

УДК 616.831-005.1:615.825

Тончева К.Д.

НЕОБХІДНІСТЬ ОРТОПЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ІНСУЛЬТОМ ПРИ НЕВРОЛОГІЧНОМУ ДЕФІЦИТІ ПО ГЕМІТИПУ У ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ

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

Автор роботи вказує, що часткова або повна відсутність зубів часто призводить до зниження життєво необхідних функцій (жування, мовотворна функція), а також істотно впливає на соціально-психологічну сферу пацієнта, яка детермінована в соціальному плані. Дослідження якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, дозволяє вивчити вплив захворювання і його лікування на показники якості життя хворої людини, включаючи всі складові здоров'я – фізичне, психологічне і соціальне. У статті акцентується увага на одній зі складових реабілітації пацієнтів з наслідками гострого порушення мозкового кровообігу, а саме відновленні жувальної функції, адже при даній патології можуть виникнути порушення координованої дії нервово-м'язового апарату зубо-щелепної ділянки. Метою роботи було дослідження рівня наукових знань щодо інформації про необхідність протезування, корекції наявних ортопедичних конструкцій у хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу при наявності неврологічного дефіциту по гемітипу та корекції роботи їх нервово-м'язового апарату, а також наскільки це впливає на їх якість життя, спираючись на закордонні та вітчизняні літературні джерела. У результаті даного дослідження дійшли висновків про необхідність подальшого вивчення особливостей жувальної функції у хворих з ускладненим перебігом гострого порушення мозкового кровообігу з неврологічним дефіцитом по гемітипу, ретельного дослідження потреби необхідності протезування, корекції наявних ортопедичних конструкцій; а також розробки, впровадження та дослідження ефективності лікувально-профілактичного комплексу на етапі ортопедичної адаптації у хворих з інсультом. Перспективою подальших досліджень є можливість покращення якості життя хворих з ускладненим перебігом гострого порушення мозкового кровообігу з неврологічним дефіцитом по гемітипу та більш швидкого повернення їх до повноцінного життя.

Ключові слова: ортопедична реабілітація, інсульт, якість життя, інвалідизація.

Робота є фрагментом комплексної ініціативної теми кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології Вищого державного навчального закладу України «Української медичної стоматологічної академії», № державної реєстрації 0117U000302, 2016-2021 рр.

На сьогодні 17,3 млн людей у всьому світі щороку переносять інсульт – це на 68% більше, ніж у 1990 р. На жаль, прогнози експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) невтішні. Вважається, що до 2030 р. ситуація ще погіршиться (очікується 23 млн нових випадків інсульту, 7,8 млн летальних випадків щороку та 77 млн осіб, які перенесли інсульт).

Дані, що публікуються, підтверджують тезу про те, що інсульт є світовою епідемією, адже, порівнявши статистичні дані 1990 та 2017 р., з'ясували, що за ці роки поширеність інсульту зросла на 113%, захворюваність – на 70%, кількість інсультів у людей віком від 20 до 64 років – на 25%, смертність від інсульту – на 36%, інвалідизація внаслідок інсульту – на 73%, серед них працездатне населення становить близько 30%.

У 2017 р. в Україні інсульт перенесли 111 805 людей, з них 33% — працездатного віку. Україна належить до країн із провідним рівнем смертності населення і посідає за цим показником 4-те місце в світі. За смертністю від ішемічної хвороби серця наша країна посідає 2-ге місце у світі (384 на 100 тис. населення).

Головний позаштатний кардіохірург Міністерства охорони здоров'я України професор Борис Тодуров відзначає: «За рік у нас в Україні фіксується до 50 тис. інфарктів і більше 100 тис. інсультів. В 60% випадків причина смерті – серцево-судинні хвороби. Це вдвічі більше, ніж у європейських країнах».

Експерти ВООЗ вважають, що проблема цереброваскулярної патології є надзвичайно важливою, її істотний вплив на рівень здоров'я населення всього світу наростає надалі. В останні роки все більша увага приділяється якості життя цієї категорії хворих, коли пацієнт не завжди може розраховувати на повноцінне одужання. Перспектива ж повернутися до активного життя в соціальному і економічному відношенні іноді є більш важливою для хворого, ніж наявність хронічного захворювання (О.А. Цімейко, В.В. Мороз, М.Р. Костюк, 2007).

