

Резюме. Основними методами для діагностики синдрому слабости синусового узла (СССУ) являються нагрозочні проби (велоергометрия, тредмил-тест), тилт-тест (пасивна ортостатическа проба), вагусні проби. Холтеровське моніторинг ЕКГ і чрезишлєводна електркардіостимуляція. Для коррекції порушень проводимости у больних с такою патологією як СССУ необхідно використовувати М-холінолітичєскіє средства, β-адрєностимулятори і зуфиллін. Адрєналін і глюкєкортикоїдні гормони використовують при СА-блокадє II і III ст., особєнності в случает розвитку артеріальної гипотєнзии. Препарат вибору для лєчення брадизависимой форми мерцательной аритмії являється аллапінін, поскольку этот антиаритмічєскій препарат β₁-адрєнергичєскій стимулюючий ефект. Для лєчення частой і стабільной жєлудочковой екстрасистолічєской аритмії, которая развилась на фонє брадикардії, ефективним являється применєніє комбинированной тєрапії в составє аллапініна, рибоксина, панангінна і беллатамінала.

Ключевые слова: аритмії сердця, блокады сердця, синдром слабости синусового узла, екстрасистолічєская аритмія, синдром бради-тахіаритмії.

DIAGNOSTIC AND DRUG THERAPY ASPECTS OF ARRHYTHMIAS AND CONDUCTION DISORDERS IN PATIENTS WITH SSS

Кapusnyk Yu. O.

Abstract. The main disorders of rhythm and conduction in patients with sinus node weakness are: 1) persistent sinus bradycardia; 2) bradysystolic form of atrial fibrillation; 4) migration of atrial rhythm driver; 5) stoping of the sinus and replace it with other ectopic rhythms; 6) sinoauricular blockade; 8) tachycardia-bradycardia syndrome, for which tachycardia and bradycardia are typical. The most important methods for the diagnosis of sinus syndrome are load tests (bicycle ergometry, treadmill test), tilt test (passive orthostatic test) and vaginal tests, Holter ECG monitoring and esophageal electric cardiac stimulation. Pharmacotherapy of sinoatrial blockade does not always lead to a positive result. It is more effective in sinoatrial-blockade of functional origin. Patients with sinus node weakness syndrome are contraindicated prescribing class I antiarrhythmic agents (quinidine, novocainamide, disopyramide, etmosin, etacizine, propafenone, diphenin, lidocaine, trimecaine, β-adrenergic blocker agents, amiodarone and sotalol). In patients with sinoatrial blockade of grade II with rare loss of PQRST complexes, treatment can be started from using cholinolytic agents. In case of persistent sinoatrial blockade of II-III centuries in ineffectiveness of therapy with help cholinolytic agents, β-adrenergic simulative agents are prescribed: isoproterenol (isadrin) or orciprenaline sulfate (alupent). Beside of euphiline (theophylline) can be administered. M-cholinolytic agents, β-adrenergic simulative agents and euphiline should be used for correcting of conductivity disorders in patients with sinus node weakness. Adrenaline and glucocorticoid hormones are prescribed for sinoauricular blockade of II and III centuries, especially in the presence of arterial hypotension. The drug of choice for treating of brady-dependent forms of atrial fibrillation is allapinin, because this antiarrhythmic agent has β₁-adrenergic simulative effect. For the treatment of frequent and stable ventricular extrasystolic arrhythmia developed on the background of bradycardia, it is effective using of combine therapy, which includes allapinin, riboxin, panangin and bellataminal. In case of a brady-tachyarrhythmia syndrome it is very difficult to choose a drug for the treatment of the patient. Cardiac glycosides, which slow the frequency of ventricular contractions, maintain sinus rhythm, and also cause stopping of atrial paroxysmal tachycardia or atrial flutter, are used for both emergency care and routine therapy.

Key words: cardiac arrhythmias, heart block, sinus weakness, extrasystolic arrhythmia, beard-tachyarrhythmia syndrome.

Рецензент – доц. Луценко Р. В.
Стаття надійшла 14.12.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-28-33

УДК 616.314.2-77-053.2

¹Лабій Ю. А., ²Гавалєшко В. П., ²Рожко В. І., ²Котельбан І. С.

ПРОТЕЗУВАННЯ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ У ДІТЕЙ: ПРОБЛЕМИ, МОЖЛИВОСТІ ТА ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

¹ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» (м. Івано-Франківськ)

²ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці)

ylabiy@ifnmu.edu.ua

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Запропонованє дослідженнє є фрагментом комплексної НДР кафедри дитячої стоматології Івано-Франківського національного медичного університету на тєму: «Сучасні підходи до збереженнє стоматологічного здоров'я у населєннє Прикарпаття» (№ державної реєстрації 0115U001535).

