

Колеснікова Світлана Віталіївна - к.м.н, доцент кафедри патологічної фізіології ДонНМУ ім. М.Горького; +38 062 295-03-26
 Піщуліна Світлана Володимирівна - к.м.н, доцент кафедри патологічної фізіології ДонНМУ ім. М.Горького; +38 062 295-03-26
 Антонов Євген Вікторович - к.м.н, доцент кафедри патофізіології ДонНМУ ім. М.Горького; +38 062 295-03-26
 Сидун Марія Станіславівна - к.м.н, доцент кафедри хімії ДонНМУ ім.М.Горького; +38 062 295-03-26
 Заведєя Тетяна Леонідівна - к.м.н., викладач медичного ліцею ДонНМУ ім. М.Горького; +38 062 295-03-26
 Стрельченко Юрій Ігоревич - к.м.н., асистент кафедри патофізіології ДонНМУ ім. М.Горького; +38 062 295-03-26

© Касьяненко Д.М.

УДК: 616.74:616.89-008.437:616.744.6

Касьяненко Д.М.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра стоматології дитячого віку (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

СУЧАСНЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ДИСТАЛЬНИЙ ПРИКУС

Резюме. Незважаючи на те, що дистальний прикус залишається однією з найпоширеніших аномалій прикусу, у спеціалітській літературі украї недостатньо висвітлений взаємозв'язок дистооклюзії із загальними порушеннями організму. На сьогодні при вивченні спеціальної літератури відчувається нестача інформації щодо взаємозв'язку функціональних, морфотопікометричних, естетичних порушень при дистооклюзії і ступеня їх вираженості у пацієнтів різного віку, а також щодо поєднаного впливу етіологічних чинників на появу цих порушень.

Ключові слова: дистальний прикус, ортодонтичне лікування, профілактика дистального прикусу, лікування дистального прикусу.

Дистальний прикус відноситься до сагітальних аномалій прикусу. Термін "дистальний прикус" (дистооклюзія) ввів В.Е. Licher у 1926 році, включаючи в нього поняття про дистальне положення нижньої щелепи по відношенню до верхньої, коли мезіально-щічний бугор верхнього моляра розміщується попереду щічної фісури нижнього моляра. На теперішній час у літературі зустрічається багато синонімів цього терміну, пов'язаних із тими чи іншими акцентами, на яких наголошується в класифікаціях різних авторів: II клас, постеріальний прикус, дистальна оклюзія, аномалії другої групи.

Термін аномалії прикусу II класу належить американському вченому Е.Енгля (1889), який, аналізуючи порушення зімкнення бокових зубів, до II класу аномалій прикусу відніс аномалію зімкнення, що виникає у зв'язку з більш дистальним положенням перших постійних молярів нижньої щелепи по відношенню до перших молярів верхньої щелепи. В межах II класу аномалій прикусу він виділяє два підкласи: 1 - протрузію з тремами передніх верхніх зубів і 2 - ретрузію верхніх передніх зубів без наявності проміжків між ними. Перший підклас II класу характеризується віялоподібним нахилом передніх зубів верхньої щелепи і звуженням зубних рядів в бічних відділах. Другий підклас II класу - характеризується піднебінним нахилом верхніх різців. Такий нахил мають лише центральні різці, а бічні різці дуже часто відхилені у бік губи і повернені по осі. На відміну від першого різновиду при цій формі прогнатичного прикусу, сагітальна щілина між верхніми і нижніми передніми зубами, як правило, відсутня [Куцевляк, 2005].