Часткова або повна відсутність зубів часто не тільки призводить до зниження життєво необхідних функцій (жування, мовна функція), але також істотно впливає на соціально-психологічну сферу пацієнта, яка детермінована в соціальному плані. Дослідження якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, дозволяє вивчити вплив захворювання і його лікування на показники якості життя хворої людини, включаючи всі складові здоров'я – фізичне, психологічне і соціальне функціонування (Е.Н. Zhulev, О.А. Uspenskaya, Е.А. Shevchenko, А.А. Alexandrov, 2013).

Однією зі складових реабілітації даної категорії пацієнтів є відновлення жувальної функції, адже наслідками гострого порушення мозкового кровообігу можуть бути порушення координованої дії нервово-м'язового апарату зубо-щелепної ділянки.

Спираючись на закордонні та вітчизняні літе-

ратурні дані, дослідити рівень наукових знань у цьому напрямку, зокрема: інформацію щодо необхідності протезування, корекції наявних ортопедичних конструкцій у хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу по гемітипу при наявності неврологічного дефіциту та корекції роботи їх нервово-м'язового апарату, а також наскільки це впливає на їх якість життя.

Опрацьовано 35 англомовних, 3 вітчизняних та 5 російськомовних джерел.

За даними літератури, потреба населення України у знімному протезуванні складає 70-75%. Вивчення статистичних даних вказує, що більше 50% людей від 40 років потребують ортопедичного лікування саме знімними конструкціями [1].

Б. М. Мірчук та Я. В. Максимов засвідчують, що 74,4 % осіб, які звернулись за ортопедичною допомогою, мають дефекти зубних рядів. У віці 20-40 років найчастіше пацієнтам виготовляли мостоподібні протези, а, починаючи з 40-річного віку, значно збільшилась кількість виготовлених знімних протезів. Найбільше дентальних імплантатів встановлено в осіб віком 51-60 років. Збільшення кількості пацієнтів із дефектами зубних рядів спостерігається у віці 41-50 років, порівняно з 20-40-річними – в 1,4 разу. У пацієнтів 51-60-річного віку та старших не виявлено вірогідного збільшення кількості дефектів зубних рядів порівняно з віковою групою 41-50 років, відповідно 94,6 і 93,7 % осіб [2].

На сьогоднішній день стоматологічне здоров'я відіграє важливу роль у соціально-економічному аспекті діяльності суспільства і є одним з маркерів якості життя людини.

Якість життя - важливе суспільне поняття, адже є важливим чинником впливу на благополуччя людини. Категорія якості життя була впроваджена як наукове поняття у 60-х роках ХХ століття у зв'язку зі спробами моделювання зарубіжними дослідниками траєкторій промислового розвитку. Розробка категорій якості життя була відображена у низці закордонних публікацій 80-х років [3]. D. Locke припустив, що проблеми зі здоров'ям можуть вплинути на якість життя, але такий результат не є неминучим [4]. Allison P.J. та ін. пояснювали це явище як "динамічне поняття", оскільки воно може змінюватися з плином часу та під впливом певних обставин [5]. Відношення людини непостійне, може змінюватися з часом та досвідом, а також перетворюватися в залежності від таких явищ, як пристосованість, тривалість патологічного процесу і адаптація до нього. Вони ставлять за приклад пацієнта, у якого був утруднений прийом їжі через наявність больових відчуттів, який оцінював ситуацію, як ту, що серйозно впливає на якість його життя в даний проміжок часу. Однак, коли ця проблема діагностується як рак ротової порожнини, проводиться променева терапія, хірургічне втручання, то та ж людина може оцінити вихідну ситуацію як незначну, оскільки діагноз, який за-

грожує життю, значно переважає над проблемою повноцінного переживання їжі. В даний час вивчення якості життя людей стало важливою складовою медичних досліджень [6].

Оскільки суспільство останніми десятиліттями стрімко змінюється, то змінюється ставлення до здоров'я людини і охорони здоров'я зокрема. У підґрунті цих змін лежить усвідомлення соціальних наслідків хвороб та усвідомлення того, що медичні втручання спрямовані на збільшення тривалості та якості життя людини, що засвідчується зміною вікових критеріїв, прийнятих ВООЗ. ВООЗ визначає якість життя як інтегральну характеристику фізичного, соціального, емоційно-психологічного функціонування людини, заснованої на суб'єктивному сприйнятті [7]. Оцінка якості життя відображає психологічний статус пацієнта, ефективність проведеного лікування, а також дозволяє визначити вплив самого захворювання на його стан.