Вступ. Дитячє протєзуваннє, як окреміє предмет стоматології виник порівняно недавно, в 30-х роках минулого століттє. Існувала думка, що проводити лікуваннє зубів в період тимчасового прикусу є недо-

цільним, а про протєзуваннє дитєй не було й мови. Лікарі ділилися на дві групи: перші вважали, що за порівняно короткий період часу (3-4 роки) значних деформацій не відбудеться, друга ж група знаходила взаємозв'язок між ранньою втратою зубів та великими змінами у зубощєлєпній системі. До прикладу, раннє втрата других тимчасових молярів сприяє переміщенню перших постійних молярів на місце останніх. Рєнтгєнологічно спостєрїгається переміщеннє зачатків постійних зубів на місцє видалєних,

що сприяє порушенню положення постійних зубів у майбутньому [1].

За даними літератури, зубне протезування дітей стає можливим лише з 3-х років, тобто з віку коли дитина вже адекватно реагує на дії лікаря. Недосконалість як знімних, так і незнімних конструкцій дитячих зубних протезів, які застосовуються при цьому, створює значні незручності при їх застосуванні. Незнімні конструкції складні у виготовленні, неестетичні, негігієнічні, травматичні, викликають труднощі при їх заміні, тощо. Фіксація незнімних конструкцій потребує сухості опорних зубів, що досягти у дітей молодшого віку досить проблематично. Окрім того, знімні конструкції дитячих зубних протезів технологічно складні у виготовленні та погано фіксуються в ротовій порожнині [2].

Основна частина. Високий рівень ураженості зубів карієсом та його ускладнень, збільшення випадків травматичних пошкоджень зубів та вроджених аномалій структури твердих тканин зубів, а також необхідність частого заміни пломб у дітей створюють несприятливі умови для формування повноцінного жувального апарату. У зв'язку з цим, вітчизняні та зарубіжні спеціалісти відмічають значне зростання частоти дефектів зубів та зубних рядів серед дитячого населення – до 23%, а також зубощелепно-лицевих аномалій та деформацій – до 69% [3]. Частота зубощелепних аномалій у дітей та підлітків, за даними різних авторів, збільшується і становить від 50,8 до 81% [4,5]. Все це свідчить про актуальність вивчення цієї досить гострої проблеми в дитячій стоматології.

Ільїна-Маркосян Л. В., досліджуючи причини дефектів зубів і зубних рядів у дітей, дійшла висновку, що перше місце займає карієс (57,6%), друге – травма (32,6%), третє – адентія (6,3%). Часткова вроджена чи набута адентія є досить поширеною патологією зубощелепної системи як у дорослих, так і у підлітків. За даними авторів, частота дефектів зубних рядів внаслідок передчасного видалення постійних зубів в осіб 13-15 років становить 12,7%, а у віці 15-19 років сягає 25%. Вроджена адентія без урахування третіх молярів становить від 1,5% до 8%, а згідно даних – від 5% до 28,5% [6,7].

За даними багатьох авторів розповсюдженість дефектів зубних рядів у дітей до 5 років складає від 6,9% до 30,4% [8]. Александрова Ю. М. обстеживши 3460 дітей віком від 3 до 18 років, встановила, що дефекти зубів і зубних рядів, які вимагають ортопедичного лікування, є в 69,6% дітей [9]. Потреба в зубному протезуванні дітей коливається від 14,7 до 56% [10].

Причинами первинної часткової адентії можуть бути порушення ембріогенезу зубів, у результаті чого відсутні зародки постійних зубів. Порушення процесу прорізування може призводити до появи ретинованих зубів і, як результат, первинної часткової адентії в дітей і підлітків [11].

За результатами деяких досліджень були зроблені висновки про те, що після передчасного видалення зуба, за тривалий час утворюється кісткова тканина, яка в подальшому сприяє ретенції постійного зуба. Руйнування коронок зубів внаслідок карієсу і його ускладнень порушує фісурно-горбкові контакти та сприяє зниженню висоти прикусу. Крім того, зміни в

зубощелепній системі позначаються на роботі всього організму [1].

