

3. Гурылёва М.Э. Качество жизни больных туберкулезом на санаторном этапе лечения / М.Э. Гурылёва, Л.А. Горбунова, О.В. Ловачева [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких - 2005. - №7. - С. 17-23.
4. Калабуха А. В. Проблема лікування хворих на туберкульоз з асоціальною поведінкою / А. В. Калабуха, В. А. Калабуха, О.Ф.Скворцова // Український пульмонологічний журнал - 2011. -№ 3.- С. 17-19.
5. Мельник В.М. Загальна якість життя і стан здоров'я хворих на туберкульоз легень/ В.М. Мельник, Ю.М. Валецький // Інфекційні хвороби - 2005.- №2.- С.65-67.
6. Методика оцінки якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я: українська версія : Рекомендації по використанню/Дніпропетровська асоціація якості життя людини / За наук. ред. С.В. Пхіденко – Дніпропетровськ : Пороги, 2001. – 69 с.
7. Сухов В.М. Некоторые особенности качества жизни больных туберкулезом легких / В.М. Сухов, Е.В. Сухова // Проблемы туберкулеза и болезней легких - 2003.-№4.-С. 29-30.
8. Суховская О.А. Исследование качества жизни при заболеваниях органов дыхания / О.А. Суховская, М.М. Илькович, В.А. Игнатъев // Пульмонология- 2003. - № 1.- С. 96-100.
9. Фещенко Ю. І. Оцінка контролю за туберкульозом в Україні за період 2006–2010 роки / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич [та інш.] // Український пульмонологічний журнал -2011. -№ 4.- С. 5-10.

Реферати

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЁГКИХ В ДИНАМИКЕ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Ю.П.Цапенко, Н.Г. Бойко, А.А.Краевская, Н.Н.Алиева, Ю.О.Красношапка

Проведен сравнительный анализ в динамике показателей качества жизни и состояния здоров'я у больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулёзом лёгких на стационарном и амбулаторном этапах реабилитации. Показатели качества жизни и состояния здоров'я (КЖ) в исследуемых группах были ниже чем в контрольной группе и составляли: 1-а (С) (83,76±0,53) бала ; 1-а (П) 2 (93,20±0,56 бала). КЖ в начале лечения у группы больных, которые лечатся амбулаторно выше (93,20±0,56) бала при сравнении с больными стационара (83,76±0,53) бала. Динамика улучшения КЖ в процессе медицинской реабилитации значительно выше у амбулаторных больных: с (93,20±0,56) до (98,14±0,59) баллов, что почти отвечало показателям КЖ здоровых особ контрольной группы (99,28± 0,18) бала. Качество жизни боьных туберкулёзом, которые находятся на амбулаторном лечении значительно выше от начала лечения и в его процессе.

Ключевые слова: туберкулёз, качество жизни и состояние здоров'я, медико-социальное исследование, медицинская реабилитация больных.

Стаття надійшла 30.06.2012 р.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF LIFE QUALITY AND HEALTH CONDITION IN PATIENTS WITH INFILTRATIVE TUBERCULOSIS OF LUNGS IN DYNAMICS DURING DIFFERENT STAGES OF MEDICAL REHABILITATION Tsapenko Y.P., Boiko M.G., Kraevska O.O., Alieva N.M., Krasnoshapka Y.O.

Investigation is to study and carry out comparative analysis of life quality and health condition indices in dynamics in patients with firstly diagnosed infiltrative tuberculosis of lungs during in-patient (H) and out-patient (P) stages of rehabilitation. Life quality and health condition indices (QL) in researched groups were lower than in control group and are the following: 1-st (H) (83.76±0.53 points); 1-st (P) 2 (93.20±0.56 points). QL at the beginning of treatment in out-patient group is higher (93.20±0.56 points) compared with inpatient group (83.79±0.53 points). QL improvement dynamics during medical rehabilitation is significantly higher in out-patient group: from 93,20±0,56 to 98,14±0,59 points; these indices almost correspond to QL indices of healthy persons of control group (99,28±0,18 points). Life quality of outpatients with tuberculosis is markedly higher from the beginning of treatment and during its progress.

Key words: tuberculosis, life quality and health condition, medical and social investigation, medical rehabilitation of patients.

