почек по сравнению с недоношенными с массой, соответствующей гестационному возрасту, что подтверждает высокую чувствительность почек к неблагоприятным факторам антенатального периода, редуцирующим внутриутробно рост плода.

1. Sharma D., Shastri S., Sharma P. Intrauterine Growth Restriction: Antenatal and Postnatal Aspects. Clin Med Insights Pediatr. 2016; 10: 67–83.
2. Franco M. C. P., Oliveira V., Ponzio B., et al. Influence of Birth Weight on the Renal Development and Kidney Diseases in Adulthood: Experimental and Clinical Evidence Int J Nephrol. 2012; 2012: 608025
3. Manalich R, Reyes L, Herrera M, Melendi C, Fundora I. Relationship between weight at birth and the number and size of renal glomeruli in humans: a histomorphometric study. Kidney International. 2000;58(2):770–773.
4. Kamianowska M., et al. The Tubular Damage Markers: Neutrophil Gelatinase- Associated Lipocalin and Kidney Injury molecule-1 in newborns with Intrauterine Growth Restriction. // Neonatology 2019; 115:169–174)
5. Cruzado B.L. et al. Serum Cystatin C level in preterm newborns in our setting.// Nefrologia. 2015;35(3):296–303
6. Li Y., Fu C., Zhou X. [et al] Urine interleukin-18 and cystatin-C as biomarkers of acute kidney injury in critically ill neonates // Pediatr Nephrol. – 2012. - №27(5). – P.851–860.

Ахундова Н.Э.

Особенности гормональных изменений у женщин с гипертиреозом и с синдромом гиперандрогении репродуктивного возраста

*Азербайджанский Медицинский Университет
(Азербайджан, Баку)*

doi: 10.18411/gdsn-25-12-2019-08

idsp: scienceconf-25-12-2019-08

Аннотация

Цель исследования – изучить особенности гормональных изменений у женщин с субклинической формой тиреотоксикоза и ГА.

Клинический материал и методы исследования: Всем больным с тиреотоксикозом и синдромом гиперандрогении (ГА) были определены показатели фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), тиреостимулирующего (ТСГ) гормонов, пролактина (Прл), эстрадиола (E_2), эстрогена (E_1), общего тестостерона ($T_{общ}$), дегидроэпиандростерон-сульфата (ДГЭА-С), 17-гидроксипрогестерона (17-ОП), свободного трийодтиронина ($T_{3своб}$), свободного тироксина ($T_{4своб}$), глобулина связывающего полового гормона (ГСПГ), андростендиона, антимюллерового гормона.

Результаты исследования: Было установлено, что у больных с гипертиреозом и синдромом ГА отмечается существенное увеличение уровней ФСГ ($7,9 \pm 0,74$ мМЕ/мл), ЛГ ($17,2 \pm 1,31$ мМЕ/мл), ЛГ/ФСГ ($2,48 \pm 0,11$), эстрогена ($137,6 \pm 5,92$ нг/мл), 17-ОП ($1,1 \pm 0,09$ нг/мл), $T_{общ}$ ($2,86 \pm 0,24$ нг/мл), Ан ($3,7 \pm 0,17$ нг/мл), ДГЭА-С ($3,32 \pm 0,28$ пг/мл), $T_{3своб}$ ($4,46 \pm 0,14$ пг/мл), $T_{4своб}$ ($2,53 \pm 0,13$ нг/мл), а также снижение показателей ТСГ ($0,39 \pm 0,003$ мМЕ/мл), E_2 ($49,86 \pm 4$ пг/мл), ГСПГ ($49,65 \pm 1,2$ нмоль/л) ($P < 0,05$). Комплексная патогенетическая терапия включающая на первом этапе лечение гипертиреоза тирозолом 5-10 мг/сут, в течение 3 месяца с подбором индивидуальной дозы, с последующим лечением синдрома гиперандрогении с препаратами комбинированной оральной контрацепции, что позволило снизить показатели ЛГ ($9,17 \pm 0,84$ мМЕ/мл), ЛГ/ФСГ ($1,36 \pm 0,07$), эстрогена ($114,0 \pm 3,74$ нг/мл), 17-ОП ($0,78 \pm 0,03$ нг/мл), $T_{3своб}$ ($2,87 \pm 0,07$ пг/мл), $T_{4своб}$ ($1,48 \pm 0,05$ нг/мл), Ан ($2,64 \pm 0,008$ нг/мл), ДГЭА-С ($2,15 \pm 0,14$ пг/мл), $T_{общ}$ ($1,32 \pm 0,1$ нг/мл) и увеличить показатели E_2 ($69,46 \pm 2,58$ пг/мл), ГСПГ ($59,59 \pm 2,8$ нмоль/л) и ТСГ ($1,79 \pm 0,16$ мМЕ/мл).