Морфологічна класифікація Е. Енгля, завдячуючи своїй простоті, стала домінуючою. Врахування ознаки зімкнення перших постійних молярів верхньої та нижньої щелеп зберігається в усіх наступних сучасних кла-

сифікаціях [Хорошилкина, 2004]. Так, А.И.Бетельман з співавторами у 1965 році залежно від ступеня розвитку щелеп виділяв 4 клінічні форми дистального прикусу: нижню мікрогнатію; верхню макрогнатію; верхню макрогнатію і нижню мікрогнатію; верхньощелепну прогнатію зі звуженням у бокових ділянках. Л.В.Ильїна-Маркосян, А.И.Евдокимова [1974] при діагностиці дистального прикусу пропонує враховувати зміщення нижньої щелепи та застосовувати термін "постеріальний прикус", виділяючи 3 його форми: без зміщення нижньої щелепи; зі зміщенням нижньої щелепи; поєднана форма.

Відомо, що аномалії оклюзії формуються в трьох взаємно перпендикулярних площинах: сагітальній, трансверзальній і вертикальній. Сагітальні аномалії оклюзії дуже часто поєднуються з трансверзальними і вертикальними аномаліями [Персин и др., 2002; Сулейманова, 2005].

Дистальний прикус може зустрічатися в період тимчасового, змінного та постійного прикусів. До ранніх ознак дистального прикусу відносять наявність горбикового співвідношення тимчасових ікол при нейтральному або горбиковому співвідношенні ікол при нейтральному або горбиковому співвідношенні других молярів, відсутність фізіологічних трем між зубами нижньої щелепи, глибоке перекриття фронтальної групи зубів. З віком тяжкість змін наростає.

Л.М.Сулеймановою [2005] на основі результатів дослідження поєднаних оклюзій у підлітків і дорослих виділені вірогідні симптомокомплекси аномалій, характерні для дистальної оклюзії і пов'язані з аномаліями зубів, аномаліями розмірів лицьового відділу черепа та з поєднаннями аномалій зубів з аномаліями щелеп. Так, встановлено, що в 97% обстежених при дистальній оклюзії виявляються аномалії зубів: невідповідність мезіодистальних розмірів зубів верхньої і нижньої

щелеп, укорочення переднього відрізка нижнього зубного ряду (ці ознаки визначають наявність і величину сагітальної щілини), звуження зубних рядів верхньої і нижньої щелеп в області іклів, премолярів і молярів, звуження апікальних базисів зубних рядів. У 93% випадках виявлені аномалії розмірів лицьового відділу черепа, тобто зменшення зубоальвеолярних висот нижньої щелепи і задньої зубоальвеолярної висоти верхньої щелепи, збільшення передньої, задньої і нижньої передньої висот лицьового відділу черепа, протрузія різців нижнього зубного ряду, збільшення міжрізцевого кута. У 72% випадках обстежених з дистальною оклюзією зубних рядів спостерігали поєднання аномалій зубів з аномаліями щелеп. До перерахованих раніше аномалій зубів і зубних рядів, додається подовження основи верхньої і укорочення нижньої щелеп, подовження гілок нижньої щелепи, ретроположення нижньої щелепи. Автор зазначає, що аномалії оклюзії зубних рядів виявляються в трьох взаємно перпендикулярних площинах: сагітальній, вертикальній і трансверсальній. У трансверсальному напрямі при дистальній оклюзії виявлено звуження зубних рядів, але у зв'язку із звуженням двох зубних рядів, це не призводить до порушення оклюзії в бічних ділянках. У вертикальному напрямі при дистальній оклюзії зубних рядів частіше збільшена глибина різцевого перекриття.

Результати кореляційного аналізу, проведеного Л.М.Сулеймановою [2005] свідчать, що найбільші кореляційні зв'язки виявлені між такими параметрами симптомокомплексів: у 97% пацієнтів з дистальною оклюзією зубних рядів - це сума мезіодистальних розмірів 12 зубів верхньої щелепи, ширина між премолярами верхнього зубного ряду і ширина апікального базису верхнього зубного ряду; в 93% - це зубоальвеолярні висоти верхньої і нижньої щелепи в передній ділянці, протрузія різців нижньої і ретрузія верхніх різців, збільшення кута нахилу верхніх і нижніх різців відносно один одного; у 72% - це кут, що визначає положення підборіддя в антеріопостеріальному напрямі, кути верхньої і нижньої щелеп, що характеризують положення в просторі черепа.