УДК 616.724-089.23

Д.Р. Шилленко, А.В. Марченко, Т.Ю. Ейхорн, О.А. Писаренко, А.О. Гутарев
В ДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ЛІКУВАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ НАКУСНОЇ ПЛАСТИНКИ ЗА ASSELMAYER

У статті наведено обґрунтування алгоритму лікування пацієнтів з комбінованою дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба й невралгієподібними болями, що передбачає проведення шинотерапії накусними пластинками по Asselmeier що передує ортопедичній й терапевтичній оклюзійній корекції з метою підтвердження її обґрунтованості й раннього усунення її больової симптоматики.

Ключові слова: оклюзія, накусана пластинка, скронево-нижньощелепний суглоб, невралгія.

Причини гострого і хронічного болю в області голови й обличчя надзвичайно варіативні. Без тісної співпраці представників різних медичних спеціальностей однозначно визначити причину виникнення болісної симптоматики неможливо, а результати терапевтичного підходу до зменшення болю часто незадовільні.

Як правило, розуміння комплексної картини захворювання ускладнене тим, що в якості конкретної причини може виступати так званий "вузол етіологічних факторів", у який входять у будь-яких комбінаціях

різноманітні фактори ризику: гормональна система (період полового дозрівання, менопауза, дисфункція щитоподібної залози); ізометрична м'язова діяльність (порушення постави); дійсні психічні й неврологічні захворювання; метаболічні процеси (обмін речовин, харчування); порушення оклюзії/ жувальної функції; пухлини; ортопедичні проблеми (кінцівки, хребет); пропріорецептивні рефлекси первинно уражених, або тих, що підлягли патологічному навантаженню суглобів; психологічні аспекти; стресові стани; травма, мікротравма; фізичні фактори (низька температура, вологість, клімат).

Об'єднання різних факторів веде до посилення ризику захворювання, а терапія окремо взятого фактора або умови життя, що змінилися, можуть у значній мірі знизити болочу симптоматику. У рамках великої міждисциплінарної діагностики необхідно враховувати всі перераховані вище аспекти.

Головною характеристикою природнього взаємовідношення горбиків і фісур зубів-антагоністів є безперешкодний рух з положення оклюзії. У процесі жування зуби просторово переміщуються в межах їх фізіологічної рухливості завдяки пружним та амортизуючим властивостям періодонту. При навантаженні відбувається подразнення механорецепторів, розташованих на нервових закінченнях цієї зони. Механорецептори реєструють зміну положення зуба з точністю до 10-20 мікрметрів і передають цю інформацію по аферентним нервовим шляхам у центральну нервову систему (ЦНС) [1]. Далі ЦНС за допомогою еферентних нервових імпульсів управляє й координує роботу м'язів, здійснюючи жувальну функцію в потрібному місці (локалізація їжі) з адекватним додаванням сили (консистенція їжі).

Порушення жувальної функції викликаються в першу чергу оклюзійними відхиленнями, що лежать поза межами десмодонтальної тактильності (10-20 мкм). Експериментально доведено [2], що оклюзійні інтерференції в межах 0,1 мм (передчасні оклюзійні контакти із пломбами), тобто при перевищенні чутливості десмодонтальних рецепторів в 10 раз, можуть приводити до підвищеної м'язової активності, бруксизму й іншим парофункціям, порушенням сну й приступам апное, посиленому викиду адреналіну, скаргам на стан СНЩС і т.п. Однак пацієнтів з подібною симптоматикою лікують терапевти, ортопеди, невропатологи, ЛОР-лікарі, іноді навіть психологи або нейрохірурги.

При стоматологічно-катамнезичному обстеженні пацієнтів з раніше поставленим діагнозом "невралгія трійчастого нерва" було виявлено, що майже в 50 % випадків дійсною причиною невралгієподібного болю є порушення оклюзії [3]. Цікаво, що в минулому основним фактором порушення оклюзії вважалися занадто високі реставрації й застосовувалися відповідні методи лікування шляхом пришліфовки; однак, сучасні клінічні й наукові дослідження показують, що більш ніж в 70 % цих випадків мова йде про інфраоклюзії в області бічних зубів, викликані низьким протезом або ортодонтичним лікуванням.

Прояви порушень жувальної функції як фактора, що підсилює біль в області голови та плечей, досить різноманітні. Таким чином, необхідна розробка тактики ведення таких пацієнтів, що дозволяє вірогідно підтвердити те, що саме оклюзійні інтерференції виступають у якості домінуючого етіологічного фактора в утворі парафункціонального симптомокомплексу: поєднаної дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба й невралгієподібних болей щелепно-лицьової області.

