

# Дискусійні статті

УДК 616.314-007.44-007

*М.М. Ватаманюк, О.Б. Бєліков*

## КЛІНІКО-АНТРОПОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ У ПАЦІЄНТІВ ГЕРІАТРИЧНОГО ВІКУ З ПОВНОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Резюме.** Проаналізовано 50 пар гіпсових моделей беззубих щелеп пацієнтів чоловічої та жіночої статі віком від 75 до 90 років. Встановлено у 44,0 % – нейтральне положення щелеп, у 32,0 % – мезіальне, у 24,0 % – дистальне. Виявлено зміщення нижньої щелепи по відношенню до верхньої в межах від 0,1-1,0 см. Міжальвеолярна висота коливалася в межах від 1,5 до 3,1 см. Абсо-

лютно однакових за своїми розмірами, формою та ступенем атрофії беззубих щелеп не виявлено.

**Ключові слова:** атрофія щелеп, довжина, ширина, міжальвеолярна висота, повна втрата зубів, антропометричні вимірювання, геріатричний вік.

**Вступ.** Потреба населення в повному знімному протезуванні в Україні складає 57,6 осіб на 1000 обстежених. Незважаючи на постійні технологічні розробки в практичній стоматології щодо підвищення якості повних знімних протезів (ПЗП), кількість скарг із боку пацієнтів не зменшилась [2, 6]. Основними причинами відмови від користування знімними протезами залишається їхня задовільна фіксація та стабілізація – 47,2 %; біль, травмування слизової оболонки (СО), неможливість або уповільнена адаптація – 35,6 %, що потребують подальшого удосконалення клінічно-лабораторних етапів виготовлення ПЗП із урахуванням індивідуальних умов до протезування кожної категорії пацієнтів.

За даними літератури, число осіб, що потребують протезування повними знімними протезами, неухильно зростає [1, 3, 11]. Це пов'язано зі збільшенням частки вікових груп у загальному стані населення майже всіх країн світу. Так, у США число беззубих хворих доходить до 50 %, у Швеції – до 60 %, у Данії та Великобританії – до 70-75 % [1, 2, 6].

Повна відсутність зубів продовжує поширюватися серед населення віком після 45 років, за світовою тенденцією до збільшення кількості її випадків. Так, у США очікується збільшення кількості пацієнтів, які потребують протезування ПЗП із 33,6 мільйона 8,1 % осіб у 1991 році до 37,9 мільйона (9,2 %) у 2020 році [4, 8].

Отже, дослідження анатомо-фізіологічних особливостей при протезуванні пацієнтів з повною втратою зубів залишається актуальною проблемою сьогодення [3, 5, 11].

**Мета дослідження.** Визначити анатомо-фізіологічний стан пацієнтів із повною втратою зубів на основі клінічно-антропометричних вимірювань гіпсових моделей щелеп.

**Матеріал і методи.** Нами проаналізовано 50 пар гіпсових моделей щелеп пацієнтів чоловічої та жіночої статі віком від 75 до 90 років. Взяли наступні показники: міжальвеолярна висота, дов-

жина, ширина моделей та відповідність співвідношення щелеп.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При аналізі співвідношення серед 50 пар гіпсових моделей беззубих щелеп виявлено: 22 пари – з нейтральним розташуванням, 16 – із медіальним зміщенням, 12 – із дистальним.

На основі цього вивчені моделі були згруповані в три групи: 1-ша група – нейтральне розташування щелеп – 12 (44,0 %); 2-га група – медіальне розміщення – 16 (32,0 %); 3-тя група – дистальне розміщення – 12 (12,0 %).

Для зручності аналізу моделей пацієнти в кожній групі були розподілені на підгрупи залежно від ступеня зміщення нижньої щелепи (НЩ) відносно верхньої.

Так, у 1-й групі було відсутнє зміщення НЩ відносно верхньої. У 2-й групі – мало місце зміщення НЩ відносно верхньої в межах від 0,1 до 0,3 см у шести (37,5 %) пацієнтів (1-ша підгрупа), у чотирьох (25,0 %) пацієнтів (2-га підгрупа) від 0,4 до 0,6 см та тільки в одного (6,25 %) пацієнта (3-тя підгрупа) від 0,7 до 1,0 см.