Порушення оклюзії в сагітальному напрямі є найбільш поширеною аномалією зубощелепної системи [Головко, Хейдарі Мехді Хоссейн, 2013]. Дистальний прикус за даними різних авторів є однією з найпоширеніших аномалій прикусу і може становити від 3,6 до 65% [Фирсова, 2002; Флис і др., 2005; Алимский, 2007; Дубова, 2008; Гуненкова і др., 2009; Чуйкин, Аверьянов, 2009; Прскокова, Арсенина, 2010]. На даний час проведено низку наукових досліджень на території України із вивчення поширеності зубощелепних аномалій, включаючи дистальний прикус. Відсоток патологічних видів прикусів у різних вікових групах по областях України за даними епідеміологічних обстежень становить: у дітей 9-12 років у Вінницькій області - 35,54% [Васильчук, Філімонов, 2008], в Одеській області зубо-щелепові аномалії вияв-

лені у 36,67% дітей [Головко, 2005], у Івано-Франківській області показник поширення становить 38,60% [Казакова та ін., 2001], в Полтавській області розповсюдженість всіх видів зубо-щелепо-лицьової патології від 5-25 років складає 76,97% [Куроедова та ін., 2005]. Серед патологічних видів прикусів поширеність дистального прикусу у період змінного прикусу у школярів м. Кривий Ріг становить 24% [Самойленко, Дрок, 2007], у дітей Полтавської області - 24,9% [Головко та ін., 2006], у дітей 9-12 років Вінницької області - 22,5% від кількості дітей з зубощелепними аномаліями [Васильчук, Філімонов, 2008], в Івано-Франківській області наявність дистального прикусу реєструється у 27,33% у дітей віком 9-12 років [Соловей та ін., 2000; Соловей, 2001], а за даними В.В.Філоненка [2007] дистальний прикус виявлено у 37,7% дітей віком від 4 до 6 років.

Виявляючи фактори, що сприяють поширеності патології зубощелепної системи на основі даних одномоментного скрінінгового обстеження 684 дітей з різних регіонів України, О.О.Мардашко [2000] зазначає, що поширеність патології зубощелепної системи залежить від рівня техногенного забруднення середовища, віку дітей й істотно не залежить від статі обстежуваного контингенту. Радіонуклідне забруднення території значно впливає на поширеність зубощелепних аномалій у дітей, народжених після аварії на ЧАЕС.

С.В.Степановою [2008] встановлено, що поширеність зубощелепних аномалій у дітей м.Дніпропетровська з віком збільшується: з 41,4% (в 6-7 років) до 93% (в 15 років). Така тенденція характерна і для поширеності дистального прикусу: у 6-7 літніх дітей дистальний прикус реєструється у 10,0%, у 12 років - у 15,0%, а в 15 літньому віці кількість дітей з дистальним прикусом збільшується до 21,4%.

Відомо, що на поширеність аномалій прикусу впливає расова належність населення. Так між типом будови лицьового черепа в монголоїдного населення Казахстану, частотою зубощелепних аномалій, характером захворюваності карієсом зубів і хворобами пародонту відмічається прямий кореляційний взаємозв'язок високої сили. Серед монголоїдного населення Казахстану поширеність аномалій прикусу вища, ніж в європеїдного населення на 46,23% [Белоусов, 2009].

Окрім того, завжди, судячи за науковими публікаціями, приділялась велика увага вивченню питання найбільш раннього вияву зубощелепних аномалій, своєчасного проведення профілактичних і лікувальних заходів [Теперина, 2004].