Комплексная патогенетическая терапия восстанавливает менструальную и генеративную функции женщин с гипертиреозом и синдромом гиперандрогении.

Ключевые слова: тиреотоксикоз, синдром гиперандрогении, репродуктивный период

Abstract

The purpose of the study was to study the features of hormonal changes in women with a subclinical form of thyrotoxicosis of hyperandrogenism.

Clinical material and research methods: 63 women with thyroid diseases with clinical manifestations of hyperandrogenism were examined. Of these, in 17 (27.0%) clinical and diagnostic manifestations of hyperthyroidism and hyperandrogenism were determined. For all patients with thyrotoxicosis and hyperandrogenism syndrome (HA) there were determined the levels of follicle-stimulating (FSH), luteinizing (LH), thyroid-stimulating (TSH) hormones, prolactin (Prl), estradiol (E_2), estrone (E_1), and total testosterone (T_{total}) as well as levels of dehydroepiandrosterone sulphate (DHEA-C), 17-hydroxyprogesterone (17-OHP), free triiodothyronine (T_{3free}), free thyroxine (T_{4free}), sex hormone binding globulin (SHBG), androstenedione, and antimüllerian hormone.

Results of the study: It was found out that in patients with hyperthyroidism and HA syndrome, a significant increase in the levels of FSH (7.9 ± 0.74 mIU/ml), LH (17.2 ± 1.31 mIU/ml), LH/FSH (2.48 ± 0.11), estrone (137.6 ± 5.92 ng/ml), 17-OCG (1.1 ± 0.09 ng/ml), T (2.86 ± 0.24 ng/ml), AMH (3.7 ± 0.17 ng/ml), DHEA-C (3.32 ± 0.28 pg/ml), T_{3free} (4.46 ± 0.14 pg/ml), T_{4free} (2.53 ± 0.13 ng/ml), as well as a decrease in TSH (20.1 ± 1.4 mIU/ml), E_2 (49.86 ± 4 pg/ml), SHBG (49.65 ± 1.2 nmol/L) ($P < 0.05$) levels. Complex pathogenetic therapy, which includes treatment of hyperthyroidism with tyrosol 5-10 mg/day at the first stage, for 3 months with the selection of an individual dose, followed by treatment of hyperandrogenism syndrome with combined oral contraceptive drugs, which allowed to reduce the LH parameters (9.17 ± 0.84 mIU/ml), LH / FSH (1.36 ± 0.07), estrone (114.0 ± 3.74 ng/ml), 17-OHP (0.78 ± 0.03 ng/ml), T_{3free} (2.87 ± 0.07 pg/ml), T_{4free} (1.48 ± 0.05 ng/ml), An (2.64 ± 0.008 ng/ml), DHEA-S (2.15 ± 0.14 pg/ml), T_{total} (1.32 ± 0.1 ng/ml) and increase the values of E_2 (69.46 ± 2.58 pg/ml), SHBG (59.59 ± 2.8 nmol/L) and TSH (1.79 ± 0.16 mIU/ml) was conducted.

Combined pathogenetic therapy reduces the clinical manifestations of hyperthyroidism and HA syndrome, and restores the menstrual and generative functions of women.

Key words: thyrotoxicosis, hyperandrogenism syndrome, reproductive period

Актуальность проблемы. Гипертиреоз – это эндокринный синдром, сопровождающийся избыточным содержанием уровня тиреоидных гормонов в сыворотке крови.

Диагностика тиреотоксикоза основывается на характерных клинических проявлениях включающих симптомы и признаки тиреотоксикоза, увеличение свободного тироксина и свободного тиронина и низким соединением тиреотропного гормона (ТТГ) (1,2,3).

