

УДК 616.314-007.24-053.2-084-08

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.43293

ВТОРИННІ ЗУБОЩЕЛЕПНІ ДЕФОРМАЦІЇ У ДІТЕЙ, ЇХ ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

© Д. М. Махницький

У статті автором запропоновані конструкції дитячих зубних протезів для профілактики та лікування вторинних зубощелепних деформацій (ВЗЩД) у дітей. Частковий знімний протез, базис якого виготовлений з комбінованого поліефірного матеріалу, що може використовуватися у всі періоди прикусу як з профілактичною, так і з лікувальною метою. Та адгезивний мостоподібний протез на вкладках з отворами для профілактики ВЗЩД в період постійного прикусу, для тимчасового або постійного протезування дітей

Ключові слова: Діти, вторинні зубощелепні деформації, зубне протезування, частковий знімний протез, адгезивний мостоподібний протез

Secondary dentoalveolar deformation due to premature removal of deciduous teeth and delayed tooth prosthesis occur in children 10 times faster than in adults. The main method of prevention of their occurrence is replacement of dentition defects. Development of relevant sustainable to the children's oral structures of child dentures is actual.

Aim. Improving prevention and treatment of secondary dentoalveolar deformations in children due to early loss of teeth, through the development of children's rational constructions of dentures.

Material and methods. We examined and taken for treatment of 48 people from 3 to 17 years old with dentition defects. Patients were divided into three age groups, namely: I group – 12 children from 3 to 5.5 years with a temporary occlusion, II group – 22 children from 6 to 13 years with a variable occlusion and III group – 14 teenagers from 14 to 17 years with permanent occlusion.

Results. Given the shortcomings of existing designs, we have developed partial dentures, which base is made from a combination of polyester material that can be used in all periods of occlusion as a prophylactic and therapeutic purposes and adhesion bridge-like denture on tabs with holes for the prevention of secondary teeth deformations during permanent occlusion for temporary or permanent prosthetic of children.

Conclusions. Clinical examinations have shown that our proposed design of children's dentures have significant advantages over traditional and can be used successfully in orthodontic practice for the prevention and treatment of secondary dentoalveolar deformities of dentition in children

Keywords: Children, secondary dentoalveolar deformation, dental prosthesis, partial dentures, adhesion bridge-like denture

1. Вступ

Вторинні зубощелепні деформації (ВЗЩД) внаслідок передчасного видалення тимчасових зубів та несвочасного зубного протезування виникають у дітей в 10 разів швидше ніж у дорослих. Основним методом профілактики їх виникнення є заміщення дефектів зубних рядів (ДЗР). Тому протезування потрібно починати якомога раніше, що дозволяє попередити розвиток таких ускладнень як: порушення процесу прорізування постійних зубів, нерівномірний ріст щелеп, вкорочення зубного ряду, порушення міжжюклюдійних співвідношень, формування патологічних форм прикусу та ін. Давно відомо, що зубощелепну деформацію набагато легше попередити, ніж її лікувати [1–5].

2. Актуальність теми

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 [6–15].

Тому і на сьогодні залишається актуальним розробка раціональних, адаптованих до особливостей порожнини рота дітей конструкцій дитячих зубних протезів.

Мета дослідження. Підвищення ефективності профілактики та лікування вторинних зубощелепних деформацій у дітей, зумовлених ранньою втратою зубів, шляхом розробки раціональних конструкцій дитячих зубних протезів.

3. Матеріал і методи

Нами обстежено і взято на лікування 48 осіб віком від 3 до 17 років з ДЗР. Всі пацієнти обстежувалися за загальноприйнятою методикою з використанням клінічних та додаткових методів досліджень таких як: фотометрія, біометрія діагностичних моделей, ортопантомографія та телерентгенографія (після 10 років). Пацієнти були розподілені на три вікові групи, а саме: I група – 12 дітей від 3 до 5,5 років з тимчасовим при-

кусом, II група – 22 дітей від 6 до 13 років зі змінним прикусом та III група – 14 підлітків від 14 до 17 років з постійним прикусом.