Несвоєчасне заміщення дефектів зубних рядів (ДЗР) у тимчасовому прикусі призводить до зубоальвеолярного видовження зубів-антагоністів та вкорочення зубного ряду за рахунок зміщення зубів на місце відсутніх, ступінь вираженості яких залежить від давності дефекту. Такі порушення функцій як відкушування, вимови звуків, естетики обличчя при посмішці, спостерігаються, при втраті зубів, особливо, у фронтальній ділянці, що сильно впливає на її психоемоційний стан дитини. Погіршення пережовування їжі та переваження зубів, що залишилися в зубному ряді відбувається при передчасному видаленні тимчасових молярів. Внаслідок недостатнього функціонального навантаження, беззуба ділянка щелепи відстає у рості та спостерігається затримка прорізування постійних зубів. Все це призводить до появи парафункцій жувальних м'язів і м'язів язика, що впливає на роботу шлунково-кишкового тракту, а також до формування патологічного прикусу та деформації зубних та альвеолярних дуг [12]. Таким чином, фахівці прийшли до висновку про необхідність протезування дефектів зубних рядів у дітей.

Руйнування апроксимальних поверхонь коронок тимчасових та постійних молярів приводить до мезіального зсуву позаду розташованих зубів, вкороченню зубної дуги, неправильного положення окремих зубів, їх ретенції, порушення прикусу. В результаті каріозного руйнування коронок передніх зубів настають подібні морфологічні зміни. Функціональні порушення при руйнуванні бокових зубів виражаються у млявому та недостатньому жуванні, зміщеннях нижньої щелепи; при руйнуванні передніх зубів порушуються відкушування їжі, мова, ковтання, естетика обличчя. Зубні дуги при цьому деформуються не тільки у вертикальному, а і в горизонтальному напрямку [3,9].

Односторонні чисельні дефекти зубів зі значним руйнуванням коронкових частин призводять до асиметричної деформації зубних дуг, порушення міодинамічної рівноваги м'язів, блокування рухів нижньої щелепи, формування патологічного прикусу. Порушення прикусу в дитячому віці веде за собою патологічні зміни в скронево-нижньощелепному суглобі, негативно впливає на формування лицевого скелету. Чим раніше відбулися перелічені вище порушення, тим тяжчими будуть викликані ними наслідки, бо зубощелепний апарат дитини ще не має тієї відносної стійкості, яка властива для дорослого [2,3,9].

На думку Ф. Я. Хорошилкиної, матеріали дитячих зубних протезів повинні відповідати певним вимогам. Вони повинні бути нешкідливими, гігієнічними, легкими, недефіцитними. Протези не повинні заважати росту і розвитку кісток щелепи, а також перешкоджати формуванню зубних рядів [13].

А. І. Бетельман виділяв 4 групи протезів за призначенням. До першої групи належать протези, що застосовуються застосовувані в молочному прикусі, до другої групи відносяться протези, що використовуються при змінному прикусі, до третьої групи – при постійному прикусі, до четвертої – протези при адентії і ретенції [14].

За описами Залізного П. А., Плотнікової Н. А. протезування зруйнованих зубів у дітей в 60-х-90-х роках

проводилося за допомогою тонкостінних металевих коронок. Як матеріал використовувалися сталь або листовий титан. При використанні тонкостінних коронок зуби не потребували препарування, тим самим зменшувалися страхи дитини перед втручаннями. При щільних контактах між зубами їх розсовували за допомогою лігатур: дріт 0,3-0,5 мм ставили між зубами, закручували її і залишали в такому положенні на 2-3 дні, після чого ставало можливим припасування коронок.

Також застосовувалися вкладки, що заповнювали дефекти твердих тканин зубів. Виготовлялися з металу, а на фронтальні зуби фіксували металеві вкладки з облицюванням з силікатного цементу, або пластмаси.

Вартує згадати про ще один популярний вид дитячого протезування – це штифтовий зуб за Ільїною-Маркосян, що вважався найкращим методом відновлення сильно зруйнованих зубів. Показанням для такої конструкції служило сильне руйнування коронок верхніх і нижніх різців, верхніх іклів і премолярів. Також, для заміщення дефектів зубного ряду використовувалися незнімні профілактичні апарати, розроблені Ільїною-Маркосян. Сутність цих апаратів полягала в наявності розпірки, що знаходилася в місці видаленого зуба, а також фіксуючих елементів.

I. S. Lusinska-Szurek пропонувала застосовувати знімні конструкції з петлевидними замками. Автор стверджувала, що дані конструкції не заважають росту щелеп [15].

Група російських авторів описують можливості застосування часткових знімних протезів у дітей. В період тимчасового прикусу найчастішою причиною виникнення дефектів є передчасне видалення зубів з приводу ускладненого карієсу і травматичних ушкоджень. Коріння тимчасових зубів, що обмежують дефект, знаходяться на різних стадіях розвитку. Тому використання мостоподібних протезів в цьому віковому періоді для протезування дефекту зубного ряду в передньому відділі зубної дуги є недоцільним.