Таким чином, за науковими відомостями останніх років серед проблем дистального прикусу, учених цікавили насамперед питання ортодонтичного лікування пацієнтів з аномаліями оклюзії зубних рядів в сагітальному напрямку, їх профілактики та можливості ранньої корекції, часто з демонстрацією результатів застосування авторських конструкцій [Соловей, 2001; Кутишат, 2003; Смаглюк, 2006; Берсенев, 2007; Степанова, 2008; Па-

рубок, 2009; Водолацкий, 2010; Флейшер, 2011]. Є роботи, що стосуються вдосконалення методів діагностики [Дунаевская, 2011]; корекції м'язів щелепно-лицьової області [Набиев, 2011]. У ряді робіт приділяється увага ускладненням, що супроводжують аномалії прикусу [Перова, 2000; Бабаскин, 2001; Постников, 2008], факторам, що зумовлюють особливості патології [Жачко, 2007], вивчаються жувальні навантаження на тверді тканини зуба [Бартенев, 2007], розглядаються питання морфофункціональних порушень при дистоклюзії [Гулиева, 2004; Рогова, 2004]; з'являються роботи щодо естетичних змін при оклюзіях [Черновол, 2005; Grzywacz, 2003]. При дистальному прикусі змінені контури нижньої третини обличчя. У брахіцефалів відмічається значне виступання верхньої губи над нижньою, глибока супраментальна складка, добре виражене підборіддя [Dischinger, 2001].

У доліхоцефалів верхня губа зазвичай тонша за нижню. Нижня зазвичай вивернута назовні і розташована в одній вертикальній площині з верхньою губою або трохи дистальніше відносно неї. Супраментальна складка глибока, підборіддя скошене дистально, при змиканні губ шкіра підборіддя напружена, видимі краплинні поглиблення - місця прикріплення мімічних м'язів.

За даними Г.Ю.Пакалнс [1970], захворювання пародонта при дистальному прикусі зустрічаються в 24% випадків. Типовими симптомами захворювань пародонту при дистальному прикусі є гіперемія та набряк ясенних сосочків, кровоточивість ясен, іноді наявність хибних патологічних ясеневих кишень. У складних випадках зафіксовані оголення шийок зубів, атрофія кісткової тканини в ділянці зубної ямки, рухомість та зміщення зубів.

Слід зауважити, що порівняно з морфологічними, функціональні відхилення при дистоклюзії представлені в літературі менш широко, а дані протирічні. У спеціальній літературі украї недостатньо представлений взаємозв'язок дистоклюзії із загальними порушеннями організму [Гулиева, 2004]. На сьогодні відчувається також нестача інформації щодо взаємозв'язку функціональних, морфо-топікометричних, естетичних порушень при дистоклюзії і ступеня їх вираженості у пацієнтів різного віку, а також щодо поєданого впливу

етиологічних чинників на появу цих порушень.

При дистальному прикусі не абияке місце займають функціональні порушення з боку жувальної та мімічної мускулатури.

Засновником функціонального напрямку в ортодонтії є А.Я.Катц [1939]. Суть запропонованого напрямку полягала в застосуванні апаратури, яка була фізіологічним подразником, що спричиняв перебудову кісток щелеп, м'язів та інших тканин. Цей напрямок став основою сучасної профілактики в ортодонтії. Одним з найважливіших факторів, який призводить до появи ускладнень у вигляді міофасціальних болей, до збільшення тривалості ортодонтичного лікування, розвитку рецидивів є відсутність необхідної перебудови патологічної функції м'язів щелепно-лицьової ділянки, з виробленням у них нормального нейродинамічного стереотипу у ході ортодонтичного лікування [Митке, 2004; Хватова, 2005; Набиев, 2011]. Розуміння у необхідності такої перебудови виникло давно [Frankel, 1967]. На думку спеціалістів активне ортодонтичне лікування має бути, в першу чергу, направлене на нормалізацію функції [Арутюнов, Бурлуцкая, 2006; Косырева и др., 2008; Sin et al., 1996]. Спроби перебудувати діяльність м'язів до лікування здійснювалися, але їхня результативність невисока, а сам процес перебудови функції контролюється найчастіше тільки клінічно [Малыгин, 2005]. Тому однією з задач сучасного ортодонтичного лікування є впровадження інформативних методів виявлення м'язевої дисфункції та розробка ефективних програм її усунення.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Отже, за останній час українська ортодонтія у своєму розвитку зробила великий крок вперед. Нові дослідження та концепції ведуть до розширення професійних можливостей та більш ефективної допомоги пацієнтам.