Автори рекомендують навіть у тих випадках коли результати клінічного обстеження пацієнта можуть ілюструвати наявність оклюзійних інтерференцій, можливий діагноз необхідно підтверджувати проміжною шинотерапією. Принцип щелепної шини дуже простий: виявлена в артикуляторі розбіжність купірується за допомогою індивідуально виготовленої накусної шини з рівномірною опорою всіх зубів.

Метою роботи була клінічна перевірка запропонованого алгоритму лікування пацієнтів з комбінованою дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба, викликані оклюзійною інтерференцією.

Матеріал та методи дослідження. Діагностика пацієнтів для добору групи дослідження здійснювалася в наступній послідовності:

На першому етапі при стоматологічному обстеженні пацієнтів зі скаргами на невралгієподібний біль в щелепно-лицьовій ділянці. Особлива увага приділялася виявленню:

- a) ділянок стирання на зубах і реставраціях;
- b) проявів абфракції (відколів емалі, підвищеній чутливості шийок зубів, клиноподібних дефектів);
- c) періодонтальних проявів, що свідчать про неправильні вектори оклюзійного навантаження (рухливості зубів, локалізованих періодонтальних інвазій);
- d) проявів деформаційних патологій скронево-нижньощелепного суглоба (обмежених або нерівномірних рухів нижньої щелепи при розмиканні й відведенні в сторони, асиметричних або однобічних симптомів);
- e) оклюзійних порушень (центричних і/або ексцентричних передчасних контактів в області оклюзії, інфраоклюзій тощо).

На другому етапі

- a) При підозрі на артропатію СНЩС: мануальне обстеження суглоба; інструментальна реєстрація суглоба (аксіографія й т.п.); візіографічні методи (динамічна МРТ, комп'ютерна томографія).
- b) При підозрі на інтерференцію між жувальними поверхнями й функцією СНЩС (наприклад, інфраоклюзія, зсув суглобового відростка): інструментальна оклюзійна діагностика (артикулятор - реєстратор центральної оклюзії); підтвердження діагнозу або повторний огляд реєстратора центральної оклюзії за допомогою накусної пластини (артикулятор - накусна шина).

На підставі проведеного обстеження виявлялась доцільність включення цього пацієнта в групу випробуваних. Для перевірки доцільності запропонованого алгоритму нами були відібрано 11 пацієнтів з

описаним вище парафункціональним симптомокомплексом. Далі 9 пацієнтам перед проведенням безпосередньо ортопедичного (протезування) або терапевтичного (оклюзійна корекція в техніці прямої реставрації) усунення оклюзійної інтерференції пацієнтам виготовлялася шина по Asselmeyer, яка була покликано вирівняти інтерференції жувальних поверхонь по відношенню одна до одної й СНЩС, особливо інфраоклюзію й поліпшити ортопедичні передумови. Накусні пластини з рівномірною опорою в області задніх зубів виготовлялися індивідуально, в артикуляторі.

На основу індивідуальної шини, установлені в артикуляторі з мінімально можливим просвітом, цілеспрямовано наноситься пластмаса до досягнення рівномірної опори всіх бічних зубів. На відміну від природніх зубів і реставрацій у даній ситуації контакти мають тільки несучі вершини горбків, що антагоністично впираються в шину.

Пацієнтці була встановлена верхньощелепна шина, оскільки тільки в цьому випадку принципово можливо заново створити індивідуальне ведення передніх зубів, що додатково сприяє розслабленню мускулатури. Після виготовлення шин проводилася їхня установка й припасування в ротових порожнинах пацієнтів, аналогічно процедурі з реєстратором центральної оклюзії артикулятора розслаблена нижня щелепа підводиться до накусної пластини, і за допомогою тонкої оклюзійної фольги (10-20 мкм) перевірялася, чи мають несучі вершини бугрів рівномірні контакти з накусною пластиною, а якщо ні, то проводилася корекція за допомогою фрези.

Потім здійснювався контроль ексцентричних рухів: у початковій фазі потрібно прагнути до легкого різцевого зубного ведення й групової напрямної функції. Пацієнтам рекомендувалося спочатку носити пластину якнайбільше (особливо вночі), не користуватися нею під час приймання їжі або при тривалій розмові (доповіді і так далі), але обов'язково носити в стресових ситуаціях.

