

4. Васильченко Н.П., Туркин В.Н., Волков В.Б. Сравнительная оценка разных методов терапии невынашивания беременности у больных миомой матки // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 6. – С.47-50.

5. Голота В.Я., Гогова В.Я. Імунологічні аспекти невиношування вагітності // ПАТ. – 1993. – №5-6. – С. 47-50.

6. Григорьева М.П., Копелян И.И. Разработка микромодификаций культивирования клеток крови человека // Бюлл.экспер.биол. и медицины. – 1972. – №8. – С.119-122.

7. Каминский Л.С. Статистическая обработка лабораторных и клинических данных. – Л., 1964. – 220с.

8. Коломійчук Л.В., Шикаєва Ф.В., Мамбеталієв Т.К., Потебня В.Ю., Луценко Н.С., Чернокозиновка Я.І. Стан імунного статусу і вміст серотоніну в крові у вагітних з невиношуванням під впливом традиційних і нетрадиційних методів лікування // ПАТ. – 1993. – №5-6. – С. 53-54.

9. Когосова Л.С., Чернушенко Е.Ф., Лернер С.И. Метод оценки чувствительности лимфоцитов к кортикостероидным препаратам // Рац. предложение №130 Киевского НИИ туберкулеза и грудной хирургии им. Ф.Г.Яновского. – 1977.

10. Коханевич Є.В., Барабой В.А., Лесво-Маркуш Н.І., Геревич І.А., Суменко В.В., Пацкань І.І. Використання спонтанної хемілюмінесценції сироватки крові у комплексній діагностиці загрози переривання вагітності // ПАТ. – 1989. – № 4. – С. 42-43.

11. Мамедалиева Н.М., Бурлев В.А., Ситников В.Ф., Сидельникова В.М., Волобуев А.И., Зыкин Б.И. Состояние фетоплацентарной системы у беременных, страдающих привычным невынашиванием, на фоне комплексной терапии с применением метаболической коррекции // Акушерство и гинекология. – 1991. – № 7. – С.22-26.

12. Мельников О.Ф., Лазарь А.Ф., Балицкая Н.И., Ли-

тук В.И. Использование изотопной метки ⁵¹Cr в реакциях цитолиза // – 1985. – №1. – С.40-42.

13. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. – М., 1986. – 203с.

14. Чаредеев А.М. Количественная и функциональная оценка Т- и В-систем иммунитета у человека // Общие вопросы патологии. – М., 1978 – С. 124-160.

15. Щербатов А.Ю. Оцінка ефективності імунокорекції в комплексному лікуванні невиношування вагітності // ПАТ. – 1997. – №2. – С.59-60.

16. Яшвілі Т.І. Особливості імунного статусу матері при невиношунанні вагітності // ПАТ. – 1989. – №5. – С.46-47.

17. Bach J.F., Hirshom K. Lymphocyte interaction, a potential histocompatibility test in vitro // Exp. Cell. Res. - 1963. - Vol. 32. - P. 592-602

18. Bach J.F., Dormont J., Durdenne M., Balner H. In vitro rosette inhibition by antilymphocyte serum correlation with skin graft prolongation in subhuman primates // Transplantation. – 1969. – Vol. 8, N 3. – P. 265-281.

19. Bromilow I.M., Gowning I., Walkinshaw S.A., Welch C.R. Duguid J.K. A case of unexplained mild Rh(D) haemolytic disease in utero // Transfus.Med. – 1995. – Vol. 5, N1. – P.31-35.

20. Dooren M.C., Engelfriet C.P. Protection against Rh-D haemolytic disease of the newborn by a diminished transport of maternal Ig G to the fetus // Vox Sang. – 1993. – Vol.65, N1. – P. 59-61.

21. Limutibl S., Shor A., Dosch H., Gelfand E.N. Teophyllin modulation of E-rosette formation an indicator of T-cell maturation // Clin.Exp.Immunol. – 1978. – Vol. 33, N3. – P.503-513.

22. Mancini G., Carbonare A., Haremans I. Immunochemical quantitation of antigens by single radial diffusion // Immunochemistry. – 1965. – Vol. 2. – P.235-239.

SUMMARY

IMMUNOLOGIC ASPECTS OF MISCARRIAGE IN Rh-CONFLICT

Gnatko E.P.

The immunologic indices in pregnant women with threatened miscarriage were studied. The characteristic features of immunological status in pregnant women with miscarriage at a background of Rh-conflict were revealed. It was shown that such indices as EK, K and T-cells possess prognostic significance in pregnancy outcome.