У той же час окремі аспекти профілактики та лікування дистального прикусу є предметом дискусій лікарів ортодонтів України і світу і потребують більш поглибленого вивчення і аналізу, що і є метою наших подальших наукових досліджень.

Список літератури

- Алимский А.В. Усиление негативных тенденций в развитии стоматологической службы страны / А.В.Алимский //Стоматолог.- 2007.- №10.- С.3-4.
- Арутюнов С.Д. Врачебная тактика ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий в активном и ретенционном периодах /С.Д.Арутюнов, С.И.Бурлуцкая //Ортодонтия.- 2006.- №4 (36).- С.34-36.
- Бабаскин Ю.И. Особенности ортопедического лечения дефектов зубных рядов при частичной адентии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.21 /Ю.И.Бабаскин.- К., 2001.- 19с.
- Бартенев В.С. Исследования жевательных нагрузок на твердые ткани зубов : автореф. дис. ... д. мед. наук: спец. 14.00.21 /В.С.Бартенев.- М., 2007.- 26с.
- Белоусов Ю.Н. Закономерности проявления основных стоматологических заболеваний у европеоидного и монголоидного населения Казахстана : дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 /Белоусов Юрий Николаевич.- Новосибирск, 2009.- 80с.
- Берсенев А.В. Совершенствование диагностики и лечения глубокого прикуса с учетом направления роста челюстей: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 /Берсенев Алексей Владимирович.- Тверь, 2007.- 148с.
- Васильчук О. С. Розповсюдженість зубощелепних аномалій у дітей Вінницької області та м. Вінниця 9-12 років /О.С.Васильчук, Ю.В.Філімонов //Іноваційні технології - в стоматологічну практику: матер. III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України, (Полтава, 16-18 жовт. 2008 р.).- Полтава, 2008.- С.460.
- Водолацкий В.М. Клиника и комплексное лечение сочетанных форм аномалий окклюзии зубных рядов у детей и подростков: дис. ... д. мед. н.:

- 14.01.14 /Водолацкий Виктор Михайлович.- Ставрополь, 2010.- 200с.
- Головко Н. В. Профілактика зубощелепних аномалій /Головко Н.В.- Вінниця: НОВА КНИГА, 2005.- С.7.
- Головко Н.В. Морфологічна характеристика оклюзії у пацієнтів з глибоким прикусом та ретрузією передніх зубів /Н.В.Головко, Хейдарі Мехді Хоссейн //Світ мед. та біол.- 2013.- №1.- С.23-25.
- Гулієва С.К.К. Морфофункціональні порушення при дистооклюзії (діагностика, профілактика і комплексне лікування) : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 /Гулієва Саїда Кавказ Кызы.- М., 2004.- 128с.
- Гуненкова І.В. Сравнительная характеристика распространенности зубочелюстных аномалий по данным исследований, проведенных в ЦНИИС и ЧЛХ /И.В.Гуненкова, С. В. Текучева, К.И.Свиридова //Ортодонтия.- 2009.- №1 (45).- С.59.
- Дубова О.М. Оптимізація результатів ортодонтичного лікування дорослих пацієнтів з дистальною оклюзією : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 /Дубова Ольга Михайлівна.- Пермь, 2008.- 106с.
- Дунаевская И. И. Изучение роли углубленной диагностики в комплексном лечении зубочелюстных аномалий: дис. ... к. мед. н.: 14.01.14 /Дунаевская Ирина Игоревна.- СПб., 2011.- 70с.
- Жачко Н.І. Вікові особливості лікування поворотів зубів: автореф. дис. ... к. мед. н.: спец. 14.01.22 /Н.І.Жачко.- К., 2007.- 20с.
- Зубощелепні аномалії у дітей та дорослих м. Полтави /В.Куроедова, О.Нестеренко, А.Карасюк [та ін.] //Вісник стоматології.- 2005.- №2(50).- С.124-126.
- Ильина-Маркосян Л.В. Диагноз и план лечения : руководство по ортопедической стоматологии /под ред.: Л.В.Ильиной-Маркосян, А.И.Евдокимова.- М. : Медицина, 1974.- С.373-386.
- Катц А.Я. Наши установки и методы лечения в зубо-челюстно-лицевой ортопедии (ортодонтии) /А.Я. Катц //Стоматология.- 1939.- №1.- С.73-90.
- Косырева Т.Ф. Электромиографическая оценка результатов ортодонтического лечения с использованием преортодонтических трейнеров /Т.Ф.Косырева, Е.В.Кулакова, Н.В.Вильневчин //Ортодонтия.- 2008.- № 2 (42).- С.24-29.
- Кутишат Х.С. Ортодонтическое лечение детей Иордании с дистальной окклюзией зубных рядов: дис. ... к. мед. н.: 14.0021 /Кутишат Халдун Салех.- М., 2003.- 138с.
- Малыгин Ю.М. Ответы на вопросы проф. Н.Д.Данькова, касающиеся функционального метода лечения зубочелюстных аномалий / Ю. М. Малыгин /Ортодонтия.- 2005.-№4.- С.9-11.
- Мардашко О.О. Вплив аномалій зубощелепної системи на розвиток патології шлунково-кишкового тракту у дитячому віці: автореф. дис. ... к. мед. н.: спец. 14.01.22 /О.О.Мардашко.- Полтава, 2000.- 19с.
- Митке Р.Р. Ошибки, рецидивы, ретенция, головная боль в ортодонтии /Р.Р.Митке // Ортодонтия.- 2004.- №1 (25).- С.26-29.
- Набиев Н.В. Оценка биоэлектрической активности мышц челюстно-лицевой области и ее коррекции у пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов: дис. ... к. мед. н.: 14.01.14 /Набиев Наби Вагубович.- М., 2011.- 123с.
- Ортодонтия: учебн. пособие [для студ. стоматологического фак., врачей-интернов]; под ред. проф. В. И. Куцевляка.- Харьков: ХГМУ, 2005.- 464с.
- Ортопедическая стоматология детского возраста / [Бетельман А. И., Позднякова А.И., Мухина А.Д., Александрова И.Ю.].- К.: Здоровья, 1965.- 407с.
- Пакалнс Г.Ю. Морфология маргинального пародонта и изменение его в протезной стоматологии и ортодонтии : автореф. дис. ... д. мед. н. /Г.Ю.Пакалнс.- Рига, 1970.- 63с.
- Парубок Ю.М. Особливості безекстракційного лікування зубо-коміркових форм дистального прикусу з застосуванням дисталізації молярів: автореф. дис. ... к. мед. н. : спец. 14.01.22 /Ю.М.Парубок.- Івано-Франківськ, 2009.- 19с.
- Перова Е.Г. Профилактика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: автореф. дис. ... к. мед. н.: спец. 14.00.21 /Е.Г.Перова.- Омск, 2000.- 25с.
- Персин Л. С. Влияние уровня и направления окклюзионной плоскости на состояние зубочелюстной системы /Л.С.Персин, И.В.Попова, Г.В.Кузнецова //Ортодент - Инфо.- 2002.- №2.- С.8-13.
- Постников М.А. Результаты ортодонтического лечения пациентов с аномалиями окклюзии зубных рядов в сагитальном направлении, осложненных вторичной частичной адентией: автореф. ... к. мед. н.: спец. 14.00.21 /М.А.Постников.- М., 2008.- 22с.
- Поширеність ЗЩА в дітей та підлітків Полтавської області /Н.В.Головко, Л.Б.Галич, Н.В.Куліш [та ін.] //Укр. стоматол. альманах.- 2006.- №5.- С.48-51.
- Проскокова С.В. Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у детей Хабаровского края, находившихся под воздействием экологически неблагоприятных факторов /С.В.Проскокова, О.И.Арсенина /Ортодонтия.- 2010.- №2 (50).- С.11-13.
- Рогова М. Е. Формирование морфологических структур лицевого отдела черепа у детей с дистальной окклюзией в зависимости от роста и развития его основания: дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 /Рогова Майя Евгеньевна.- М., 2004.- 196с.
- Самойленко А.В. Поширеність зубощелепних аномалій у здорових дітей та дітей із загально соматичною патологією в Кривому Розі /А.В.Самойленко, В.О.Дрок //Укр. стоматол. альманах.- 2007.- №2.- С.73-74.
- Смаглюк Л.В. Сучасні методи лікування дистальної оклюзії зубних рядів. Помилки та ускладнення : дис... д. мед. н.: 14.01.22 /Смаглюк Любов Вікентіївна.- Полтава, 2006.- 427с.
- Соловей С.І. Розповсюдженість зубощелепових аномалій у дітей Івано-Франківської області /С.І.Соловей, М.М.Рожко, І.В.Палійчук //Галицький лік. вісник.- 2000.- Т.7, №2.- С.114-115.
- Соловей С.І. Удосконалені методики лікування зубо-щелепових аномалій у дітей: автореф. дис. ... к. мед. н.: спец. 14.01.22 /С. І. Соловей. - Івано-Франківськ, 2001.- 25с.
- Степанова С.В. Профілактика рецидивів хронічного катарального гінгівіту при ортодонтичному лікуванні аномалій зубних рядів у дітей : дис. ... к. мед. н.: 14.01.22 /Степанова Світлана Василівна.- Одеса, 2008.- 179с.
- Сулейманова Л.М. Клинико-морфологическое обоснование планирования ортодонтического лечения подростков и взрослых с сочетанными аномалиями окклюзии: автореф. дис. ... к. мед. н.: спец. 14.00.21 /Сулейманова Л.М.- М., 2005.- 21с.
- Теперина И. М. Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у детей г. Твери, их профилактика и лечение в молочном и сменном прикусе : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 /Теперина Ирина Михайловна. - Тверь, 2004. - 107 с.
- Фирсова И.В. Анатомо-функциональные особенности развития головы и зубочелюстной системы женщин-студенток в возрасте 17-19 лет /Фирсова И. В. //Проблемы реабилитации и здоровья.- Саратов, 2002.- С.23-27.
- Філоненко В.В. Лікування аномалій положення окремо стоячих зубів та прикусу індивідуальними трейнерами : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22