Таким чином, у першій групі дослідження встановлено стабільне співвідношення між щелепами у фронтальній ділянці і лабіальне – у бічних. У той час, як у другій та третій групах дослідження це співвідношення коливалося в межах від 0,1 до 1,0 см.

При аналізі міжальвеолярної висоти нами встановлено, що в більшості хворих вона була в межах від 1,5 до 3,1 см. Але ці показники були різні в групах дослідження (табл. 1).

При аналізі довжин беззубих щелеп нами встановлено, що вони зазвичай збігаються (табл. 2). Дані, показані в табл. 2 показують, що в більшості випадків на верхній та НЩ всі величини близькі за своїми розмірами і коливалися в межах від 4,5 до 5,5 см. За винятком вимірів у другій групі, де в половині випадків величина верхньої щелепи (ВЩ) більша за НЩ.

У той час, як при аналізі ширини щелеп виявлено повну невідповідність ВЩ та НЩ

Таблиця 1

## Міжальвеолярна висота

Групи	Міжальвеолярна висота				
	До 1,5 см	1,5–2,0см	2,1–2,5 см	2,6–3,0 см	3,1 та більше
I	1	1	8	2	-
II	3	5	5	2	1
III	1	6	3	1	1
Всього	5	22	16	5	2

Таблиця 2

## Довжина беззубих щелеп (см)

Групи	Щелепи	Довжина беззубих щелеп				
		4,0-4,5	4,6-5,0	5,1-5,5	5,6-6,0	6,1-6,5
I	Верхня	2	13	5	1	1
	Нижня	1	11	8	2	-
II	Верхня	3	9	3	1	-
	Нижня	2	5	5	2	-
III	Верхня	2	6	3	1	-
	Нижня	2	5	4	1	-
Всього	Верхня	7	30	11	3	-
	Нижня	5	21	17	5	-

Таблиця 3

## Ширина верхніх та нижніх беззубих щелеп (см)

Групи	Щелепи	Ширина беззубих щелеп					
		4,0-4,5	4,6-5,0	5,1-5,5	5,6-6,0	6,1-6,5	6,6-7,0
I	Верхня	8	11	2	1	0	0
	Нижня	1	1	5	11	3	1
II	Верхня	3	10	2	1	0	0
	Нижня	0	0	2	10	3	1
III	Верхня	2	9	1	0	0	0
	Нижня	0	1	3	6	2	1

Таблиця 4

## Відстань між лініями ікол

Розмір у см	I група	II група	III група	Всього
2,0-2,5	2	3	2	5
2,6-3,0	13	10	7	20
3,1-3,5	7	3	3	13

(табл. 3). Дані табл. 3 показують, що ширина НЩ зазвичай більша (від 4,5-6,5 см) ніж ВЩ (від 4,0-5,5 см).

При аналізі ширини ділянки щелеп між лініями іклів нам не вдалося вивести чіткої закономі-

рності для кожної групи пацієнтів через відсутність чітких орієнтирів на щелепі. У таблиці 4 надається характеристика зроблених вимірів як для кожної групи, так і для всіх беззубих щелеп разом. Дані табл. 4 показують, що у всіх групах

дослідження найчастіше ширина між лініями іклів була в межах 2,6-3,0 см. Тобто, у всіх групах дослідження найчастіше ширина між лініями іклів була в межах 2,6-3,0 см.

Таким чином, проведені клінічно-антропометричні дослідження не виявили значної розбіжності між розміром ВЩ та НЩ. У той час як існує думка, що при атрофії альвеолярних відростків беззубих пацієнтів НЩ переважає над ВЩ, т.з. «стареча прогенія», за рахунок зміщення НЩ вперед більш ніж на 3,0 мм. Таке зміщення нами спостерігалось лише у 18 осіб, що становить 9 % від загальної кількості випадків. Ці дані відповідають дослідженням М.Р. Марєя, який при вивченні взаємоз'язків між беззубими щелепами у 116 пацієнтів виявив таке зміщення лише в 7,7 % випадків, та Макарова Ю.П. [10], який серед 204 досліджених щелеп виявив зміщення НЩ у 9 % випадків. За розмірами серед беззубих щелеп найчастіше траплялися щелепи середніх розмірів, рідше – великих і дуже рідко – малих.