Ukrainian Ministry of the Health Public Service
National Medical University name after A.A.Bogomolets

Матеріал надійшов до редакції 29.01.99

ПРОБЛЕМИ СТОМАТОЛОГІЇ

© Головко С.В., Головко Н.В.

УДК 616.314.2

КЛІНІКА ОДНОСТОРОННІХ КІНЦЕВИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНОГО РЯДУ

Головко С.В., Головко Н.В.

Українська медична стоматологічна академія, М.Полтава

Найбільш поширеною патологією зубощелепної системи є часткова відсутність зубів. Серед дефектів зубних рядів вона займає перше місце, що підтверджується даними різних авторів [1, 5,10,12,18,19, 23].

У зв'язку з погіршенням економіки та екології, в Україні відбулися значні зміни умов життя (емоційні стреси, нерациональне харчування, засто-

сування харчових продуктів з високим вмістом консервантів та таке інше, що в свою чергу призводить до порушення резистентності твердих тканин зубів та пародонту. Зростання розповсюдженості карієсу та його ускладнень, захворювань тканин пародонту, обумовлює втрату зубів. Також це пов'язане із збільшенням кількості людей похи-

лого віку, тому потреба в знімному протезуванні за даними різних авторів сягає 96% [7].

Найбільш складними в ортопедичному лікуванні є односторонні кінцево не обмежені дефекти зубного ряду. Проблема протезування кінцево не обмежених дефектів на протязі багатьох років дискутується серед ортопедів. При відсутності одного, двох або трьох зубів на одній стороні щелепи ортопеди часто відмовляють пацієнтам у протезуванні, вважаючи що жування компенсується зубами протилежної сторони щелепи.

Є.І.Гаврилов (1973, 1979) [6, 7] вважає, що людина при інтактних зубних рядах має два жувальні центри, які розташовані зліва і справа на молярах. Розжовування їжі відбувається тільки в одному з них (звична сторона жування), або на обох по черзі. В кожний момент пережовування діє лише один жувальний центр, який забезпечує необхідний ступінь подрібнення їжі. З цієї причини поява одностороннього кінцевого дефекта до певного часу не супроводжується значним порушенням функції жування.

За даними Фарук А.М. (1971) [26] кінцеві дефекти при обстеженні 1000 пацієнтів були визначені у 20,8% випадків. Одностороннє вкорочення зубного ряду автор визначив у 361 пацієнта, причому у 304 - воно поєднувалося з включеними дефектами, і тільки у 57 хворих (5,7%) були тільки кінцеві дефекти. Односторонні кінцеві дефекти у 20 пацієнтів були розташовані на верхній щелепі, у 27 - на нижній і у 10 - на обох щелепах.

Вазир Г.Ж. (1993) [9] при обстеженні 161 хворого з дефектами зубних рядів визначив дистальне не обмежені - у 121. За даними Бочарової (1971) [3] дистальне не обмежені дефекти визначені у 18,3±0,77% випадків, за даними Є.І.Гаврилова(1973) [7] - у 5,7%: причому значно частіше зустрічаються пацієнти із сполученням односторонніх кінцевих дефектів з включеними (36,1% з числа хворих з кінцевими дефектами). З віком кількість осіб з подібними дефектами підвищується і в 45-54 роки складає 54,0±4,48%. Семенов В.М. (1996) [23] обстежив 2000 мешканців Омської області і відзначив, що частота кінцевих дефектів зубного ряду підвищується до 50 років. Так у віці 30-39 років вона відповідно складає 5,2±1,1% та 4,9±1,14%, а у 40-49 років - 8,3±1,3% та 9,5±1,4%, а у людей старших за 50 років сягає 17,3±2,2% та 21,8±2,4%. Причому двосторонні дефекти зустрічаються частіше ніж односторонні.

Левандовський Р.А. (1996) [20], вивчаючи архівні матеріали історій хвороб 1256 мешканців Дніпровського району м.Херсона, визначив кінцеві дефекти у 260 пацієнтів, тобто у 20,7% випадків.

За даними клініки ортопедичної стоматології м.Калініна шляхом опитування 73 пацієнтів [7,26] визначено, що причиною втрати зубів у 37 пацієн-

тів була патологічна рухомість зубів внаслідок захворювань пародонту, у 29 - карієс та його ускладнення, у 1 - травма.

Найчастіше хворі із кінцевими дефектами зубного ряду скаржаться на утруднене пережовування їжі і внаслідок цього захворювання шлунково-кишкового тракту [7].