4. Результати дослідження

Проведені дослідження показали, що у дітей I вікової групи несвоєчасне заміщення ДЗР призвело до зубоальвеолярного видовження зубів-антагоністів та вкорочення зубного ряду за рахунок зміщення зубів на місце відсутніх, ступінь вираженості яких залежав від давності ДЗР. Такі порушення функцій як відкушування, вимови звуків, естетики обличчя при посмішці, спостерігалися, при втраті зубів, особливо, у фронтальній ділянці. Погіршення пережовування їжі та перевантаження зубів, що залишилися в зубному ряді відбувалося при передчасному видаленні тимчасових молярів. Внаслідок недостатнього функціонального навантаження, беззуба ділянка щелепи відставала у рості та спостерігалася затримка прорізування постійних зубів. Це все призводило до появи парафункцій жувальних м'язів і м'язів язика, а також до формування патологічного прикусу та деформації зубних та альвеолярних дуг (рис. 1).

Клінічні спостереження засвідчили, що при використанні незнімних конструкцій дитячих зубних протезів для профілактики ВЗЩД в тимчасовому періоді прикусу спостерігалися часті їх поломки та розцементування. Окрім того, профілактичні незнімні апарати, потребують складних технологічних процесів виготовлення, вони неестетичні та травматичні для тканин опорних зубів, ускладнюють гігієну ротової порожнини при їх використанні.



Рис. 1. Вторинні зубощелепні деформації у дітей в тимчасовому періоді прикусу

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.

Враховуючи наведене вище, нами був розроблений частковий знімний протез (патент на корисну модель №88192 від 25.02.2014, бюл. № 4/2014, «Частковий знімний протез»), 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 (рис. 2).



Рис. 2. Запропонований частковий знімний дитячий протез, виготовлений методом термовакуумформування

Запропоновані нами, знімні конструкції протезів, як показали клінічні спостереження, мали низку переваг перед вже існуючими, а саме: вони потребували менше візитів пацієнта до лікаря, скорочували терміни проведення маніпуляцій в порожнині рота, їх виготовлення не супроводжувалося болісними втручаннями, що дуже важливо для пацієнтів молодшої вікової групи, та не ускладнювало гігієну ротової порожнини. 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 поліе-

фірного матеріалу (КПЕМ), який хімічно зв'язується з акриловою пластмасою.

Виготовлення такого часткового знімного протезу не займає багато часу і дає можливість виготовити його в одне відвідування. Для цього отримували відбитки альгінатною відбитковою масою та виготовляли моделі з супергіпсу. На моделі окреслювали межі майбутнього протеза і, разом з пластиною КПЕМ, встановлювали в апарат для вакуумного формування. Після нагрівання пластини та провисання її на 1–1,5 см, вмикали вакуум і розпочинали процес адаптації пластини до моделі (рис. 3).

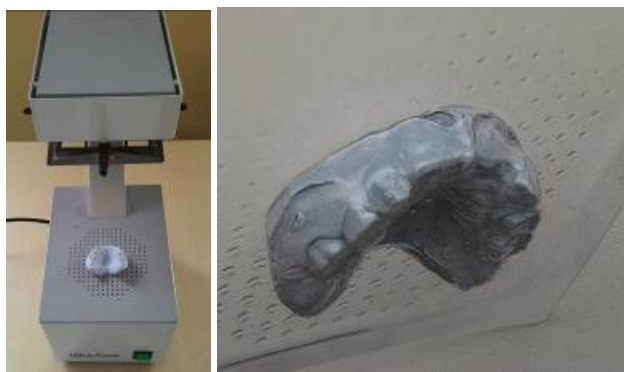


Рис. 3. Формування розігрітої пластини на моделі

Нагріту при цьому пластину охолоджували на моделі. Сформований базис обрізали по межах майбутнього протеза, вивільнюючи оклюзійну поверхню наявних зубів. Далі робочу і допоміжну моделі в положенні центральної оклюзії разом з базисом загіпсовували в оклюдатор. На базисі моделі в області відсутніх зубів створювали ретенційні пункти шляхом надання поверхні шорсткості для кращої механічної фіксації штучних зубів. За допомогою швидкотвердіючої пластмаси встановлювали штучні зуби, відповідно до оклюзійної площини та зубів антагоністів. Після полімеризації пластмаси краї протеза, які механічно оброблялися, та акрилову пластмасу, що фіксувала штучні зуби на базисі, остаточно шліфували і полірували. При цьому, основна частина базису протеза, виготовлена з КПЕМ, мала гладку і блискучу поверхню і не потребувала полірування (рис. 4)



Рис. 4. Частковий знімний дитячий протез з КПЕМ на моделі

Проведені дослідження засвідчили, що запропонований нами знімний дитячий зубний протез, виготовлений на основі базису з термовакуумформувальних пластин, забезпечує кращу їх фіксацію на протезному ложе, ніж акриловий частковий знім-