Новий погляд на стоматологічний статус людини як на фактор якості життя став потужним стимулом до переосмислення підходів до профілактики та лікування різноманітних стоматологічних патологій та організації спеціальної багаторівневої стоматологічної допомоги населенню [8;9].

Стоматологічний статус визначається як суб'єктивна оцінка здоров'я порожнини рота і впливу її патологій на функцію, а також психічний і соціальний статус людини [10;11]. Стоматологічна патологія є загально-соціальною проблемою, яка зачіпає безліч людей у всьому світі, але тільки в певних випадках становить загрозу життю. Це призвело до того, що здоров'ю порожнини рота віддається досить низький пріоритет.

Відомо, що вторинна адентія значною мірою впливає на якість життя людини. Порушення основних функцій зубощелепної системи, таких як естетика, жування, мовотворення змінює соціальну поведінку людини, його психосоматичний статус, обмежує можливості спілкування та самореалізації. Крім цього, втрата зубів призводить до утруднення прийому їжі і негативного впливу на шлунково-кишковий тракт.

Згідно з дослідженням М.Т. John, у всіх вікових групах відзначається різна залежність рівня якості життя від кількості відсутніх зубів, на яку також впливає статеві приналежності пацієнтів. Серед пацієнтів, які мають часткову адентію і користуються ортопедичними конструкціями, якість життя молодих людей піддається більшому негативному впливу, ніж у людей зрілого віку. Пацієнти вікової категорії 35-45 років більшою мірою страждають від неминучості використання знімних зубних протезів і найчастіше сприймають даний варіант лікування як ознаку соціального неблагополуччя. У той же час відмінностей в соціопсихологічному статусі у пацієнтів різних вікових груп з частковою відсутністю зубів, але які не мають знімних зубних протезів, не спосте-

рігається. Це стосується відносно здорових осіб у загальносоматичному плані [12]. Враховуючи наявність хронічної або наслідків гострої патології можна припустити два моменти:

1. Відношення пацієнта до основного захворювання настільки переважає над орофациальним статусом, що стоматологічна патологія не сприймається як однією з пріоритетних.

2. Відновлення повноцінного стоматологічного здоров'я дозволяє пацієнту підвищити свій психо-емоційний статус, що в подальшому призведе до кращої адаптації та швидшої реабілітації при основній патології.

Отже якість життя є одним з найважливіших критеріїв ефективності лікування хворого.

Оскільки на сьогоднішній день інсульт найчастіше уражує осіб середнього (44-60 років) та похилого (60-75 років) віку виникає необхідність аналізу потреби в ортопедичній допомозі даній категорії осіб з подальшою розробкою методів лікування та реабілітації з можливістю контролю та оцінку їх якості.

Інсульт є переважаючою причиною постійної інвалідності серед людей похилого та працездатного віку [13]. Порушення, викликані ним, можуть мати негативні наслідки для щоденних функцій і, таким чином, впливати на якість життя [14;15]. Здоров'я порожнини рота також зазнає негативних впливів внаслідок певних порушень [16]. Знижений тонус язика не здатний просунути харчову грудку до глотки, зниження сили губ унеможлиблює утримання слини в порожнині рота при жуванні, гіпосалівація унеможлиблює змачування слизової оболонки порожнини рота та харчової грудки. Аномальна пероральна сенсорна функція викликає задихання та аспірацію внаслідок неточної оцінки розміру порції їжі. Некоординована орофациальна функція веде до низької ефективності жування, обмеженого вибору їжі та недоїдання. Все це призводить до виникнення нових патологічних процесів в організмі хворого та спряє низькій самооцінці та дискомфорту пацієнта [17].

Дослідження хворих на інсульт дають змогу дійти висновку, що недоїдання має місце протягом усього етапу реабілітації і вказали на необхідність більш структурованого моніторингу харчування. В одному з досліджень було виявлено, що 57 % пацієнтів втратили вагу протягом від тижня до шести місяців після інсульту, а 22 % страждали від недоїдання на шостому місяці після інсульту.