Втрата молярів внаслідок їх дистального розташування незначно змінює зовнішність пацієнта і тому не призводить до серйозних порушень естетики обличчя та мови. І тільки у людей, професія яких пов'язана з гарною дикцією (актори, диктори, співаки, лектори, перекладачі та ін.) тоді виникають скарги на естетичні порушення та деякі зміни у вимові тих чи інших звуків, але характер естетичних проявів та порушень мови зовсім не знайшов відображення в літературі. Лише зустрічаються окремі посилання на зниження висоти нижньої третини обличчя, що може бути обумовлене підвищеною або патологічною стертістю зубів.

Скарги з боку скронево-нижньощелепних суглобів виникають найчастіше у пацієнтів, які мають вторинні деформації оклюзійної поверхні: нахил зубів у бік дефекта, зубоальвеолярне подовження на протилежній щелепі та таке інше [25].

Деформації оклюзійної поверхні обумовлювали скарги пацієнтів на шум у скронево-нижньощелепних суглобах при рухах нижньої щелепи, максимальне відкривання рота супроводжувалося у таких хворих клацанням у суглобах, виникали сходинкоподібні рухи із зміщенням нижньої щелепи убік.

Але головним симптомом, як відзначає ряд авторів [3, 7, 14, 15, 17 27] є функціональне перевантаження. Воно може бути компенсованим, тобто не мати клінічних проявів з боку пародонту і твердих тканин зубів, або проявлятися підвищеною стертістю твердих тканин зубів. Декомпенсоване функціональне перевантаження супроводжується виникненням патологічної рухомості зубів різного ступеню і оголенням коренів зубів, зміщенням зубів у різних напрямках.

Вчені намагалися класифікувати дистально не обмежені дефекти в залежності від протяжності дефекту [7, 26, 8]. Вона може бути різною: відсутні тільки моляри, відсутні моляри та другий премоляр, відсутні моляри та премоляри.

За даними Фарук А.М. (1971) [26] вкорочення нижнього зубного ряду частіше спостерігається зліва, у 57 пацієнтів були відсутні тільки моляри, у 19 - моляри та другий премоляр, у 5 - усі моляри та премоляри.

А.І.Гаража (1973) [8], вивчаючи різновиди односторонніх діагональних протилежних дефектів зубних рядів без дистального захисту, запропонував класифікацію 4 основних типів, кожен із яких має свої особливості:

I тип - односторонні діагонально протилежні дефекти зубних рядів без дистального захисту: коли зубний ряд на кожній щелепі з одного боку закінчується премолярами.

II тип - односторонні діагонально протилежні дефекти зубних рядів без дистального захисту у випадках, коли зубний ряд на одній із щелеп закінчується премолярами, а на іншій - іклом.

III тип - односторонні діагонально протилежні дефекти зубних рядів без дистального захисту при відсутності оклюзійного контакту між збереженими зубами.

В.Н.Емельянов (1989) [13] у хворих з кінцевими дефектами слабкий ступінь атрофії визначив у 9 пацієнтів із 100; помірний - у 45; великий, іноді з повною відсутністю - у 32. Причому, у 38 пацієнтів атрофія була рівномірною і у 48 нерівномірною. Він звертав увагу і на форму вершини беззубого альвеолярного відростка, визначивши її як овальну - у 50 пацієнтів, гострокінечну - у 22, пласку - у 9, та у 2 пацієнтів - хвилеподібну. Слизова оболонка беззубого альвеолярного відростка може бути нормальною, гіпертрофованою або атрофованою [20]. Якщо антагоністи сягають слизової оболонки беззубого альвеолярного відростка, то клінічно визначаються ознаки запалення.

Продовжні складки слизової оболонки беззубого альвеолярного відростка [13] виявлені у 72 пацієнтів із 100 спостережених, причому у 38 пацієнтів вони були розташовані на його язичному скаті, у 22 - на щічному, і у 7 - на обох. У 5 пацієнтів складки слизової оболонки були розташовані на вершині альвеолярного гребеня по типу «бовтаючогося гребеня».

Форму атрофії беззубого альвеолярного відростка у 81 хворого з кінцевими дефектами Фарук А.М. (1971) [26] визначав за Ельбрехтом. I тип, або рівномірна атрофія альвеолярного відростка з горизонтальним розташуванням його вершини визначено у 36 хворих (44,44%); II тип, коли більш виражена атрофія у дистальному відділі внаслідок ранньої втрати останніх молярів, визначено у 10 хворих (12,31%); III тип: коли альвеолярний відросток зберігся лише у дистальному відділі, але втрачений поблизу зуба, який обмежує дефект мезіально - визначено у 15 хворих (18,51%); і III тип - коли беззубий альвеолярний відросток має виїмку визначено у 20 хворих (24,68%).