- /В.В.Філоненко.- К., 2007.- 19с.
- Флейшер Г.М. Применение профилактических ортопедических конструкций в комплексном лечении детей / Г.М.Флейшер //Совр. ортопедическая стоматол.- 2011.- №16.- С.26-32.
- Хватова В.А. Клиническая гнатология / Хватова В.А.- М.: Медицина, 2005.- С.18-29.
- Хорошилкина Ф.Я. Современный анализ классификаций зубочелюстно-лицевых аномалий, планирования комплексного лечения и прогнозирования его результатов /Ф.Я.Хорошилкина //Стоматология для всех.- 2004.- №4.- С.36.
- Черновол Е. М. Оценка эстетики при планировании комплексного лечения больных с аномалиями прикуса: автореф. дис. ... к. мед. н.: спец. 14.00.21 /Е.М.Черновол.- СПб., 2005.- 20с.
- Чуйкин С.В. Зубочелюстные аномалии у детей, проживающих в крупных промышленных городах республики Башкортостан /С.В.Чуйкин, С.В.Аверьянов //Ортодонтия.- 2009.- №1 (45).- С.96.
- Dischinger Drs. Treating the Class II Low-angle Brachicephalic Patient /Drs. Dischinger //Clin. Impressions.- 2001.- Vol.10, №3.- P.22-25.
- Frankel R. Funktionskieferorthopädie und der Mundvorhof als apparative Basis / Frankel R.- Berlin, 1967.- P.33-35.
- Grzywacz I. The value of the aesthetic component of the Index of Orthodontic Treatment Need in the assessment of subjective orthodontic treatment need / I.Grzywacz //Eur. J. Orthod.- 2003.- Vol.25.- P.57-63.
- Sin O.P. Mandibular excursion and maximum bite forces in with patient temporomandibular joint disorders / O.P.Sin, E.A. de Assis, G.S.Throckmorton //J. oral Maxillofac. Surg.- 1996.- №54 (6).- P.671-679.