Поточна оцінка ризику, пов'язаного з харчуванням, вимагає проведення моніторингу низки різних параметрів: можливості корекції гіперсаливації; координації жувальних м'язів обох сторін, тону губ та язика, що дають змогу сформувати харчову грудку для подальшого її переміщення до стравоходу; наявності чи відсутності дисфагії.

Поганий стан харчування після інсульту збільшує тривалість перебування в лікарні і ризик

ускладнень, а недоїдання при виписці є незалежним свідченням несприятливого прогнозу на 6 місяців після інсульту, тобто у відновному періоді.

Невелике рандомізоване клінічне дослідження ефективності програми вправ на зміцнення надпід'язичних м'язів показало значне поліпшення. Чотирнадцять із 27 хворих мали хронічну післяінсультну дисфагію і харчувалися через трубку до втручання. Програма зміцнення надпід'язичних м'язів призначена для покращення біомеханіки ковтання за рахунок збільшення відкриття верхнього отвору стравоходу, збільшення екскурсу передньої частини гортані та зменшення аспірації після ковтання. Це наштовхує на подальші вивчення нервово-м'язового апарату щелепно-лицевої ділянки даної категорії хворих.

Метааналіз загальних даних з випробування FOOD і даних загальної госпіталізованої популяції хворих похилого віку з недоїданням показав зниження рівня смертності і ускладнень при призначенні пероральних харчових добавок. Це дослідження акцентувало увагу на проблемі відбору пацієнтів для отримання добавок протягом тривалого періоду часу, що вказує на необхідність створення умов для повноцінного харчування хворих з інсультом [18].

Вчені з Женеви констатують, що зміни в роботі будь-якого скелетного м'язу можуть спричинити зміни розмірів та складу м'язових волокон, що, в свою чергу, змінить силу м'яза та стійкість до втоми [19;20;21], це ж стосується і жувальних м'язів [22].

Наслідки інсульту в орофациальній системі включають рухові та чутливі дефіцити, що потенційно можуть призвести до погіршення роботи губ, язика, жувальних м'язів, м'якого піднебіння та глотки [23;24;25]. Інсульт будь-якого генезу може впливати на стоматогнатичну систему, що у пацієнтів з гемісферним інсультом призводить до двосторонньої різниці в функціях. Дослідження показало, що у пацієнтів з інсультом товщина жувальних м'язів з ураженої сторони, тобто протилежної церебральному ураженню, є тоншою, ніж у сторони, що не піддавалася впливу цереброваскулярної патології [25].

Двосторонні відмінності в товщині м'язової маси жувальних м'язів у пацієнтів з інсультом можуть пояснюватися прямим центральним порушенням моторної функції, а також тим, що під час жування сенсорні аференти стимулюють центральну нервову систему, де модифікуються типові форми активності [26;27;28].

Зважаючи, що звичне – оральне - харчування вимагає не тільки роботи язика, м'язів щоки та губ, а й активної жувальної м'язової діяльності та відсутності дефектів зубних рядів, тож залучення аферентної іннервації суттєво погіршує нервово-м'язовий контроль орофациальних фун-

кцій, включаючи жування [29;30]. Це може бути пов'язано з виявленням порушень у процесі обстеження пацієнта, які вказують на зниження ефективності жування та зниження сили утримання губ в порівнянні зі здоровими суб'єктами [31]. У результаті знижена стимуляція жувальних м'язів ураженої сторони та уникнення її використання більш за все сприяє відносній атрофії м'язової маси. Доведено, що гемі-синдром індукує зміни в жувальних м'язах.

Є.М. Жульов зі співавторами зазначають, що існує взаємодія між судинними захворюваннями нервової системи та стоматопатією: чим вище ступінь судинних розладів, тим гірший стан здоров'я ротової порожнини даної категорії пацієнтів [32;33;34;35], але детальної характеристики ортопедичного лікування цієї групи пацієнтів не вивчені [36;37].

Їхні дослідження мали на меті дослідження оцінити стан церебральної гемодинаміки при ортопедичному лікуванні пацієнтів з порушеннями мозкового кровотоку. Після доплерографічного дослідження 75 пацієнтів з використанням двох характеристик, що відображали стан гемодинаміки: індексу резистентності та індексу пульсації, було виявлено, що у хворих з інсультом вони були вищі порівняно зі здоровими пацієнтами. Однак через місяць після протезування, коли тиск жувальних м'язів став збільшуватися, через максимальну кількість зубів-антагоністів змінилися і показники гемодинаміки.