2 пацієнта виділені в контрольну групу. Одному з них була проведена оклюзійна корекція по Бушану із застосуванням техніки прямої реставрації, іншого було перепротезовано у ділянках малих і більших кутніх зубів у всіх чотирьох сегментах суцільнолитими коронками оклюзійні поверхні яких були змодельовані в артикуляторі за методикою E.V. Payne - H.C. Lundeen [4].

Результати дослідження та їх обговорення. Через кілька тижнів після початку шинотерапії 8 з 9 пацієнтів позбулися головного болю, болю в ділянці СНЩС і від шуму у вухах.

Перший контроль був проведений протягом перших трьох днів, в одному випадку - по телефону. У наступні тижні, як правило, були потрібні регулярні зустрічі, оскільки в міру розслаблення м'язів змінюється положення нижньої щелепи, до якого необхідно було адаптувати шину. Через 6 місяців відсутності скарг було проведена нова реєстрація центральної оклюзії й артикулювання нижньої щелепи пацієнтів з метою остаточного аналізу оклюзії й подальшого планування роботи.

Шістьом з дев'яти пацієнтів основної групи були запротезовано металокерамічними й/або суцільнолитими коронками з індивідуальним моделюванням оклюзійних поверхонь залежно від клінічної ситуації: за Р.К. Thomas (там де необхідно моделювання типу оклюзії «зуб до зубу») [5] або E.V. Payne - H.C. Lundeen (там де необхідно створення оклюзії типу «зуб до двох зубів»). Двом пацієнтам цієї групи була виконана пряма реставрація за оклюзійною корекцією функціональних напрямляючих по Аболмасову Н.Г. [6]. Пацієнт у якого невралгієподібна й суглобна симптоматика була збережена був спрямований на повторне обстеження до невропатолога й на консультацію до ендокринолога з підозрою на ревматоїдний артрит. Від корекції оклюзійних порушень шляхом перепротезування й перепломбування було вирішено відмовитися тому що існуючі ортопедичні конструкції й реставрації композитними матеріалами (за винятком оклюзійної інтерференції) перебували в межах клінічної норми й був зроблений висновок про те, що симптомокомплекс даного пацієнта не має дизоклюзійну етіологію.

Висновок

Таким чином запропонований алгоритм показав свою клінічну ефективність і раціональність. Слід зазначити неприйнятність використання не індивідуалізованих шин, тому що можна чекати швидкого погіршення картини захворювання. Поряд зі згаданими ортодонтичними піднебінними накусними пластинами можна використовувати репозиційні шини, які цілеспрямовано впливають на геометрію СНЩС. У випадку наявності больових відчуттів у суглобі неясного генезису добре зарекомендували себе декомпресійні (дистракційні) шини.

Література

1. Малик М.В. Гистоархитектоника механорецепторов периодонта. Сборник научных трудов / М.В. Малик М.В. //Актуальные вопросы стоматологии. М.: Медицина. - 1998. - С.125-126
2. Trulsson M. Food-holding and -biting Behavior in Human Subjects Lacking Periodontal Receptors / M. Trulsson, H.S.J. Gunne//CROBM. - March 1.- 2004.- P.82-98
3. Hotta T.H. Involvement of dental occlusion and trigeminal neuralgia: a clinical report. / T.H. Hotta, A. Bataglion, C. Bataglion, O.L. Bezzon //J Prosthet Dent. - 1997.- Apr.№77(4). P. 343-348
4. Шиллингбург Г. Восковое моделирование окклюзионных поверхностей зубов / Герберт Шиллингбург, Эдвин Уилсон, Джек Моррисон // Издательский дом «АЗБУКА». - 2004.- 58с
5. Неспрядько В.П. Вопросы воспроизведения окклюзии в зубных протезах / В.П.Неспрядько, З.Е. Жегулович // Зубное протезирование. Часть 6. — 2004.- № 3. — С. 4–16.

6. Аболмасов Н.Г. Комплексные диагностические критерии окклюзионных нарушений в соответствии с теорией функциональных систем/ Н. Г.Аболмасов, Н. Н.Аболмасов, И.А.Алаева //Вестник Смоленской медицинской академии.- 2003.- № 3. – С.109-111

Реферати

**ЛЕЧЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ДИСФУНКЦИИ
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С
ПРИМЕНЕНИЕМ НАКУСОЧНОЙ ПЛАСТИНКИ ПО
ASSELMEYER**

**Шиленко Д.Р., Марченко А.В., Эйхгорн Т.Ю., Писаренко Е.А.,
Гутарев А.О.**

В статье приведено обоснование алгоритма лечения пациентов с комбинированной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава и невралгиеподобными болями предусматривающие проведение шинотерапии накусочными пластинками по Asselmeyer, предшествующую ортопедической и терапевтической окклюзионной коррекции с целью подтверждения ее обоснованности и раннего устранения ее болезненной симптоматики.