Одним из клинических проявлений гипертиреоза является гиперандрогения (ГА). В основе ГА определяется повышение количества и/или активности андрогенов (4,5,6).

По данным научных исследований в основе ГА отмечается повышение уровня дегидроэпиандростерона (ДГЕА) и дегидроэпиандростерон-сульфата (ДГЕА-С), андростендиона (Ан), $\Delta 4$ -андростендиона, $\Delta 5$ -андростендиола, тестостерона, 5α -дигидротестостерона (7,8,9,10).

Следует отметить, что в литературе практически отсутствуют сведения об особенностях изменения уровня гормонов у больных с тиреотоксикозом и синдромом ГА.

Исходя из актуальности настоящей проблемы, определена цель настоящего исследования: изучить особенности гормональных изменений у женщин с субклинической формой тиреотоксикоза и ГА.

Клинический материал и методы исследования. Исходя из цели исследования были обследованы 63 женщины с заболеваниями щитовидной железы и клиническими проявлениями ГА.

В результате обследования было выявлено, что из 63 женщин с заболеванием щитовидной железы у 17 (27%) были определены клинко-диагностические проявления гипертиреоза и гиперандрогении.

В результате проводимого обследования было установлено, что средний возраст больных с гипертиреозом и синдромом ГА составил $28,24 \pm 1,57$ (21-42) лет. Исследование особенностей менструальной функции позволило выявить, что менархе у этих больных были в $13,0 \pm 0,27$ (11-15) лет. Длительность менструального цикла составила в среднем $47,82 \pm 3,57$ (25-85), длительность менструации была в пределах $5,2 \pm 0,29$ (3-7) дней.

У больных с гипертиреозом проявление ГА были обнаружены в $15,35 \pm 0,57$ (12-20) лет. При обследовании было установлено, что средний вес у больных с тиреотоксикозом и синдромом ГА составил $56,59 \pm 2,27$ (45-67) кг, рост $1,61 \pm 0,008$ (1,55-1,69) см.

Исследование больных с гипертиреозом позволило установить, что гирсутое число у больных с гипертиреозом по шкале Ферримана-Голвея составило $18,2 \pm 0,36$ (16-21) баллов, гормональное число $15,1 \pm 0,37$ (13-18) баллов, индифферентное число было в пределах $3,12 \pm 0,21$ (2-4) бала.

Всем больным с тиреотоксикозом и синдромом ГА были проведены гормональные исследования.

Были определены в сыворотке крови уровни фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), тиреостимулирующего (ТСГ) гормонов, а также определены уровни пролактина (Прл), эстрадиола (E_2), эстрона (E_1), общего тестостерона ($T_{\text{общ}}$), дегидроэпиандростерона-сульфат (ДГЭА-С), кортизола (К), 17-гидроксипрогестерона (17-ОПГ), свободного трийодтиронина ($T_{\text{своб}}$), свободного тироксина ($T_{\text{своб}}$), глобулина связывающего полового гормона (ГСПГ), антимюллерового гормона (АМГ), андростендиона (Ан).

Полученные результаты подвергались статистической обработке. При этом применялась компьютерная программа “Statgraph” предназначенная для статистической обработки данных параметрическим и непараметрическим способом.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования были определены уровни гормонов гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной систем. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели гормонов у женщин с гипертиреозом и ГА находящихся в репродуктивном периоде ($M \pm Se$)