Нещодавні дослідження у Японії встановили, що пацієнти з інсультом можуть мати проблеми з порожниною рота та системні захворювання, але клінічна інформація про лікування стоматологічних проблем, наданого пацієнтам, зустрічається рідко. Вони обстежили 165 пацієнтів з інсультом, дослідили їх ородентальний статус та встановили, що 57% пацієнтів з каріозними порожнинами та 30% – не користувалися ортопедичними конструкціями, незважаючи на потребу в них. Також дане дослідження виявило високу потребу в стоматологічному лікуванні серед пацієнтів із інсультом та продемонструвала ефективність проведення ортопедичного, терапевтичного та хірургічного лікування під час стаціонарної реабілітації цих пацієнтів [39].

Європейські дослідники вказують, що після інсульту відбувається погіршення стану ротової порожнини та вказують на посилення співпраці між реабілітацією осіб з даною патологією та стоматологічним обслуговуванням, що може бути фактором прогресу у їхній загальній реабілітації та повернення до повноцінного життя [40].

Італійські вчені дослідили 189 пацієнтів, які мали в анамнезі інсульт різного генезу, щоб обрати осіб, які потребують ортопедичного лікування знімними конструкціями. Обстеження проводилося в період від 12 до 60 місяців після ін-

сульту, тобто і відновному періоді та періоді віддалених наслідків. З 189 пацієнтів, 60 з них користувалися знімними протезами, але лише 33 взяли участь у дослідженні. Було відзначено, що у 42,4% потрібно було переробити знімні протези; у 27,3% вони потребували перебазування, а в 30,3% відповідали клініко-технологічним вимогам. Також вказується на необхідність диспансеризації таких пацієнтів з регулярним спостереженням через 1 місяць і кожні 3-4 місяці [41].

Ab Malik N. зі співавторами звертають увагу на те, що клінічна практика надання стоматологічної допомоги є неідеальною, і є недоліки знань у галузі здоров'я порожнини рота у хворих з інсультом. Це має наслідки при реабілітації пацієнтів з даною патологією [42;43].

Ruoxi Dai та інші доводять, що останні дослідження вказують на необхідність індивідуального підходу до ородентального стану пацієнтів з інсультом, що включає раціональне протезування дефектів зубних рядів та посиленої гігієни порожнини рота, що було доведено у рандомізованому клінічному дослідженні під час амбулаторної реабілітації даної категорії пацієнтів, що призвело до покращення суб'єктивного здоров'я [16].

Таким чином, аналіз літератури вказує на необхідність подальших досліджень у даному напрямку та розробки комплексу заходів для корекції роботи нервово-м'язового апарату у хворих з ускладненим перебігом гострого порушення мозкового кровообігу з неврологічним дефіцитом по гемітипу на етапі ортопедичної адаптації, а також наскільки це впливає реабілітацію після інсульту та на якість життя в цілому.

Висновки

Виходячи з вище сказаного, є необхідність:

1) подальшого вивчення особливостей жувальної функції у хворих з ускладненим перебігом гострого порушення мозкового кровообігу з неврологічним дефіцитом по гемітипу;

2) ретельного дослідження потреби необхідності протезування, корекції наявних ортопедичних конструкцій у хворих з інсультом, ускладненим неврологічним дефіцитом по гемітипу;

3) створення, впровадження та дослідження ефективності лікувально-профілактичного комплексу на етапі ортопедичної адаптації у хворих з ускладненим перебігом гострого порушення мозкового кровообігу з неврологічним дефіцитом по гемітипу.

Перспективою подальших досліджень є можливість покращення якості життя хворих з ускладненим перебігом гострого порушення мозкового кровообігу з неврологічним дефіцитом по гемітипу та більш швидкого повернення їх до повноцінного життя.

