситометри забезпечують високу швидкість та точність вимірювань. Застосування рентгенівських денситометрів дало можливість оцінити розвиток остеопатій протягом кількох місяців, що відкрило нові можливості для клінічних спостережень за ефективністю методів лікування [39,41]. Результати дослідження показали, що у 60 % хворих на хронічний артрит СНЩС виявлено зниження мінеральної щільності кісткової тканини. Недостатність кісткової маси негативно впливає на функціональний стан СНЩС та терміни лікування хронічних артритів СНЩС [19].

Літературні джерела останніх наукових досліджень твердять, що стан імунної системи організму та МЩКТ при хронічних артритах іншої локалізації мають прямий зв'язок [25,29,32], що підтверджено у клінічних дослідженнях, де автор встановив, що у пацієнтів з хронічним артритом СНЩС функціональний стан імунної системи порушується достовірно глибше, ніж у хворих з дефіцитом кісткової тканини, що проявляється зниженням кількості Т- і В-лімфоцитів, титру комплекменту, значним збільшенням кількості О-клітин, активацією імуноглобулінів класів А, М, G, різким зростанням концентрації ЦІК [19].

При вивченні мінеральної щільності кісткової тканини у хворих на хронічний артрит СНЩС встановлено, що остеопенія спостерігалась у 40 % пацієнтів, остеопороз – у 20 % пацієнтів. Автор підкреслює, що процеси остеопорозу та остеопенії ускладнюють клініко-функціональний стан СНЩС та негативно впливають на результати лікування хронічного артрити, що зумовлює необхідність своєчасної діагностики та корекції порушень [5,7,19,40].

Лікування хронічного запального процесу позитивно впливає не лише на тканини, де відбулось запалення, але