Вазір Г.Ж. (1993) [9], виділяє 4 основних варіанти нахилу альвеолярного гребеня: I тип- беззуба ділянка альвеолярного відростка атрофована рівномірно; II тип - альвеолярний відросток атрофований в більшому ступені з мезіального боку і в меншому ступені з дистального; III тип - альвеолярний відросток атрофований в більшому ступені з дистального боку і менше з мезіального; III тип - альвеолярний відросток найбільш атро-

фований посередині беззубої ділянки. Остання форма альвеолярного відростка може мати угнутість з більшим або меншим нахилом мезіально або дистально. Автор також відзначає, що найбільше кількість різних варіантів нахилу альвеолярного гребеня спостерігалася на нижній щелепі. Схил альвеолярного гребеня має три форми: полого, стрімчасту і з навісом.

Для більш повної характеристики змін у жувальному апараті, які

супроводжують односторонні кінцеві дефекти проводять елекроміографічні дослідження [11, 16, 22, 24, 28].

Кількісний аналіз електроміограм у осіб з частковими кінцевими дефектами зубних рядів показав переважне скорочення періодів біоелектричної активності в порівнянні з спокоєм, істотне зменшення амплітуди фази біоелектричної активності, періоду динамічних циклів, що є відображенням різких змін у жувальному апараті. Крім цього відбувається збільшення тривалості жувальних рухів у середньому у 2,68 рази та відзначається збільшення тривалості жувального періоду у 2,17 рази [24].

Якісний аналіз електроміограм у осіб з частковими кінцевими дефектами зубних рядів показав, що біоелектрична активність повільного скорочення жувальних м'язів проявлялася більш рідкою залповою високоамплітудною активністю на фоні множинних низькоамплітудних біопотенціалів. Іншою, не менш важливою особливістю електроміограм є відсутність симетричності та чергування сторін жування.

Зменшення величини електроміографічних показників залежить від величини (протяжності) дефекту, віку пацієнта та давності втрати зубів

На протязі усього періоду жування здійснювалося, як правило, на одній стороні, яка стала звичною. В залежності від клінічної картини, тобто наявності переважної латералізації кінцевого дефекту, у одних пацієнтів відзначався право-, а у інших лівосторонній тип жування. З часом у таких хворих спочатку виробляється, а потім стійко закріплюється патологічний динамічний стереотип. Труднощі подальшого лікування будуть пов'язані не тільки з заміщенням дефекту, а також і з відновленням нормальної біомеханіки жувального акту. У зв'язку з чим стають якими труднощі адаптації хворих до знімних конструкцій протезів.

Таким чином, проведений огляд літератури з питань клініки односторонніх кінцевих дефектів дозволив визначити недостатньо висвітлені питання естетичних порушень, стану скронево-нижньощелепних суглобів, змін функції жування при втраті різної кількості та різних груп зубів, а також адаптації до різних конструкцій протезів. З нашої точки зору для заміщення кінцевих дефектів найбільш раціональною конструкцією є знімний

мостоподібний протез, який характеризується більшою естетичністю та більш коротким часом адаптації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Базиян Г.В. Исследование распространенности стоматологических заболеваний у населения СССР и прогнозирование и планирование стоматологической помощи. Автореф. дис. д-ра мед. наук. 14.01.22/Моск. мед. стомат. ин-т.-М., 1971, 24 с.
2. Балуда И.В. Состояние тканей протезного ложа у больных с концевыми дефектами зубных рядов при лечении с использованием имплантатов: Дис. канд. мед. наук. 14.01.22.-М., 1990, С 8-35.
3. Бочарова А.Г. Клиника и лечение больных с односторонним укорочением зубного ряда: Автореф. дис. канд. мед. наук. 14.01.22/ Одесса.-1971. -24с.
4. Боян А.М. Замещение бюгельными протезами дистально не ограниченных дефектов зубных рядов: Автореф. дис. канд. мед. наук. 14.01.22/К.-23с.
5. Варес Э.Я. Нуждаемость населения в зубных протезах// Стоматология. 1983.-№2.-С.79-80.
6. Гаврилов Е.И. Теория и клиника протезирования частичными съёмными протезами. - М.: Медицина, 1973.- с. 175-203.
7. Гаврилов Е.И. Протез и протезное ложе. М.: Медицина. - 1979. -190 с.
8. Гаража А.И. Разновидности односторонних диагонально противоположных дефектов зубных рядов и разгрузка опорных зубов при ортопедическом лечении: Автореф. дис. канд. мед. наук. - М.-1973. - 18с.
9. Гассан Жамиль Вазир Повышение эффективности фиксации съёмных протезов после частичной потери зубов: Автореф. дис. канд. мед. наук. - К. - 1993.-18 с.
10. Гуцуцуй В.А. Распространенность частичной утраты зубов у сельского населения Молдавской ССР. //Стоматология. - 1988 - №6. - С.64-66.
11. Довбенко А.И., Лось В.В., Петруева К.Л. Функциональные изменения жевательных мышц у лиц с частичными концевыми дефектами зубных рядов //Актуальные вопросы стоматологии. Тезисы докл. научно-практ. конф. Полтава. -1981. - С. 116-117.
12. Ельчанинов Е.А., Чичерин С.И. Определение потребности в ортопедической стоматологической помощи населения г.Воронежа //Профилактика стомат. заболеваний. Тезисы докл. Всероссийского съезда стоматологов - М. -1988. - С.17-18.
13. Емельянов А.Н. Клиническая картина и протезирование больных с концевыми изъянами зубных рядов: Автореф. дис. канд. мед. наук.-Калинин.-1989.- 16с.
14. Жулев Е.Н. Клинико-анатомическая характеристика зубных рядов как объективный метод оценки резервных сил