Гормоны	Группы исследования		Р
	Женщины с гипертиреозом и ГА (n=17)	Практически здоровые женщины (n=20)	
ФСГ, мМЕ/мл	$7,9 \pm 0,74$ (4,9-17,7)	$5,9 \pm 0,13$ (3,7-7,8)	<0,05
ЛГ, мМЕ/мл	$17,2 \pm 1,31$ (10,4-30)	$8,21 \pm 0,39$ (2,6-11,5)	<0,05
ЛГ/ФСГ	$2,48 \pm 0,11$ (1,9-3,34)	$1,13 \pm 0,06$ (0,9-1,6)	<0,05
Прл, нг/мл	$20,1 \pm 1,4$ (6,71-27)	$16,36 \pm 1,15$ (3,8-25,2)	>0,05
ТСГ, мМЕ/мл	$0,39 \pm 0,003$ (0,1-0,62)	$2,12 \pm 0,11$ (1,2-3,23)	<0,05
E_2 , пг/мл	$49,86 \pm 4$ (25-74)	$89,23 \pm 0,35$ (40-128)	<0,05
E_1 , нг/мл	$137,6 \pm 5,92$ (74-165)	$56,51 \pm 5,38$ (48,3-80,5)	<0,05
17-ОП, нг/мл	$1,1 \pm 0,09$ (0,2-1,9)	$0,14 \pm 0,001$ (0,01-0,5)	<0,05
$T_{\text{общ}}$, нг/мл	$2,86 \pm 0,24$ (1,96-4,8)	$0,21 \pm 0,03$ (0,08-0,46)	<0,05
К, нг/мл $8^{00}-10^{00}$	$138,47 \pm 6,4$ (80-184)	$115 \pm 0,16$ (70-150)	<0,05
Ан, нг/мл	$3,7 \pm 0,17$ (2,1-4,6)	$2,11 \pm 0,09$ (0,9-2,0)	<0,05
ДГЭА-С, пг/мл	$3,32 \pm 0,28$ (1,9-5)	$1,28 \pm 0,18$ (0,6-2,1)	<0,05
АМГ, нг/мл	$6,12 \pm 0,92$ (0,8-14,4)	$5,88 \pm 0,07$ (2,1-9,1)	>0,05
$T_{\text{своб}}$, пг/мл	$4,46 \pm 0,14$ (3,7-5,6)	$2,18 \pm 0,08$ (1,41-3,0)	<0,05
$T_{\text{своб}}$, нг/мл	$2,53 \pm 0,13$ (1,9-4)	$1,0 \pm 0,08$ (0,7-1,71)	<0,05
ГСПГ, нмоль/л	$49,65 \pm 1,2$ (24-71)↓	$60,8 \pm 1,44$ (35-90,9)	<0,05

Как видно из таблицы 1, у женщин с гипертиреозом и синдромом ГА отмечается существенное увеличение ФСГ ($7,9 \pm 0,74$ мМЕ/мл), ЛГ ($17,2 \pm 1,31$ мМЕ/мл), ЛГ/ФСГ ($2,48 \pm 0,11$), эстрона ($137,6 \pm 5,92$ нг/мл), 17-ОПГ ($1,1 \pm 0,09$ нг/мл), $T_{\text{общ}}$ ($2,86 \pm 0,24$ нг/мл), Ан ($3,7 \pm 0,17$ нг/мл), ДГЭА-С ($3,32 \pm 0,28$ пг/мл), $T_{\text{своб}}$ ($4,46 \pm 0,14$ пг/мл), $T_{\text{своб}}$ ($2,53 \pm 0,13$ нг/мл) по сравнению с аналогичными показателями практически здоровых женщин. В

тоже время у обследованных женщин отмечалось статистически достоверное снижение показателей ТСГ ($0,39 \pm 0,003$ мМЕ/мл), Э_2 ($49,86 \pm 4$ пг/мл), ГСПГ ($49,65 \pm 1,2$ нмоль/л) ($P < 0,05$).

Все женщины находились под наблюдением эндокринолога и получали комплексное патогенетическую терапию, включающую на I этапе лечение гипертиреоза Тирозолом 5-10 мкг/сут в течение 3-х месяцев в индивидуально подобранной дозе, на II этапе после повторного исследования показателей гормонов лечение синдрома ГА препаратами комбинированной оральной контрацепции (КОК).