ний протез, за рахунок більш гладкої внутрішньої поверхні, має однакову товщину на всій площі протезного ложа і більш точно повторює рельєф слизової оболонки твердого піднебіння, що сприяє скороченню терміну адаптації до нього. Такі протези в порівнянні з незнімними конструкціями, відзначалися легкістю та простотою у виготовленні і не утруднювали гігієни порожнини рота, мали достатньо естетичний вигляд при протезуванні фронтальної ділянки (рис. 5)

Вони можуть використовуватися при необхідності заміщення ДЗР і в боковій ділянці, навіть при відсутності одного зуба (рис. 6).

Окрім того, їх можна виготовити в перше відвідування за 1–1,5 години. Для цього достатньо мати прилад для вакуумформування, який використовують для виготовлення кап (ретенційних, відбілюючих, спортивних) і пластини відповідної товщини та матеріалу. Це давало змогу уникнути таких технологічно складних етапів, як пакування пластмаси та витримання режиму полімеризації, що займають багато часу. Дитина, майже відразу після здачі такого протезу, за рахунок достатньої фіксації та однакової товщини базису, могла повноцінно ним користуватися, що дозволяло попередити розвиток вторинних зубощелепних деформацій та аномалій прикусу в майбутньому.

В період змінного прикусу (II група пацієнтів) ДЗР фронтальної ділянки зустрічалися у дітей значно рідше. Причинами їх, як правило, були адентія та травми. Для профілактики та лікування ВЗЩД нами 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 з заміщенням ДЗР виправляти аномалійне положення окремих зубів, розширювати зубні дуги, тощо (рис. 7).

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. Основні проблеми при використанні акрилових зубних протезів, як вже зазначалося вище, полягали в тому, що вони були досить громіздкі та схильні до частих поломок, а також потребували довготривалого виготовлення. Часткові зубні протези з КПЕМ полишені цих недоліків і 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.



Рис. 5. Пацієнт П. 3,5 років до та після протезування ДЗР фронтальної ділянки частковим знімним покривним протезом з КПЕМ



Рис. 6. Пацієнт Г. 6 років до та після протезування включеного ДЗР бокової ділянки частковим знімним протезом з КПЕМ



Рис. 7. Пацієнт Т. 7 років до та після застосування апарата-протеза на верхню щелепу з гвинтом для заміщення ДЗР та одночасного розширення зубної дуги та часткового знімного протеза на нижню щелепу для заміщення ДЗР в бокових ділянках

В період постійного прикусу (III група пацієнтів), 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 нами був розроблений мостоподібний протез з опорою на вкладках власної конструкції (патент на корисну модель №91423, від 10.07.2014, бюл. № 13/2014, «Мостоподібний протез») (рис. 8).

Особливості запропонованої нами конструкції адгезивного мостоподібного протеза полягали у створенні на опорних елементах – вкладках отворів конусоподібної форми, звуженою частиною обернених до дна відпрепарованої порожнини зуба.

Каркас адгезивного мостоподібного протеза виготовлявся з кобальтохромового сплаву шляхом заміни воску на метал або з оксиду цирконію за допомогою фрезерування. Фіксація протезу на опорних зубах проводилася компомерним цементом подвійного тверднення (*Relyx ARC 3M*) (рис. 9).



Рис. 8. Адгезивний мостоподібний протез з опорою на вкладках



Рис. 9. Фото порожнини рота пацієнта М. 17 років до та після протезування адгезивним мостоподібним протезом з опорою на вкладках

Завдяки наявності у вкладках конусоподібних отворів фіксація протезу покращувалася. Окрім того, опорні елементи не перешкоджали мінералізації опорних зубів, тому що займали лише незначну частину

лінгвальної поверхні зуба. Опорні зуби, при цьому, не потребували депульпування. Така адгезивна конструкція мостоподібного протеза слугувала як постійна, так і як тимчасова, перед імплантацією або завершальним етапом протезування. Після її зняття відпрепаровані порожнини зуба закривалися композиційним матеріалом.