Нижні беззубі щелепи в переважній більшості випадків були ширші за верхню у середньому на 1 см. Міжальвеолярна висота коливалася в межах від 1,5 до 2,5 см. Абсолютно однакових за своїми розмірами і ступенями атрофії беззубих щелеп нами не виявлено.

#### Висновок

Групувати беззубі щелепи можна лише за великою кількістю ознак, що дає можливість згрупування пацієнтів із беззубими щелепами як у групи, так і підгрупи на основі антропометричних досліджень моделей щелеп, а це дозволяє в ряді випадків створити матриці, які полегшують протезування і підвищують якість зубних протезів [8, 9].

#### Перспективи подальших досліджень.

Отримані дані щодо розмірів беззубих щелеп у пацієнтів різних вікових груп, особливо на тлі соматичних захворювань опорно-рухового апарату, ендокринної системи можуть бути використані для створення штучних зубів нових фасонів.

#### Література

1. Борисенко Л.Г. Анализ обрацаемости за стоматологической помощью лиц пожилого и старческого возраста в Республике Беларусь / Л.Г. Борисенко. // Мед. ж. – 2006. – № 4. – С. 32-3.
2. Воронов А.П. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов / А.П. Воронов, И.Ю. Лебеденко, И.А. Воронов. – М.: Медпресс-информ, 2006. – 316 с.
3. Воронов А.П. Эстетическое ортопедическое лечение больных с полной потерей зубов / А.П. Воронов // Maestro. – 2006. – № 2. – С. 4-12.
4. Грачев Д.И. Повышение эффективности ортопедического лечения и качества жизни больных с полным отсутствием зубов на нижней челюсти: дис. ... канд. мед. наук. / Д.И. Грачев. – М., 2010. – 182 с.
5. Загорский В.А. Определение центрального соотношения челюстей. В кн. «Частичные съемные и перекрывающие протезы» / В.А. Загорский. – Медицина, 2007. – С. 205-439.
6. Калининская А.А. Потребность в стоматологической ортопедической помощи / А.А. Калининская, В.Н. Сорокин, Б.В. Трифонов // Рос. стоматол. ж. – 2006. – № 6. – С. 47-49.
7. Климов А.Г. Клинические подходы к оценке качества съемных зубных и челюстных протезов: автореф. дис. на соиск. уч. степени канд. мед. наук / А.Г. Климов. – СПб., 2006. – 23 с.
8. Луганский В.Л. Часть вторая: Техника получения предварительных анатомических оттисков у пациентов с полным отсутствием зубов / В.Л. Луганский, С.Е. Жолудев // Панорамная ортопед. стоматол. – 2004. – № 3. – С. 26-30.
9. Луганский В.Л. Часть первая: Роль предварительных анатомических оттисков в эффективном протезировании пациентов с полным отсутствием зубов / В.Л. Луганский, С.Е. Жолудев // Панорамная ортопед. стоматол. – 2005. – № 2. – С. 34-39.
10. Макаров Ю.П. Конструирование съемных пластичных протезов с учетом анатомо-физиологических особенностей ротовой полости у лиц пожилого и старческого возраста: автореф. дис. на звание канд. мед. наук / Ю.П. Макаров. – К., 2006. – 23 с.
11. Наумович С.А. Полная потеря зубов. Распространенность. Нуждаемость в лечении / С.А. Наумович, В.В. Пискур // Мед. ж. – 2007. – № 4 (22). – С. 15-18.

### КЛИНИКО-АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ

*М.М. Ватаманюк, О.Б. Беликов*

**Резюме.** Проведен анализ 50 пар гипсовых моделей беззубых челюстей пациентов мужского и женского пола в возрасте от 75 до 90 лет. Установлено в 44,0 % – нейтральное положение челюстей, в 32,0 % – мезиальное, а в 24,0 % – дистальное. Обнаружено смещение нижней челюсти по отношению к верхней в пределах от 0,1-1,0 см. Межальвеолярная высота была в пределах от 1,5 до 3,1 см. Абсолютно одинаковых по своим размерам, форме и степени атрофии беззубых челюстей не обнаружено.

**Ключевые слова:** антропометрические измерения, атрофия челюстей, гериатрический возраст, длина, ширина, межальвеолярная высота, полная потеря зубов.