В період тимчасового прикусу застосовують часткові знімні пластинкові протези, які мають високі функціональні, естетичні і анатомічні показники із площинною системою кріплення, яка в ортопедичній стоматології вважається більш раціональною. Кламери розташовують на тимчасових іклах та других тимчасових молярах. Після адаптації дітей до протезу рекомендується прибрати два кламера і перетворити площинну систему кріплення в лінійну (частіше в діагональну). Це робить кламерну систему більш лабільною і не стримує ріст щелепи. Для забезпечення естетичного оптимуму, профілактики затримки росту щелеп штучні зуби встановлюють «на приточці». Заміну протеза проводять при поганій його фіксації незалежно від терміну використання.

У період змінного прикусу основною причиною появи дефектів в зубному ряді є травма. При лікуванні дітей з дефектами зубних рядів в передньому відділі, обмежених постійними зубами з несформованими коренями, авторами застосовувалися знімні протези з кламерною системою фіксації і постановкою зубів «на приточці».

У дітей дефекти зубних рядів в передньому відділі, обмежені постійними зубами зі сформованими коренями, зустрічаються рідко, так як навіть при травматичних ушкодженнях, як правило, відбувається

перелом зуба, а не його повний вивих. Крім того, при повних вивихах постійних зубів зі сформованими коренями проводять їх реплантацію. Для протезування дефектів зубних рядів у цьому віковому періоді застосовувалися мостоподібні протези із двосторонньою жорсткою фіксацією. Оскільки медіально-дистальні розміри зубів з віком не змінюються, потреби в застосуванні розсувних конструкцій немає. Інтактні опорні зуби не препарують. Коронки виготовляють з відкритою вестибулярною поверхнею за естетичними показаннями [16].

При застосуванні знімних конструкцій у дітей з тимчасовим прикусом виявлено незадовільну фіксацію часткових знімних акрилових протезів, що пов'язано з недостатніми умовами для забезпечення анатомічної ретенції, з відсутністю вираженого екватора у тимчасових зубів та неможливістю застосування кламерної фіксації. Не сприяло цьому і розширення базису протеза для покращення адгезії, бо протез ставав більш громіздким та незручним у використанні. Особливо це проявлялося при протезуванні ДЗР фронтальної ділянки, що обмежені тимчасовими зубами. Через незадовільну фіксацію акрилових знімних протезів, діти не могли ним користуватися [12].

Враховуючи наведене вище, авторами був розроблений частковий знімний протез [17], базис якого виготовлявся із пластини для термовакуумформування та штучних зубів, встановлених на ньому за допомогою швидкотвердіючої пластмаси (Ufi Gel hard, VOCO), яка не містить метилметакрилату, що зводить до мінімуму ризик виникнення алергічних реакцій. Акрилова пластмаса, як відомо, має ряд недоліків, тому в якості базису знімного протеза нами були використані пластини для термовакуумформування, з яких виготовляють знімні ретенційні капи. Вони складаються з комбінованого поліефірного матеріалу (КПЕМ), який хімічно зв'язується з акриловою пластмасою [12,17].

В період змінного прикусу дефекти зубних рядів (ДЗР) фронтальної ділянки зустрічалися у дітей значно рідше. Причинами їх, як правило, були адентія та травми. Для профілактики та лікування зубощелепних дефектів авторами застосовувалися апарати-протези та часткові знімні протези. Проте, найчастіше виготовлялися апарати-протези, тому що більшість дітей поряд з ДЗР мали зубощелепні аномалії та деформації. Апарати-протези дозволяли одночасно із заміщенням ДЗР виправляти аномальне положення окремих зубів, розширювати зубні дуги, тощо.

Після нормалізації форми та розмірів зубних рядів застосовувалися часткові зубні протези, якими пацієнти користувалися до закінчення росту щелеп, коли наставала можливість постійного протезування або до прорізування постійних зубів під протезом. Часткові зубні протези з КПЕМ використовувалися в якості як профілактичних, так і лікувальних: для стимуляції прорізування ретендованих зубів та нормалізації положення зубів у вертикальній площині для попередження зубоальвеолярного видовження. Крім того, їх базис мав притаманну термопластам еластичність і не так стримував ріст щелеп, як жорсткі акрилові протези, що дозволяло рідше робити заміни таких конструкцій, збільшуючи терміни користування ними [12].