5. Обговорення результатів

Як показали клінічні спостереження, знімні пластинчасті протези з КПЕМ, мали суттєві переваги перед акриловими. Технологія їх виготовлення значно простіша, займає набагато менше часу і потребує мінімальну кількість візитів пацієнта до лікаря. Їх можна виготовити в перше відвідування за 1–1,5 години, при наявності приладу для вакуумформування і пластин відповідної товщини та матеріалу. Акрилова пластмаса, як відомо, має ряд недоліків, а базис в запропонованій конструкції дитячого зубного протезу виготовлений з КПЕМ (комбінованого поліефірного матеріалу), що може з'єднуватися з акриловою пластмасою. Запропонований протез має кращу адгезію до тканин протезного ложе, ніж традиційний акриловий, за рахунок гладкої внутрішньої поверхні базису, яка не потребує полірування, та добре відтвореного рельєфу слизової оболонки твердого піднебіння на зовнішній поверхні базису, товщина якого однакова на всій площі. Це все сприяє скороченню терміну адаптації до нього та зменшує ризики пов'язані з відмовою у користуванні ними.

Такі протези, в порівнянні з незнімними конструкціями, також відзначаються легкістю та простотою у виготовленні і не утруднюють гігієни порожнини рота дитини, мають естетичний вигляд при протезуванні дефектів зубного ряду фронтальної ділянки. Дитина, майже відразу після здачі такого протезу, за рахунок достатньої фіксації та однакової товщини базису, може повноцінно ним користуватися, що дозволяє попередити розвиток вторинних зубощелепних деформацій та аномалій прикусу в майбутньому.

Часткові зубні протези з КПЕМ можуть використовуватися як профілактичні (для попередження зубоальвеолярного зміщення), так і лікувальні (для стимуляції прорізування ретенуваних зубів та нормалізації положення зубів у вертикальній площині). Крім того, їх

базис має притаманну термопластам еластичність і не стримує ріст щелеп, як жорсткі акрилові протези, що дозволяє рідше робити заміни таких конструкцій, збільшуючи терміни користування ними.

Особливості запропонованої нами конструкції адгезивного мостоподібного протеза полягає у отворах конусоподібної форми на опорних елементах – вкладках. Завдяки їх наявності фіксація протезу покращується, а, при необхідності, мостоподібний протез можна зняти, попередньо висвердливши з отворів фіксаційний матеріал. Вкладки не перешкоджають мінералізації опорних зубів, тому що займають лише незначну частину оральної поверхні зуба. Опорні зуби, при цьому, не потребують депульпування. Така адгезивна конструкція мостоподібного протеза може використовуватися як постійна і як тимчасова, перед імплантацією або завершальним етапом протезування. Після його зняття відпрепаровані порожнини зубів закриваються композиційним матеріалом, що не впливає на їх естетичний вигляд.

7. Висновки

1. Запропонований частковий знімний протез з КПЕМ власної конструкції може використовуватися у дітей в різні періоди становлення прикусу для профілактики та лікування ВЗЩД зубних рядів при ДРЗ фронтальної та бокових ділянок. Його фіксація на протезному ложе більш надійна, ніж у акрилових часткових знімних протезів. Крім того, він має досить естетичний вигляд, відрізняється простотою виготовлення, що дозволяє пацієнтам отримати протез в перше відвідування.

2. Розроблений нами адгезивний мостоподібний протез на вкладках з конусоподібними отворами для відновлення ДЗР у фронтальній ділянці може застосовуватися у дітей старшого віку в постійному періоді прикусу для профілактики ВЗЩД зубних рядів. Особливості конструкції протеза дозволяють здійснити надійну його фіксацію і, при необхідності, зняття без пошкодження твердих тканин опорних зубів.

3. Проведені клінічні дослідження засвідчили, що запропоновані нами конструкції дитячих зубних протезів мають суттєві переваги перед традиційними і успішно можуть застосовуватися в ортодонтичній практиці для попередження та лікування ВЗЩД зубних рядів у дітей.

Література

1. Калвеліс, Д. А. Ортодонтия (зубочелюстные аномалии в клинике и эксперименте) [Текст] / Д. А. Калвеліс. – Издательство «Медицина» Ленинградское отделение, 1964. – 237 с.
2. Бетельман, А. И. Ортопедическая стоматология детского возраста [Текст] / А. И. Бетельман, А. И. Позднякова, А. Д. Мухина, Ю. М. Александрова. – К.: Здоров'я, 1965. – 405 с.
3. Евдокимов, А. И. Руководство по ортопедической стоматологии [Текст] / А. И. Евдокимов, Л. В. Ильина. – Маркосян: Издательство «Медицина», Москва, 1974.
4. Каламкарров, Х. А. Клиника и лечение зубочелюстных аномалий у детей [Текст] / Х. А. Каламкарров. – Медицина УзССР, Ташкент, 1978. – 268 с.
5. Дорошенко, С. И. Подготовка полости рта и ортопедическое лечение при зубочелюстных деформациях [Текст]: автореф. дис. ... д-р мед. наук / С. И. Дорошенко. – К., 1991. – 42 с.