Касьяненко Д.М.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ДИСТАЛЬНОМ ПРИКУСЕ

Резюме. Невзирая на то, что дистальный прикус остается одной из самых распространенных аномалий прикуса, в специальной литературе недостаточно освещена взаимосвязь дистоокклюзии с общими нарушениями организма. На сегодня при изучении специальной литературы испытывается недостаток информации относительно взаимосвязи функциональных, морфо-топикометрических, эстетических нарушений при дистоокклюзии и степени их выраженности у пациентов разного возраста, а также относительно совместного влияния этиологических факторов на появление этих нарушений.

Ключевые слова: дистальный прикус, ортодонтическое лечение, профилактика дистального прикуса, лечение дистального прикуса.

Kasianenko D.M.

MODERN IDEA OF DISTAL OCCLUSION

Summary. Despite the fact, that distal occlusion remains one of the most common anomalies of the occlusion, in specialized literature there is a shortage of evidence for the correlation between distal occlusion and general malfunctions of organism. Nowadays, during the study of specialized literature the absence of information about correlation of functional, morphological-topometric, aesthetical malfunctions at presence of distal occlusion and the level of their severity of patients of different age, also about the combined influence of etiological factors on the occurrence of these malfunctions is experienced.

Key words: distal occlusion, orthodontic treatment, prophylaxis of distal occlusion, treatment of distal occlusion.

Стаття надійшла до редакції 06.11.2014 р.

Касьяненко Дмитро Михайлович - к.мед.н., доцент кафедри стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38 067 430-81-56

© Козловський Ю.К., Козловська І.Ю.

УДК: 616 - 001.17:616.151.4

Козловський Ю.К., Козловська І.Ю.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ПОРУШЕННЯ ГЕМОРЕОЛОГІЇ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ

Резюме Значна гіповолемія і виділення великої кількості біологічно активних речовин під час опікового шоку призводить до порушення діяльності мікроциркуляції і реологічних властивостей крові. Провівши аналіз літературних джерел потрібно відзначити, що під час опікового шоку відбувається зростання в'язкості крові на рівні судин великого і малого діаметру, за рахунок порушення клітинного і плазмового факторів крові. В стадію гострої токсемії в'язкість крові на рівні судин великого діаметру знижується, але продовжує зростати на рівні судин малого діаметру, за рахунок зниження деформації і зростання агрегації еритроцитів.

Ключові слова: опіки, гемореологія, агрегація еритроцитів.

У патогенезі опікового шоку головну роль, поряд із термічним фактором, який викликав локальну деструкцію тканин (зона коагуляції), а також набряк і сладж-синдром у найближчих тканинах (зона стазу), відіграють системні (генералізовані) порушення мікроциркуляції. Такі зміни викликають гіповолемію, зниження тканьової перфузії, ріст гіпоксії та секвестрацію внутрішньосудинної рідини у "третій" простір. Втрати рідини продовжуються біля 48 год. Вона особливо велика в перші

8 год. після опіку [Лупальцов, Григорьева, 2004]. Значна гіповолемія й виділення великої кількості біологічно активних речовин призводить до порушення діяльності мікроциркуляції та реологічних властивостей крові.

Метою роботи було дослідити літературні дані про зміни реологічних властивостей крові в гострий період опікової хвороби.

Як відомо, в'язкість крові прямо пов'язана з гемоконцентрацією: ріст показників гематокриту, еритроцитів,