В період постійного прикусу, як показали клінічні спостереження, вимоги пацієнтів до естетики набагато більші, особливо при ДЗР у фронтальній ділянці. Ці вимоги полягали не тільки в естетиці, а й в надійній фіксації зубних протезів. З цією метою авторами був розроблений мостоподібний протез з опорою на вкладках власної конструкції [18]. Особливості запропонованої конструкції адгезивного мостоподібного протеза (АМП) полягали у створенні на опорних елементах – вкладках отворів конусоподібної форми, звуженою частиною обернених до дна відпрепарованої порожнини зуба. Каркас АМП виготовлявся з кобальтохромового сплаву шляхом заміни воску на метал або з оксиду цирконію за допомогою фрезерування. Фіксація протезу на опорних зубах проводилася композерним цементом подвійного тверднення *Relux ARC 3M* [12,18].

Автори Самсонов А. В., Лисиця Н. А. провели порівняльну оцінку якості віддалених результатів протезування частковими знімними пластинковими безкламерними протезами з жорстким базисом та удосконаленими авторами ЧЗПП з двошаровим базисом, еластичною штучною ясною та ясенними пелотами. У пацієнтів, у яких жувальний тиск від штучних зубів протезів на слизову оболонку протезного ложа передавався через жорсткий базис, спостерігалася класична картина трьох фаз адаптації до знімного пластинкового протезу (по В. Ю. Курляндському). Отримані віддалені результати дослідження показали, що у всіх дітей із жорстким базисом адаптація супроводжувалася складними фізіологічними процесами, що було причиною відмови користуватися протезами. У дітей із удосконаленою конструкцією протеза адаптація пройшла з менш вираженими реакціями, більшість дітей адаптувалися протягом 10-15 днів [19].

Для відновлення анатомічної форми коронки тимчасових і постійних зубів, зруйнованих карієсом, недосконалим амелогенезом, гіоплазією емалі, патологічною стертістю, травмою, використовують стандартні виготовлені промисловим шляхом металеві коронки «3M ESPE Dental» або індивідуальні, зроблені в лабораторії металеві штаповані коронки, естетичні металокерамічні коронки «Nusmile», метод використання целулоїдних ковпачків (strip-коронки, «3M Strip Crown Kit») [20,21].

На сьогоднішній день широкого поширення набули strip-коронки. Так як з кожним роком батьки стають все більш вимогливими до естетики зубів, тому стоматологи користуються конструкціями, що заміщують не тільки функціональний дефект, але і є естетичний. Strip-коронки представлені у вигляді целулоїдного ковпачка, що випускається стандартних розмірів. На ринок такі коронки випустила компанія

3M ESPE. Час реставрації займає всього 20 хвилин. Починають з препарування каріозної порожнини, потім ковпачок підбирається за розміром, припасовується та робиться розріз по ріжучому краю, для виходу повітря в процесі установки. Далі зуб відновлюється композитом, потім покривається strip-коронкою. Така конструкція вважається міцнішою, ніж звичайні пломби, крім цього, вони дозволяють зберегти висоту прикусу і співвідношення зубів [1,22].

Для попередження розвитку вторинних деформацій зубних рядів, що є наслідком передчасної втрати тимчасових і постійних зубів, використовують фіксатори місця – space maintainers, розрізняють знімні, незнімні, односторонні та двосторонні. В конструкцію фіксатора додають такі елементи, як лінгвальні дуги, кільця з петлями, кнопки Nance, піднебінні бюгели, дистальний шип [21].

Напрямок дитячого протезування не сильно збив крок вперед за останні десятиліття. Так і залишаються актуальними розпірки на зуб для збереження місця, тільки на відміну від запропонованих Ільїної-Маркосян коронок, на зуб фіксується кільце, а розпірка представлена металевою дугою. Також збереглися знімні протези із пластмасовими зубами, які відіграють роль заміщення власних зубів [1,13,15].

Незважаючи на проведені дослідження вітчизняних і зарубіжних авторів, відсутня єдина думка з питань використання зубних протезів з опорою на дентальні імпланти у зростаючих осіб. Однак в останньому десятилітті все більше число робіт допускає можливість встановлення імплантів в підлітковому віці. У доступній літературі відсутні чіткі покази до використання дентальних імплантів залежно від віку дитини, локалізації дефекту, його протяжності. Автори розходяться у виборі видів імплантаційних систем, пропонуючи встановлювати пацієнтам до 15 років як постійні, так і тимчасові, з подальшою їх заміною. Заслугує особливої уваги висновок про можливість встановлення дентального імпланта в такому віці, коли відбулось завершення формування коренів заміщеного зуба [23-25].