пародонта //Стоматология. -1991.-№4.-с.57-59.

15. Каливрадджян Э.С. Лесных Н.И. Определение зон перегрузки слизистой оболочки протезного ложа после фиксации съёмного протеза//Стоматология. - 1987.-№6.-С.55-67.

16. Ключников О.В. Обоснование сроков ортопедического лечения после частичной утраты зубов в зависимости от состояния жевательных мышц: Автореф. дис-и канд. мед. наук. 14.01.22.-М.- 1987.-22с.

17. Кузнецов П.А., Яковлев К.К., Волков А.В. Распределение жевательного давления на ткани протезного ложа съёмным протезом, изготовленным по функционально-дифференцированному слепку //Стоматология. -1986.-№2.- С 72-74.

18. Курьянов А.К. О прогнозировании потребности в ортопедической стоматологической помощи. //Стоматология. - 1979.-№2.-С74-75.

19. Лабунец В.А. Основные направления научных исследований в области планирования стоматологической ортопедической помощи на Украине //Актуальні питання ортопедичної стоматології. 36 наук.праць. - Полтава.-1996.-С.49-51.

20. Левандовський Р.А. Раннє заміщення кінцевих дефектів та великих включених дефектів зубних рядів мостоподібними протезами на імплантатах: Автореф. дис. канд. мед. наук/14.01.22.-К.-1996.- 17с.

21. Сальников А.Н. Профилактика осложнений после протезирования концевых дефектов зубных рядов: Автореф. дис. канд. мед. наук / 14.01.22.- М.-1991.-26с.

22. Семенов Е.И. Электромиографические исследования функционального состояния жевательной мускулатуры у больных с одно- и двусторонними неограниченными дистальными дефектами зубного ряда. //Вісник стоматології.-1997.- №2.-С 214-216.

23. Семенов В.М. Яковлев И.И., Стафьев А.А. Нуждаемость населения Омской области в различных конструкциях зубных протезов//Стоматология.-1996.-№2.-С.31-32.

24. Сенюков О.М. Динамика ЕМГ показателей функционального stanu жувальних м'язів у процесі протезування хворих з односторонніми кінцевими дефектами зубних рядів на субперіостальних імплантатах. //Вісник стоматології.-1997.-№1.-С. 108-110.

25. Сергеева Т.А. Диагностика и лечение дисфункций височно-челюстных суставов: Автореф. дис. канд. мед. наук/14.01.22.- Санкт-Петербург.-1997.-23с.

26. Фарук Абдалла Мухамед Клиника и протезирование больных с односторонними концевыми изъянами зубных рядов: Автореф. дис-и канд. мед. наук/14.01.22.-Калинин.-1971.-24с.

27. Чулак Л.Д. Влияние съёмных протезов на состояние альвеолярных отростков челюстей //Вісник стоматології.-1997.-№3.-С.442-444.

28. Юсевич Ю.С. Электромиография тонуса скелетной мускулатуры человека в норме и патологии. М.: Медицина - 196.- 162с

SUMMARY

The rivew is devoted to the description of the clinic of distally unlimited defects of the denture (class II in accordance with Kennedy's classification) wich are of definite complexity at the denture process.

The frequency of distally unlimited defects, patients' complaints, the evident types of defects' length, alveola process state; the form and level of atrophy, the state of the mucous toothless part of the alveola process, analysis characteristics of masticatory apparatus changes are presented.

Ukrainian Ministry of the Health Public Service
Ukrainian Medical Stomatological Academy
Shevchenko Str., 23, 314021, Poltava

Матеріал надійшов до редакції 12.01.99