В результате проведенного лечения через 6 месяцев после комплексной патогенетической терапии повторно были исследованы показатели гормонов. Результаты исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели гормонов после комплексной патогенетической терапии больных с гипертиреозом и синдромом ГА у женщин в репродуктивном периоде ($M \pm Se$)

Гормоны	Женщины с гипертиреозом и ГА (n=17)		P
	До лечения	После лечения	
ФСГ, мМЕ/мл	$7,9 \pm 0,74$ (4,9-17,7)	$6,45 \pm 0,63$ (4-12)	$>0,05$
ЛГ, мМЕ/мл	$17,2 \pm 1,31$ (10,4-30)	$9,17 \pm 0,84$ (4,2-18)	$<0,05$
ЛГ/ФСГ	$2,48 \pm 0,11$ (1,9-3,34)	$1,36 \pm 0,07$ (0,89-2)	$<0,05$
Прл, нг/мл	$20,1 \pm 14$ (6,71-27)	$16,2 \pm 0,88$ (6,7-21)	$>0,05$
ТСГ, мМЕ/мл	$0,39 \pm 0,003$ (0,1-0,62)	$1,79 \pm 0,16$ (0,87-3,4)	$<0,05$
Э_2 , пг/мл	$49,86 \pm 4$ (25-74)	$69,46 \pm 2,58$ (51-85)	$<0,05$
Э_1 , нг/мл	$137,6 \pm 5,92$ (74-165)	$114,0 \pm 3,74$ (79-132)	$<0,05$
17-ОП, нг/мл	$1,1 \pm 0,09$ (0,2-1,9)	$0,78 \pm 0,03$ (0,6-1,1)	$<0,05$
$T_{\text{общ}}$, нг/мл	$2,86 \pm 0,24$ (1,96-4,8)	$1,32 \pm 0,1$ (0,7-2,4)	$<0,05$
K, нг/мл $8^{00}-10^{00}$	$138,47 \pm 6,4$ (80-184)	$139,88 \pm 5,52$ (110-180)	$>0,05$
Ан, нг/мл	$3,7 \pm 0,17$ (2,1-4,6)	$2,64 \pm 0,008$ (2,1-3,11)	$<0,05$
ДГЭА-С, пг/мл	$3,32 \pm 0,28$ (1,9-5)	$2,15 \pm 0,14$ (1,1-3,1)	$<0,05$
АМГ, нг/мл	$6,12 \pm 0,92$ (0,8-14,4)	$5,92 \pm 0,85$ (0,8-12)	$>0,05$
T_3 свобод, пг/мл	$4,46 \pm 0,14$ (3,7-5,6)	$2,87 \pm 0,07$ (2,3-3,3)	$<0,05$
T_4 свобод, нг/мл	$2,53 \pm 0,13$ (1,9-4)	$1,48 \pm 0,05$ (1,1-1,9)	$<0,05$
ГСПГ, нмоль/л	$49,65 \pm 1,2$ (24-71)	$59,59 \pm 2,8$ (44-79)	$<0,05$

Как видно из таблицы 2, у больных с гипертиреозом и синдромом ГА комплексная патогенетическая терапия позволила существенно снизить показатели ЛГ ($9,17 \pm 0,84$ мМЕ/мл), ЛГ/ФСГ ($1,36 \pm 0,07$), эстрогена ($114,0 \pm 3,74$ нг/мл), 17-ОП ($0,78 \pm 0,03$ нг/мл), $T_{3\text{своб}}$ ($2,87 \pm 0,07$ пг/мл), $T_{4\text{своб}}$ ($1,48 \pm 0,05$ нг/мл), Ан ($2,64 \pm 0,008$ нг/мл), ДГЭА-С ($2,15 \pm 0,14$ пг/мл), $T_{\text{общ}}$ ($1,32 \pm 0,1$ нг/мл) и увеличить показатели Э_2 ($69,46 \pm 2,58$ пг/мл) и ГСПГ ($59,59 \pm 2,8$ нмоль/л).

Проведенная комплексная патогенетическая терапия восстанавливает менструальную и генеративную функции женщин с гипертиреозом и синдромом ГА.

1. Əzizova M.E. Polikistoz yumurtalıqlar sindromu ilə hipotireozun müştərək gedişi zamanı ovarial rezervin qiymətləndirilməsi: T.ü.f.d ... dis. ... avtoref. Bakı, 2016, 22 s.
2. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М.: 2002, с. 360-395.
3. Гусейнова Н.Ф. Системизированный подход к диагностике и лечению функционального состояния щитовидной железы в сочетании с синдромом поликистозных яичников: Автореф. дис. ...докт. филос. по мед., Баку, 2012, 22 с.
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012, 1072 с.
5. Кулиева Н.Д. Исследование функционального состояния системы гипотиз-щитовидная железа у женщин с метаболическим синдромом: Автореф. дис. ... докт. филос. по мед., Баку, 2012, 18 с.
6. Ghosh S., Chaudhuri S., Jain V.K. Profiling and hormonal therapy for acne in women // Indian J. Dermatol., 2014, №59, p. 107-115.