Висновки. Тому, основною метою дитячого зубного протезування є попередження зубощелепно-лицьових аномалій та збереження нормального функціонування зубощелепної системи в цілому. Протезування повинно бути завершальним етапом санації порожнини рота у дітей. Тому існує потреба в удосконаленні ортопедичних конструкцій та їх швидкої адаптації до дитячого організму, а також впровадженні нових методик протезування дефектів зубних рядів у дітей в амбулаторних умовах, що необхідно затвердити відповідними протоколами надання стоматологічної допомоги.

Література

1. Mitin NE, Abdirkir M, Andreitseva EI. Detskoe zubnoe protezyrovanye: vchera, sehodnia, zavtra. The Journal of scientific articles "Health and Education Millennium". 2017;19(10):240-2. [in Russian].
2. Gavrilenko MA. Osoblyvosti ortopedychnoho likuvannia defektiv zubnykh riadiv u ditei z osoblyvymy potrebamy v period tymchasovoho prykusu. Innovatsii v stomatologii. 2014;2:40-5. [in Ukrainian].
3. Flis PS, Vozniuk VP, Petrus VV. Problemy rannoho zminnogo prykusu. Ukrainyski stomatolohichniy almanakh. 2011;3:85-7. [in Ukrainian].
4. Kaskova LF, Marchenko KV, Berezhna OE, Amosova LI. Dynamika pokaznykiv kariiesu u ditei iz zuboshchelepnyimi anomaliiamy pid vplyvom profilaktychnykh zakhodiv. Likarska sprava. 2015;1-2(1133):63-7. [in Ukrainian].
5. Oliynyk RP, Melnychuk AS, Moroz RG. Poshyrenist chastkovoї vtraty zubiv ta potreba yunatstva m. Ivano-Frankivska v ortopedychnii dopomozhi. Halyskiy likarskyi visnyk. 2012;19(3(1)):90-2. [in Ukrainian].

- Makieiev VF, Martinek HB. Chastota defektiv zubiv i zubnykh riadiv u pidlitkiv 13-17 rokov zalezno vid viku. Ukrainskyi stomatolohichnyi almanakh. 2012;4:106-10. [in Ukrainian].
- Doroshenko SI, Kul'ginskij EA, Ievleva YuV, Saranchuk OV, Zvolinskaja AN, Prokhmitskaja VA. Rozpovsiudzenist zuboshchelepnykh anomalii ta deformatsii, a takozh defektiv zubiv ta zubnykh riadiv sered ditei shkilnoho viku m. Kyieva. Visnyk stomatolohii. 2009;2(67):76-81. [in Ukrainian].
- Kaskova LF, Marchenko KV, Berezhna OE. Poshyrenist zuboshchelepnykh anomalii u ditei z urakhuvanniam shkidlyvykh zvyчок ta vidnoshennia do ortodontychnoho likuvannia. Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk ukrainskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii. 2015;15(1(49)):17-20. [in Ukrainian].
- Gavrylenko MA. Odnomomentne protezuvannia defektiv postiinykh zubiv u ditei-invalidiv pid zahalnym znebolenniam u period zminnoho prykusy. Suchasna stomatolohiya. 2014;3:96-9. [in Ukrainian].
- Venatovskaya NV, Pudovkina EA, Suetenkov DYe, Proshin AG. Protezirovanie defektiv tverdykh tkaney zubov i zubnykh ryadov kak profilaktika zubochelyustnykh anomalii u detey: ot neobkhodimosti k vozmozhnostyam. Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011;7(1):226-30. [in Russian].
- Gavrylenko MA. Vykorystannia provizornykh mostovydykh proteziv u ditei z osoblyvymy potrebamy u skladnykh klinichnykh sytuatsiiakh. Sovremennaya stomatologiya. 2014;4:115-7. [in Ukrainian].
- Makhnytskyi DM. Vtorynni zuboshchelepni deformatsii u ditei, yikh profilaktyka ta likuvannia. Scientific Journal «ScienceRise». 2015;5/4(10):111-7. [in Ukrainian].
- Khoroshilkina Fla. Ortodontiia. Deffekty zubov, zubnykh riadov, anomalii prikusa morfofunktsionalnye narusheniia v cheliustno-litsevoioblasti i ikh kompleksnoe lechenie. M.: Meditsinskoe informativnoe agentstvo; 2010. s. 436-48. [in Russian].
- Betelman AI. Ortopedicheskaiia stomatologiiia. M.: Medicine; 1965. s. 261-7. [in Russian].
- Kutsevlyak VI. Ortodontiia. Khar'kov: Krokus; 2006. s. 171-230. [in Russian].
- Fanakin VA, Filimonova OI, Dulkan LA, Baev AA. Osobennosti protezyrovaniya u detei defektiv perednego otdela zubnykh riadov. Permskyi medytynskyi zhurnal. 2006;6:59-62. [in Russian].
- Doroshenko SI, Makhnytskyi DM, vynakhidnyky. Deklaratsiinyi patent na korysnu model № 88065. Ukraina, MPK A61S 13/007 (2006.01). Chastkovy znimny protez. № u 2013 12264; zaiavl. 21.10.2013; opubl.25.02.2014, Biul. № 4. [in Ukrainian].
- Doroshenko SI, Makhnytskyi DM, Irkha SV, Petrushanko PA, vynakhidnyky. Deklaratsiinyi patent na korysnu model № 91423. Ukraina, MPK A61S 13/00 (2014.01). Mostopodobnyi protez. № u 2013 12427; zaiavl. 23.10.2013; opubl. 10.07.2014, Biul. № 13. [in Ukrainian].
- Samsonov AV, Lisitsa NA. Otdalennye rezul'taty protezyrovaniya defektiv zubnykh ryadov u detey semnymi plastinochnymi protezami s dvukhsloynym bazisom. Ukrainskyi stomatolohichnyi almanakh. 2010;2(1):44-6. [in Russian].
- Doroshenko SI, Kulhinskyi YeA, Doroshenko KV, Fedorova OV. Kompleksna pidhotovka do zubnoho protezuvannia patsientiv iz vtorynnymy zuboshchelepnyy deformatsiiamy, pov'iazanyy z vtratoi zubiv. Ukrainskyi stomatolohichnyi almanakh. 2011;5:24-32. [in Ukrainian].
- Polyanyk NYa. Zakhody profilaktyky vtorynnnykh zuboshchelepnykh deformatsii u ditei. Visnyk problem biolohii i medytsyny. 2015;2(2):202-5. [in Ukrainian].
- Mandziuk TB. Osoblyvosti profilaktyky kariiesu zubiv u ditei serednoho shkilnoho viku. Klinichna stomatolohiia. 2015;3-4:142-3. [in Ukrainian].
- Makieiev VF, Krupnyk AS. Dentalna implantatsiia u ditei i pidlitkiv. Mozhyvosti i problemy (ohliad literatury). Visnyk problem biolohii i medytsyny. 2015;4(2):29-34. [in Ukrainian].
- Wei-Yan Vergnes, Jean-Noel Vergnes, Jean Dumoncel, Pascal Baron, Christine Marchal-Sixou, José Braga. Asynchronous dentofacial development and dental crowding: a cross-sectional study in a contemporary sample of children in France. J Physiol Anthropol. 2013;22(1):22. DOI: 10.1186/1880-6805-32-22
- Mishra SK, Chowdhary N, Chowdhary R. Dental implants in growing children. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2013;1:3-9.