Література

1. Черних Н.С. Клініко-лабораторне обґрунтування конструкції замкових кріплень часткових знімних протезів з різним ступенем жорсткості: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Н.С. Черних. – Полтава. – 2015. – 20 с.
2. Мірчук Б. М. Частота дефектів зубних рядів серед дорослих пацієнтів м. Запоріжжя, які звернулися за протетичним лікуванням / Б. М. Мірчук, Я. В. Максимов // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2017. – Т. 10, № 1(23). – С. 102–106.
3. Заблоцкая Н.В. Качество жизни – показатель качества работы / Н.В. Заблоцкая, Т.В. Ульянова, И.А. Притчина // Институт Стоматологии. – 2008. – №2. – С. 64-65.
4. Locker D. Concepts of oral health, disease and quality of life. In: Slade G.D.: Measuring Oral Health and Quality of Life / D. Locker // Chapel Hill: University of North Carolina – Dental Ecology. – 1997. – V. 36. – P. 11–24.
5. Allison P.J. Quality of life: a dynamic construct. / P.J. Allison, D. Locker, J.S. Feine // Social Science and Medicine. – 1997. – № 45. – P. 221–230.
6. Кан В.В. Методы оценки качества жизни у пациентов стоматологического профиля / В.В. Кан, А.В. Лазаренко, В.Ф. Капитонов // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал), www.sisp.nkras.ru. – №10(18). – 2012. – С. 50-52.
7. Therasse P. A practical guide to EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) studies. - EORTC Data Center, Brussels. – 1996. – P. 824.
8. Оспанова Г.Б. Технология ортодонтического лечения в создании пространства здоровья как фактора качества жизни человека: Дис. ... д-ра мед. наук. / Г.Б. Оспанова – М., 2000. – 409 с.
9. Shah M. Improvement of Oral Health Related Quality of Life in Periodontitis Patients after Non-Surgical Periodontal Therapy / M. Shah, S. Kumar // Indian Journal of Dentistry. – 2011. - No. 2. – P. 26-29.
10. Gift H.C. Research directions in oral health promotion for older adults / H.C. Gift // J. Dent. Educ. – 1992. – №56. – P. 626-631.
11. Gift H.C. Oral health, health, and health-related quality of life / H.C. Gift, K.A. Atchison // Medical Care. – 1995. – №33. – P. 57-77.
12. John M.T. Dimensions of oral-health-related quality of life / M.T. John, P.Hujoel, D.L. Miglioretti [et al.] // Journal of Dental Research. – 2004. – № 83. – P. 956-960.
13. Petty G.W. Ischemic stroke subtypes: a population-based study of functional outcome, survival, and recurrence / Petty GW. [et al.] // Stroke; a journal of cerebral circulation. – 2000. – №31. – P. 1062–1068.
14. Bernspang B. Motor and perceptual impairments in acute stroke patients: effects on self-care ability / B. Bernspang, K. Asplund, S. Eriksson, AR. Fugl-Meyer // Stroke; a journal of cerebral circulation. – 1987. – №18. – P. 1081–1086.
15. Filiatrault J. Motor function and activities of daily living assessments: a study of three tests for persons with hemiplegia / J. Filiatrault, A.B. Arsenaault, E.Dutil, D. Bourbonnais // The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association. – 1991. - № 45. – P. 806–810.
16. Dai R. Orofacial functional impairments among patients following stroke: a systematic review. / R. Dai, [et al.] // Oral diseases. – 2015. – №21. – P. 836–849.
17. Dai Ruoxi. Orofacial functional impairments among patients following stroke: a systematic review. / Dai Ruoxi, O.L. Lam, E.C. Lo [et al.] // Oral Dis. – 2015. – №21(7). – P. 836-849.
18. Гуляева М.В. Реабілітація, профілактика і лікування ускладнень та планування виписки при ішемічному інсульті / [М.В. Гуляева, Л.В. Дударь, Л.Ф. Матюха та ін.]. / «Новости медицины и фармации» Неврология. – 2013. – №433. – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/34619>
19. Abernethy P.J. Acute and chronic responses of skeletal muscle to endurance and sprint exercise / P.J. Abernethy, R. Thayer, A.W. Taylor // A review. Sports Med. – 1990. – №10. – P. 365–389.
20. Hainaut K. Muscle fatigue, effects of training and disuse / K. Hainaut, J.Duchateau // Muscle Nerve. – 1989. – №12. – P. 660–669.
21. Sullivan J.D. The properties of skeletal muscle / J.D. Sullivan, A.E. Olha, I.Rohan, J.Schulz // Orthop Rev. – 1986. – №15. – P. 349–363.
22. Kiliaridis S. Histochemical analysis of masticatory muscle in the growing rat after prolonged alteration in the consistency of the diet / S. Kiliaridis, C.Engstrom, B. Thilander // Arch Oral Biol. – 1988. – №33. – P. 187–193.