7. Hari A., Reddy S., Hri A., Bhatia N. Premature Ovarian Failure in Autoimmune Polyglandular Syndrome // Am. J. Med. Science., 2013, vol. 2, №3, p. 770-776.
8. Haring R., Hannemann A., John U. et al. Age-specific reference ranges for serum testosterone and androstenedione concentrations in women measured by liquid chromatography-tandem mass spectrometry // Am. J. Clin. Endocrin. Metabol., 2012, №97, p. 408-415.
9. Harper J.C. Evaluating hyperandrogenism: a challenge in acne management // Am. J. Drugs Dermatol., 2008, №7, p. 527-530.
10. Karrer-Voegli S., Rey F., Reymond M.J. Androgen dependence of hirsutism, acne, and alopecia in women: retrospective analysis of 228 patients investigated for hyperandrogenism // Medicine (Baltimore), 2009, vol. 88, №1, p. 32-45.

Алиева С.С.

Соответствие критериям USPHS двухслойных и монокоронных циркониевых реставраций: результаты исследования в течение 3-х лет

*Азербайджанский Медицинский Университет
(Азербайджан, Баку)*

doi: 10.18411/gdsn-25-12-2019-09

idsp: scienceconf-25-12-2019-09

В последние десятилетия достигнуты значительные успехи при использовании диоксида циркония в ортопедической стоматологии. Это связано с механическими свойствами циркониевой керамики и с ее внешним видом. Установлено, что цирконий является высоко биосовместимым метастабильным материалом и обладает способностью препятствовать распространению трещин [1]. В тоже время, при протезировании диоксид циркониевыми коронками имеют место сколы покрытия и утрата ретенции [2].

Цель исследования – провести сравнительную оценку качества и эффективности двухслойных и монокоронных циркониевых реставраций на основании критериев USPHS.

Материал и методы. Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Рекомендации для врачей, занимающихся биомедицинскими исследованиями с участием людей» [3].

Обследован 101 пациент, из которых 43 (42,6%) мужчин и 58 (57,4%) женщин. Средний возраст составил $34,9 \pm 3,77$ лет. Критериями включения были: письменное согласие участия в исследовании; резцы и клыки, нуждающиеся в ортопедическом лечении; первый или второй моляр, первый или второй премоляр, которые нуждались в монокоронном восстановлении с / или без эндодонтической терапии; критериями исключения были - возраст младше 18 лет; тяжелый периодонтит; бруксизм; глубокий прикус; беременность, период кормления; тяжелые соматические заболевания. у обследованных пациентов чаще встречались зубы, значительно пораженные кариесом – 41 (40,6%), травматическое повреждение зубов отмечалось у 14 (13,9%), отсутствие отдельных зубов – у 20 (19,8%), эстетический вид зубов не устраивал 16 (15,8%) и с дефектами установленных ранее коронок обратились 10 (9,9%) пациентов.

Всего установлено 24 классические циркониевые коронки на передние зубы (I группа), из них на резцы установлено 11 (45,8%), на боковые резцы – 8 (33,3%) и клыки 5 (20,8%) коронок. Реставрация монокоронными циркониевыми коронками проведена 77 пациентам в молярной и премолярной областях. Всего установлено 98 коронок (II группа). На верхней челюсти установлено 42 (42,8%) монокоронных циркониевых коронок, из которых на премоляры зафиксировано 22, на моляры – 20 реставраций. На нижней челюсти установлено 56 (51,0%) коронок, из которых на премоляры - 26, моляры – 30 коронок. При этом у 59 (76,6%) пациентов установлена 1 коронка, у 15 (19,5%) – 2 коронки, у 3 (3,9%) – 3 коронки.

Успешность фиксированных коронок была оценена через 7-10 дней, 6, 12, 18, 24 и 36 месяцев.

Для оценки одиночных коронок на исходном уровне и повторных назначений были использованы критерии Службы здравоохранения Соединенных Штатов (United