ПРОТЕЗУВАННЯ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ У ДІТЕЙ: ПРОБЛЕМИ, МОЖЛИВОСТІ ТА ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Лабій Ю. А., Гавалешко В. П., Рожко В. І., Котельбан І. С.

Резюме. У статті представлено огляд літературних даних, що стосуються ортопедичного протезування зубів у дітей. У статті наведено дані про поширеність дефектів зубних рядів у дітей, причини їх виникнення та потреби в ортопедичному лікуванні. Вітчизняні та зарубіжні спеціалісти відмічають значне зростання частоти дефектів зубів та зубних рядів серед дитячого населення, що свідчить про актуальність вивчення цієї досить гострої проблеми в дитячій стоматології. Представлено аналіз даних вітчизняної літератури щодо особливостей протезування дітей з тимчасовим, змінним та постійним прикусом. Опрацьовано дані літературних джерел, у яких автори описують результати впровадження удосконалених ортопедичних конструкцій незнімних та знімних протезів.

Ключові слова: діти, дефекти зубних рядів, протези, коронки, зубощелепні аномалії, профілактика.

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ДЕТЕЙ: ПРОБЛЕМЫ, ВОЗМОЖНОСТИ И ПУТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Лабий Ю. А., Гавалешко В. П., Рожко В. И., Котельбан И. С.

Резюме. В статье представлен обзор литературных данных, касающихся ортопедического протезирования зубов у детей. В статье приведены данные о распространенности дефектов зубных рядов у детей, причины их возникновения и потребности в ортопедическом лечении. Отечественные и зарубежные специалисты отмечают значительный рост частоты дефектов зубов и зубных рядов среди детского населения, что свидетельствует об актуальности изучения этой достаточно острой проблемы в детской стоматологии. Представлен анализ данных отечественной литературы об особенностях протезирования детей с временным, сменным и постоянным прикусом. Обработаны данные литературных источников, в которых авторы описывают результаты внедрения усовершенствованных ортопедических конструкций несъемных и съемных протезов.