6. Король, М. Д. Пропедевтика ортопедической стоматологии [Текст]: учебник / М. Д. Король та ін.; під ред. М. Д. Король. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2007. – 240 с.

7. Хечумова, С. А. Преждевременная потеря молочных зубов и морфометрия зубных рядов у пациентов в возрасте 6-8 лет с дистальной окклюзией [Текст] / С. А. Хечумова, М. А. Постников, Н. В. Панкратова // Украинський стоматологічний альманах. – 2007. – № 2. – С. 77–78.

8. Куцевляк, В. И. Меziальное смещение боковой группы зубов, как этиологический фактор аномалий прикуса [Текст] / В. И. Куцевляк, С. А. Складар, В. В. Слободянюк. – Нові технології в стоматології і щелепно-лицьовій хірургії, 2006. – С. 206–207.

9. Дорошенко, С. И. Ортопедичне лікування дітей з дефектами зубних рядів у фронтальній ділянці [Текст] / С. И. Дорошенко, С. И. Тріль, І. Б. Тріль // Вісник стоматології. – 2001. – № 4. – С. 39–40.

10. Фліс, П. С. Дитяче зубне протезування [Текст] / П. С. Фліс, С. И. Тріль, В. П. Вознюк. – Київ: «Медицина», 2011. – 200 с.

11. Губанова, О. И. Частота возникновения патологического меziального сдвига первых постоянных моляров верхней челюсти при некоторых аномалиях зубных рядов и отдельных зубов у детей [Текст] / О. И. Губанова // Вісник стоматології. – 2001. – № 5. – С. 112–113.

12. Гатальский, В. В. Несъемные конструкции ортодонтических аппаратов для сохранения формы зубного ряда [Текст] / В. В. Гатальский // Вісник стоматології. – 2001. – № 2. – С. 44–47.

13. Токаревич, И. В. Изучение положения первых постоянных моляров при преждевременной потере временных моляров у детей в смешанном прикусе [Текст] / И. В. Токаревич, Л. В. Кипкаева // Сучасна ортодонція. – 2006. – № 1. – С. 3–6.

14. Карпов, А. Н. Предупреждение и устранение зубочелюстно-лицевых аномалий [Текст] / А. Н. Карпов. – Руководство к практическим занятиям по ортодонтии. Самара, 2006. – 199 с.

15. Заяць, О. Р. Комплекс профілактичних та лікувальних заходів при патологічному меziальному зміщенні бічних зубів у дітей [Текст] / О. Р. Заяць // Украинський стоматологічний альманах. – 2009. – № 2. – С. 40–43.

References

1. Kalvelis, D. A. (1964). Ortodontiya (zubochelustnie anomalii v klinike i eksperimente) [Orthodontics (dentoalveolar anomalies in clinical and experimental)]. Medicina, 237.
2. Betelman, A. I., Pozdnyakova, A. I., Mukhina, A. D., Alexandrova, Yu. M. (1965). Prosthodontics of childhood [Ortopedicheskaya stomatologiya detskogo vozrasta]. Moscow: Medicina, 405.
3. Evdokimov, A. I., Ilyina-Markosyan, L. V. (1974). Manual prosthetic dentistry [Rukovodstvo po ortopedicheskoy stomatologii]. Moscow: Medicina.
4. Kalamkarov, H. A. (1978). The symptoms and treatment of dentoalveolar anomalies in children [Klinika i lechenie zubochelustnih anomalii u detey]. Medicina, 268.
5. Doroshenko, S. I. (1991). Preparation of oral and orthopedic treatment for dentoalveolar deformations [Podgotovka

polosti rta i ortopedicheskoe lechenie pri zuchelustnih deformatsiyah]. Kiev, 42.

6. Korol, M. D. et al. (2007) Prosthetic dentistry [Prosthetic dentistry in orthopedic stomatology]. Vinnitsa: NOVA KNI-GA, 240.

7. Hechumova, S. A. (2007). Prezhdevremennaya poterya molochnykh zubov i morfometriya zubnykh ryadov u paciyentov v vozraste 6-8 let s distalnoy okkluziyei. [Premature loss of deciduous teeth, and morphometry of dentition in patients aged 6–8 years with distal occlusion]. Poltava, 2, 77–78.