Ключевые слова: окклюзия, накусочная пластинка, височнонижнечелюстной сустав, невралгия

Стаття надійшла 24.04.2012 р.

**COMBINED TREATMENT OF TEMPORO-
MANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION USING BITE
PLATES BY ASSELMEYER**

**Shylenko D.R., Marchenko A.V., Eihgorn T.Yu.,
Pisarenko O.A., Gutarev A.O.**

In the is presented the substantiation of the algorithm of treatment of patients with combined temporo-mandibular joint dysfunction and neurological-like pain which is demand lamina-therapy by bites lamine by Asselmeyer before orthopedic and therapeutic occlusion-correction treatment to confirm its validity and early removal of its painful symptoms.

Key words: occlusion, temporo-mandibular joint, bite plate, neuralgia.

УДК 616.314-085.462

Д.Р.Шиленко, А.В.Марченко, Е.А.Писаренко, В.А.Дубина, *Э.В.Белен
ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава,
*Винницкий национальный медицинский университет имени М.И.Пирогова, г. Винница

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОПТИЧЕСКОГО ПРЕЛОМЛЕНИЯ НАНОКОМПОЗИТНЫХ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ**

В статье изложены результаты исследования показателей абсолютного оптического преломления нанокompозитных материалов с помощью световой полоски Бекке. Полученные результаты, которые свидетельствуют о влиянии наполнителей на показатели преломления материалов. Сформированные алгоритмы многослойной художественной реставрации с целью достоверной передачи оптической флюоресценции зуба.

Ключевые слова: флюоресценция, оптическое преломление, нанокompозит, наполнитель.

Эстетическая стоматология, ориентированная на удовлетворение эстетических потребностей пациентов, является прямым следствием новой жизни. Люди хотят выглядеть лучше, быть увереннее в себе для того, чтобы занять как можно более высокое положение в обществе потребления, обеспечить себе максимально высокое качество жизни. Хорошо, что они понимают, насколько важно для этого улыбаться, и какую роль в улыбке играют зубные ряды и зубы. Эта осознанная, и неосознанная необходимость является экономической основой современной эстетической стоматологии.

Зуб, как и любое физическое тело подвластно всем законам физики. Ряд этих законов в свою очередь регулирует механизмы распространения света в нем. В частности законы прямолинейного распространения, преломления и отражения света регулируют ряд вторичных характеристик цвета зуба, таких как метамеризм, транслютерация, иридисценция и флюоресценция. Эти оптические свойства зуба проявляются при изменении освещения – его направления, интенсивности, хроматизма, а так же изменении угла обзора. Даже очень качественная реставрация, выполненная без учета этих явлений, не может считаться успешной, так как при определенных условиях ее можно будет отличить от здоровых (нелеченых зубов). Флюоресценция - это способность предмета реизлучать, свет попавший на ее поверхность с другой длиной волны. Оптически это проявляется так называемы внутренним свечением зуба, которое возникает из за того что свет начинает распространяться линейно в пределах одного из его слоев (протеинового пласта между дентином и эмалью, дентине и, в незначительной степени, в эмали)[3]. С точки зрения физики это явление возникает при переходе света из оптически более плотной среды в оптически менее плотную $n_2 < n_1$ (например, из эмали в протеиновый слой на границе эмали и дентина). Возникает явление **полного отражения**, то есть исчезновение преломленного луча. Это явление наблюдается при углах падения, совпадающих с критическим углом $\alpha_{кр}$, который называется **предельным углом полного внутреннего отражения**. При $\alpha_{кр} \geq 1$ возникает явление иридисценции, способность поверхности менять оттенок в зависимости от угла обзора[5].

Оптическая плотность среды определяется ее показателями относительного и абсолютного преломления. Отношение синуса угла падения (α) луча к синусу угла преломления (β) при переходе луча из среды А в среду В называется **относительным показателем преломления** для этой пары сред. Показатель