Ключевые слова: дети, дефекты зубных рядов, протезы, коронки, зубочелюстные аномалии, профилактика.

PROSTHETIC OF DENTITION DEFECTS IN CHILDREN: PROBLEMS, OPPORTUNITIES AND WAYS OF IMPROVEMENT (REVIEW OF THE LITERATURE)

Labii Yu. A., Gavaleshko V. P., Rozhko V. I., Kotelban I. S.

Abstract. The article provides a review of literature concerning orthopedic dentures in children. The article presents data on the prevalence of dentition defects in children, the causes of their occurrence and prosthodontic treatment needs. The high level of tooth decay and its complications, the increase of traumatic dental lesions and congenital anomalies of the hard tissues structure, as well as the need for frequent replacement of fillings in children create unfavorable conditions for the formation of a complete chewing apparatus.

Domestic and foreign specialists note a significant increase in the incidence of dental and dentition defects in the pediatric population, which testifies to the urgency of studying this rather acute problem in pediatric dentistry. According to various authors, the incidence of dental anomalies in children and adolescents is increasing from 50.8% to 81%.

The analysis of national literature data on the features of prosthetics in children with temporary, variable and permanent bites is presented.

Delayed replacement of the dental rows defects in the temporary bite leads to tooth-alveolar elongation of teeth-antagonists and shortening of the dental row due to displacement of teeth in place of the missing, the severity degree of which depends on the defect prescription.

Destruction of the approximal surfaces of the crowns of temporary and permanent molars leads to a mesial shift behind the teeth found, a shortened dental arch, misuse of the teeth and their retention, pathological bites.

In the period of temporary occlusion, partial removable dentures are used, which have high functional, aesthetic and anatomical parameters with a plane mounting system, which is considered more rational in orthopedic dentistry.

During the period of variable occlusion, the main cause of dental row defects is trauma. For prosthetics of dental rows defects in this age period were used bridges with bilateral rigid fixation.

During the period of permanent occlusion, patients' requirements for aesthetics are much greater, especially with defects in the frontal area. The authors developed an adhesive bridge prosthesis with support on the tabs of their own design.

Data from literature sources were analyzed, in which the authors describe the results of the implementation of advanced orthopedic structures of fixed and removable dentures.

Key words: children, dental rows defects, dentures, crowns, dentition anomalies, prevention.

Рецензент – проф. Каськова Л. Ф.

Стаття надійшла 10.12.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-33-37

УДК 618.39-097

Мухарамова Т. М.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Научно-исследовательский Институт акушерства и гинекологии (г. Баку, Азербайджан)

nauchnayastatya@yandex.ru

Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами. Данная работа является фрагментом выполняемой диссертации на соискание ученой степени доктора философии по медицине «Значение лимфоцитотерапии в лечении и профилактике невынашивания беременности».

Одной из актуальных медико-социальных проблем акушерства и перинатологии на пороге третьего тысячелетия является невынашивание беременности. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в области профилактики и лечения угрозы прерывания и невынашивания беременности в последние годы, отсутствует тенденция к их снижению [1,2].

Частота самопроизвольного прерывания беременности составляет 20-25%. Частота привычного невынашивания беременности составляет 3-5 % от всех супружеских пар [3], причем риск потери желанной беременности возрастает с увеличением числа неудач и составляет 38% после двух предшествующих выкидышей [4]. Известно, что около 80% ранее необъяснимых случаев повторных потерь беременности-связано с нераспознанными иммунологическими нарушениями [5].

По мнению одних авторов, занимающихся проблемами иммунологии репродукции, при вовлечении иммунных механизмов в патогенез многократных ранних потерь беременности, шанс успешного вынашивания без терапии после трех выкидышей составляет 30%, после четырех 25%, после пяти – 5% [6].

Невынашивание является полиэтиологическим осложнением течения беременности, значимыми факторами в возникновении и реализации которого являются нарушения иммунной и эндокринной регуляции, которые, зачастую, реализуются в рамках прогестероновой недостаточности и дисбаланса биологически активных медиаторов иммунных и межклеточных взаимоотношений – цитокинов [6,7]. Установлено, что система цитокинов играет важную роль в регуляции межклеточных взаимодействий в эндометрии, в реализации эндокринных эффектов, а также во многом определяет процесс инвазии трофобласта [8,9,10]. В качестве одной из причин, приводящих к развитию патологии раннего гестационного периода, заключающейся в нарушении процессов имплантации и плацентации, рассматривается слабая аллогенная стимуляция иммунной