23. Hagg M. Reliable lip force measurement in healthy controls and in patients with stroke: a methodologic study / M. Hagg, M. Olgarsson, M. Anniko // Dysphagia – 2008. - № 23. – P. 291–296.
24. Hori K. Tongue pressure against hard palate during swallowing in post-stroke patients / K. Hori, T. Ono, H. Iwata, T. Nokubi, I. Kumakura // Gerodontology. – 2005. – №22. – P. 227–233.
25. Kempainen P. Masticatory force and function in patients with hemispheric brain infarction and hemiplegia / P. Kempainen, A. Waltimo, H. Palomaki [et al.] // J Dent Res. – 1999. – №78. – P. 1810–1814.
26. Muller F. Modulation of mastication during experimental loosening of complete dentures / F. Muller, M.R. Heath, A.M. Ferman, G.R. Davis // Int J Prosthodont. – 2002. – №15. – P. 553–558.
27. Plesh O. Effect of gum hardness on chewing pattern / O. Plesh, B. Bishop, W. McCall // Exp Neurol. – 1986. – №92. – P. 502–512.
28. Thexton A.J. Food consistency and bite size as regulators of jaw movement during feeding in the cat / A.J. Thexton, K.M. Hiimeae, A.W. Crompton // J Neurophysiol. – 1980. – №44. – P. 456–474.
29. Casas M.J. Buccal and lingual activity during mastication and swallowing in typical adults / M.J. Casas, D.J. Kenny, R.E. Macmillan // J Oral Rehabil. – 2003. – №30. – P. 9–16.
30. Mazari A. Contribution of the cheeks to the intraoral manipulation of food / A. Mazari, M.R. Heath, J.F. Prinz // Dysphagia. – 2007. – №22. – P. 117–121.
31. Schimmel M. Oral health related quality of life in hospitalized stroke patients / M. Schimmel, B. Leemann, P. Christou, [et al.] // Gerodontology. – 2011. – №28(1). – P. 3-11.
32. Imai H. Antioxidant ebselen reduced oxidative damage in focal cerebral ischemia / H. Imai, D.I. Graham, H. Masayasu, I.M. Macrae // Free Rad Biol Med. – 2003. – №34. – P. 56–63.
33. Orosz L. Assessment of cerebrovascular reserve capacity in asymptomatic and symptomatic hemodynamically significant carotid stenoses and occlusions / L.Orosz, B. Fulesdi, A. Hoksbergen [et al.] // Surg Neurol – 2002. – №57(5). – P. 333–339.
34. Soinnie L. Cerebral hemodynamics in asymptomatic and symptomatic patients with high grade carotid stenosis undergoing carotid endarterectomy / L.Soinne, J. Helenius, T. Tattisumak [et al.] // Stroke. – 2003. – №34. – P. 1655–1661.
35. Clemens J.A. Cerebral ischemia: gene activation, neuronal injury, and the protective role of antioxidants / J.A. Clemens // Free Radic Biol Med. – 2000. – №28(10). – P. 1526–1531.
36. Zhulev E.N. Orthopedic treatment by partial dentures in patients with cerebral vascular diseases. In: 10th All-Russian Congress of Neurologists with international participation. Congress proceedings / E.N. Zhulev, V.D. Troshin. – Nizhny Novgorod, 2012. – P. 74–75.
37. Dichgans M. Update on the genetics of stroke and cerebrovascular disease / M.Dichgans, R.A. Hegele // Stroke. – 2009. – №40(5). – P. 289–291.
38. Жулев Е.Н. Оценка влияния стоматологического ортопедического лечения на состояние мозговой гемодинамики у больных с дисциркуляторной энцефалопатией / Е.Н. Жулев, О.А. Успенская, Е.А. Шевченко, А.А. Александров // СТМ Клиническая медицина. – 2013. – №5(1). – С. 82–85.
39. Asahi Y. Orofacial status and medical problems of stroke inpatients undergoing rehabilitation at a rehabilitation hospital in Japan / Asahi Y, Omichi S, Ono T. // Gerodontology. – 2015. – №32(3). – P. 237-240.
40. Asberg K.H., Wertsén M., Wardh I. Impaired oral health after stroke a growing problem. Increased cooperation between care and dental care a possible factor of progress / K.H. Asberg, M. Wertsén, I. Wårdh // Lakartidningen. – 2011. – №108(39). – P. 1910-1912.
41. Corsalini M. A study on oral rehabilitation in stroke patients: analysis of a group of 33 patients / M. Corsalini, B. Rapone, F.R. Grassi, D. Di Venere // Gerodontology. – 2010. – № 27(3). – P. 178-182.
42. Ab Malik N. A multi-centre randomised clinical trial of oral hygiene interventions following stroke-A 6-month trial / N. Ab Malik, S. Mohamad Yatim, F. Abdul Razak [et al.] // J Oral Rehabil. – 2018. – №45(2). – P. 132-139.
43. Ab Malik N. Oral hygiene practices and knowledge among stroke-care nurses: a multi-center cross-sectional study [Electronic resource] / N. Ab Malik, S. Mohamad Yatim, F. Abdul Razak [et al.] // J Clin Nurs. – 2017. – Access mode: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29266493>