## CLINICAL AND ANTHROPOMETRIC ANALYSIS OF ANATOMICAL AND PHYSIOLOGICAL CONDITION IN GERIATRIC PATIENTS WITH TOTAL TOOTH LOSS

*M.M. Vatamaniuk, O.B. Belikov*

**Abstract.** The analysis of 50 pairs of plaster models of edentulous jaws in patients of both sexes aged from 75 to 90 years has been made. In 44,0 % of them the position of the jaws was neutral, in 32,0 % it was medial, and in 24,0 % – distal. A shift of the mandible relative to the upper jaw was in the range of 0,1-1,0 cm. Inter-alveolar height was in the range of 1,5 to 3,1 cm. There were no absolutely identical in size, shape and degree of atrophy toothless jaws.

**Key words:** anthropometric measurements, atrophy of the jaw, geriatric age, length, width, inter-alveolar height, total tooth loss.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – доц. О.В. Митченко

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 4 (72). – P. 228-231

Надійшла до редакції 04.11.2014 року

© М.М. Ватаманюк, О.Б. Беліков, 2014

УДК 616.127-005.4-079.6

*В.Д. Мішалов<sup>1</sup>, С.В. Козлов<sup>4</sup>, І.В. Іркін<sup>1</sup>, А.О. Гаврилюк<sup>3</sup>, І.А. Федотова<sup>2</sup>*

## ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО ІШЕМІЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ МІОКАРДА – АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика<sup>2</sup>Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця<sup>3</sup>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова<sup>4</sup>Дніпропетровська медична академія

**Резюме.** У статті висвітлено сучасний стан проблеми діагностики гострого ішемічного пошкодження міокарда. Розглянуто можливості застосування різноманітних додаткових методик дослідження та їх ефективність. Беручи до уваги недоліки більшості відомих методів діагностики та стан забезпечення обласних

біуро судово-медичної експертизи, обґрунтовано необхідність розробки новітніх методик досліджень патологічно змінених біотканин.

**Ключові слова:** гостре ішемічне пошкодження, лазерна поляриметрия, міокард.

**Вступ.** Значне медичне та соціальне значення раптової серцевої смерті (РСС) зумовлене не тільки її несподіваним розвитком, але й у першу чергу масовістю. У світі частота РСС складає 3 млн. щорічно, при можливості виживання не більше 1,0 % [4]. Однією з головних та важкодіагностованих нозологічних причин РСС є гостра коронарна недостатність (ГКН).

Особливістю раптової смерті при ГКН є те, що 30-40% від загального числа померлих гинуть у перші десятки хвилин від початку захворювання і приблизно стільки ж на протязі наступних 2 годин [4]. Такий раптовий розвиток викликає підозру на насильницьку смерть та робить дану патологію предметом судово-медичного дослідження.

Специфікою судово-медичної експертизи трупів осіб, що померли раптово, є відсутність медичної документації та часто інформації стосовно обставин смерті, тому встановлення судово-медичного діагнозу ґрунтується тільки на морфологічних даних. Однак через те, що летальний результат настає дуже швидко, макроскопічні зміни в міокарді не встигають розвинути. Тому

діагностика раптової смерті від ГКН є можливою лише за використання додаткових методів дослідження.

Даний стан проблеми зумовлює актуальність пошуку, удосконалення методів діагностики та моніторингу параметрів змін міокарда для розробки об'єктивних критеріїв судово-медичного визначення гострого ішемічного пошкодження (ГП) міокарда.

На сьогодні макроскопічними ознаками ГП при судово-медичному дослідженні трупа є: в'язкий, нерівномірний кровонаповнення міокарда, набухання ішемізованої ділянки, розширення порожнини лівого шлуночка, свіжі тромби в коронарних артеріях, крововилив в атеросклеротичну бляшку, розрив атеросклеротичної бляшки з утворенням клапана, що закриває просвіт судини, розрив атеросклеротичної бляшки з емболією дистальних гілок атероматозними масами [4]. Однак вищевказані критерії недостатньо специфічні та не дозволяють лікарю тільки на їх основі поставити діагноз ГП.

Щодо мікроскопічних ознак, то характерними є наступні: контрактурні пошкодження міофіб-