8. Kutsevlyak, V. I., Sklyar, S. A., Slobodyanyuk, V. V. (2006). Mezialnoe smeschenie bokovoy gruppi zubov, kak etiologicheskii faktor anomalii prikusa [Mesial displacement of the posterior teeth, as an etiological factor of malocclusion] New technologies in dentistry and maxillofacial surgery. Kharkiv, 206–207.

9. Doroshenko, S. I., Trill, S. I., Trill, I. B. (2001). Ortopedichne likuvannya ditey z defektami zubnykh ryadiv u frontalniy dilyantsi [Orthopedic treatment of children with defects of dentition in the frontal area]. Visnik stomatologii, 4, 39–40.

10. Flis, P. S. (2001) Dityache zubne protezuvannya [Children's dental prosthesis]. Kiev, Ukraine, Medicine, 200.

11. Gubanova, O. I. (2001). Chastota vozniknoveniya patologicheskogo mezialnogo sdviga pervih postoyannykh molyarov

verhney chelusti pri nekotorykh anomaliiakh zubnykh ryadov i ot-delnykh zubov u detey [The incidence of pathological mesial shift of the first permanent molars of the upper jaw in certain anomalies of dental rows and individual teeth in children]. Visnik stomatologii, 5, 112–113.

12. Gatalskiy, V. V. (2001). Nesjemnie konstrukcii ortodonticheskikh apparatov dlya sohraneniya formy zubnogo ryada [Non-removable orthodontic appliances construction to maintain the shape of the dentition]. Visnik stomatologii, 2, 44–47.

13. Tokarevich, I. V., Kipkaeva, L. V. (2006). Izuchenie polozheniya pervih postoyannykh molyarov pri prezhdevremennoy potere vremennykh molyarov u detey v smeshannom prikuse [Study of the situation of the first permanent molars in the premature loss of temporary molars in children in mixed dentition] Suchasna ortodontiya, 1, 3–6.

14. Karpov, A. N. (2006). Preduprezhdenie i ustranenie zuchelustno-litsevykh anomalii [Prevention and elimination of tooth-jaw-facial abnormalities]. Samara, 199.

15. Zayats, O. R. (2009). Kompleks profilaktichnykh ta likuvannykh zahodiv pri patologichnomu mezialnomu zmischeni bichnykh zubiv u ditey [Complex of prevention and treatment of pathological mesial displacement of lateral teeth in children]. Ukrainian stomatologic almanah, 2, 40–43.

Рекомендовано до публікації, д-р мед. наук Дорошенко С. І.
Дата надходження рукопису 15.04.2015

Махницький Денис Миколайович, асистент, кафедра ортопедичної стоматології та ортодонції, ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», вул. Ежена Потьє, 7, м. Київ, Україна, 03057
E-mail: ortstom@gmail.com

УДК: 616.001.36 / 614.88

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.43309

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ НА РАННЕМ ЭТАПЕ. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ

© С. А. Дубров

Лечение пациентов с политравмой является сложной и все еще нерешенной проблемой. Смертность при политравме как в развивающихся, так и в развитых странах мира остается на очень высоком уровне, однако во многом ее исходы зависят от своевременности и адекватности применяемых лечебно-профилактических мероприятий.

В данной работе рассмотрены основные принципы организации медицинской помощи пострадавшим с политравмой на догоспитальном этапе и ключевые направления интенсивной терапии данной категории пациентов на раннем этапе, позволяющих повысить выживаемость больных

Ключевые слова: политравма, дорожный травматизм, неотложная помощь при травме, центр травмы

Treatment of patients with polytrauma is complex and still unsolved problem. The mortality in polytrauma in both developing and developed countries, in spite of the progress of medical science is still at a high level, but its outcome is largely dependent on the timeliness and adequacy of treatment and preventive measures.

The aim of this study was to analyze the state of systems and emergency medical care to patients with polytrauma in developed countries and the possibility of implementation of the protocols in the Ukraine.

Results. *The basic principles of the organization of emergency for patients with polytrauma in the prehospital and early hospital stage are considered, key areas of intensive care of these patients at an early stage of specialized care are analyzed. Shortcomings of emergency medical care for patients with polytrauma in hospitals of Ukraine and ways of their correction and reform are shown that can improve the quality of care for patients with polytrauma and increase the survival rate of these patients.*