Реферат

НЕОБХОДИМОСТЬ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДЕФИЦИТЕ ПО ГЕМИТИПУ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Тончева К.Д.

Ключевые слова: ортопедическая реабилитация, инсульт, качество жизни, инвалидизация.

Автор работы указывает, что частичное или полное отсутствие зубов часто приводит к снижению жизненно необходимых функций (жевание, речеобразовательная), а также существенно влияет на социально-психологическую сферу пациента, которая детерминирована в социальном плане. Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет изучить влияние заболевания и его лечения на показатели качества жизни больного человека, включая все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное. В статье акцентируется внимание на одной из составляющих реабилитации пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения, а именно восстановлении жевательной функции, ведь при данной патологии могут возникнуть нарушения координированного действия нервно-мышечного аппарата зубочелюстной области. Целью работы было исследование уровня научных знаний о необходимости протезирования, коррекции имеющихся ортопедических конструкций у больных с острым нарушением мозгового кровообращения при наличии неврологического дефицита по гемитипу и коррекции работы их нервно-мышечного аппарата, а также насколько это влияет на их качество жизни, опираясь на зарубежные и отечественные литературные источники. В результате данного исследования пришли к выводам о необходимости дальнейшего изучения особенностей жевательной функции у больных с осложненным течением острого нарушения мозгового кровообращения с неврологическим дефицитом по гемитипу, тщательного исследования потребности необходимости протезирования, коррекции имеющихся ортопедических конструкций; а также разработки, внедрения и исследования эффективности лечебно-профилактического комплекса на этапе ортопедической адаптации у больных с инсультом. Перспективной дальнейших исследований является возможность улучшения качества жизни больных с осложненным течением острого нарушения мозгового кровообращения с неврологическим дефицитом по гемитипу и более быстрого возвращения к полноценной жизни.

Summary

ORTHODONTIC REHABILITATION OF PATIENTS WITH STROKE DURING NEUROLOGICAL DEFICIT BY THEIR HEMITYPE AT THE RECOVERY PERIOD

Toncheva K.D.

Key words: orthodontic rehabilitation, stroke, quality of life, disability.

The author of this work points out that a partial or complete absence of teeth often leads to a decrease in vital functions (chewing, speech production), as well as significantly affects the socio-psychological sphere of patients. The study of the quality of life related to health allows us to study the effect of the disease and its treatment on the quality of life of a sick person, including all the components of health as physical, psychological and social wellbeing. The article focuses on one of the components of rehabilitation for patients with consequences of acute cerebral circulation event, and namely, the restoration of the masticatory function, because this disorder may result in the uncoordinated work of the musculoskeletal system of the dentoalveolar region. The aim of the work was to analyze and generalize the knowledge on the necessity for prosthetic correction and re-establishing of existing orthodontic appliances in patients with acute impairment of cerebral circulation during neurological deficit by the hemitype and the improvement of the functioning of their neuromuscular apparatus, as this greatly affects their quality of life. Studying of relevant literature has pointed out some directions requiring thorough investigation of the masticatory functioning in patients with a complicated course of acute cerebrovascular events and neurological deficiency by the hemitype; approaches to improve prosthetic and orthodontic corrections; as well as the development, implementation and research of the effectiveness of the therapeutic and prophylactic complex at the stage of orthopaedic adaptation. The ways to improve the quality of life of patients with a complicated course of acute cerebrovascular accident and neurological deficit by the hemitype are of great clinical and social importance and require more detailed investigation.