

- Hard tissue measurements /S.F. Albarakati, L.F. Baidas //Saudi Dent. J.- 2010.- Vol.22, №3.- P.133-139.
13. Cephalometric and in vivo measurements of maxillomandibular anteroposterior discrepancies: a preliminary regression study /V.F. Ferrario, G. Serrao, V. Ciusa [et al.] //Angle Orthod.- 2002.- Vol.72, №6.- P.579-584.
14. Fleming P.S. Arch form and dimensional changes in orthodontics / P.S. Fleming, A.T. Dibiasi, R.T. Lee / /Prog. Orthod.- 2008.- Vol.9, №2.- P.58-64.
15. Gunas I.V. Methodological aspects of computed tomography odontomorphometry of boys and girls with the physiological bite /I.V. Gunas, N.A. Dmitriev, A.V. Marchenko //J. of Education, Health and Sport.- 2015.- 5 (11).- P. 345-355. ISSN 2391-8306.

Марченко А. В., Петрушанко Т. А., Гунас И. В.

МОДЕЛИРОВАНИЕ С ПОМОЩЬЮ РЕГРЕССИОННОГО АНАЛИЗА ТРАНСВЕРЗАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ И САГИТАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИК ЗУБНОЙ ДУГИ У ЮНОШЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ОДОНТОМЕТРИЧНЫХ И КЕФАЛОМЕТРИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Резюме. В статье описаны математические модели трансверзальных размеров верхней и нижней челюсти и сагиттальных характеристик зубной дуги в зависимости от особенностей одонтометрических и кефалометрических показателей. Смоделирован 17 из 18 возможных линейных размеров, необходимых для построения корректной формы зубной дуги с коэффициентом детерминации от 0,640 до 0,889. В построенные модели с коэффициентом детерминации более 0,6 более часто входят размеры зубов (71,3%, из которых 18,9% приходится на верхние резцы, 11,5% - на нижние резцы, 8,2% - на верхние клыки, 9,8% - на нижние клыки, 9,8% - на верхние малые коренные зубы, 9,8% - на нижние малые коренные зубы, 3,3% - на верхние первые большие коренные зубы), чем кефалометрические показатели (28,7%). Среди размеров верхних и нижних резцов, клыков, малых и первых больших коренных зубов в модели наиболее часто входят следующие показатели: мезиодистальные размеры коронки зубов (25,4%, из которых 16,4% на верхней челюсти), преддверно-языковые размеры (12,3%, из которых 6,6% на верхней челюсти) и ширина дентинно-эмалевой границы в мезиодистальном направлении (9,0%, из которых 7,4% на верхней челюсти). Среди кефалометрических показателей в модели наиболее часто входят: наибольший обхват головы (4,1%); поперечная дуга (2,5%); внешнеглазная ширина (2,5%); ушной диаметр (2,5%).

Ключевые слова: здоровые юноши, регрессионный анализ, одонтометрические, кефалометрические показатели, трансверзальные размеры верхней и нижней челюсти, сагиттальные характеристики зубной дуги.

Marchenko A. V., Petrushanko T. O., Gunas I. V.

SIMULATION USING REGRESSION ANALYSIS TRANSVERSAL SIZES OF UPPER AND LOWER JAW AND SAGITTAL PERFORMANCE OF DENTAL ARCH IN YOUNG DEPENDING ON THE CHARACTERISTICS OF ODONTOMETRIC AND CEPHALOMETRIC INDICATORS

Summary. The article describes the mathematical models transversal sizes of the upper and lower jaw and dental arch sagittal characteristics depending on the characteristics of odontometric and cephalometric indicators. Modeled 17 of 18 possible linear dimensions needed to build the correct form of the dental arch with determination coefficient from 0.640 to 0.889. Constructed models with a coefficient of determination more than 0.6 most often include the size of the teeth (71.3%, of which 18.9% accounted on upper incisors, 11.5% - on lower incisors, 8.2% - on the upper canines, 9.8% - on lower canines, 9.8% - on the small upper molars, 9.8% - on the lower small molars, 3.3% - on the first large upper molars) than cephalometric figures (28.7%). Among the dimensions of the upper and lower incisors, canines, small and first large molar teeth models most commonly includes the following indicators: mesio-distal sizes of teeth crowns (25.4%, of which 16.4% on the upper jaw); vestibular-tongue sizes (12.3%, of which 6.6% on the upper jaw) and width of dentin-enamel limit in mesio-distal direction (9.0%, of which 7.4% on the upper jaw). Among cephalometric indicators, models most often include: greatest head circumference (4.1%); transverse arch (2.5%); outwardly eye width (2.5%); ear diameter (2.5%).

Key words: healthy young men, regression analysis, odontometric, cephalometric indicators, transversal dimensions of the upper and lower jaw, sagittal dental arch characteristics.

Рецензент - д.мед.н. Масвський О.Є.

Стаття надійшла до редакції 21.11.2016 р.

Марченко Алла Володимирівна - к.мед.н., доц., доцент кафедри терапевтичної стоматології ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"; +38(097)0719114; allamarchen@yandex.ru

Петрушанко Тетяна Олексіївна - д.мед.н., проф., завідувач кафедри терапевтичної стоматології ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"

Гунас Ігор Валерійович - виконавчий директор Міжнародної академії інтегративної антропології; +38(067)1210005

© Мазченко О.О.

УДК: 618.3 - 06: 616 - 053.54

Мазченко О.О.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра акушерства і гінекології №2

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РАНЬОГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Резюме. Проведено вивчення стану здоров'я новонароджених дітей від матерів з гіпертензивними розладами, а саме преєклампсією та гіпертонічною хворобою. Досліджено особливості перебігу раннього неонатального періоду, перспективи для здоров'я новонароджених.

Ключові слова: новонароджені, преєклампсія вагітних, гіпертонічна хвороба вагітних, неонатальний період, ускладнення.

Вступ

Сучасна проблема профілактики, своєчасної діагностики та лікування гіпертензивних розладів у вагітних є однією з найважливіших в акушерстві, що зумовлено високою частотою даного ускладнення в структурі причин материнської та перинатальної захворюваності та смертності, особливо це стосується важких форм пізніх гестозів. У кожної п'ятої дитини, яка народилася від матері з гіпертензивними розладами, наявні порушення фізичного та психоемоційного розвитку, значно зростає захворюваність в малюковому та ранньому дитячому віці. В структурі причин материнської смертності прееклампсія стабільно займає третє місце і складає від 11,8 до 14,8% [1, 2]. Незважаючи на численні наукові дослідження гіпертензивних розладів до сьогоднішнього часу остаточно не з'ясовано етіологію їх виникнення. Існує біля 30 теорій виникнення даних ускладнень у вагітних, в основі яких лежать генетичні фактори, тромбозії, екстрагенітальна патологія та ін. [3, 4].

Основні ускладнення для плода при прееклампсії та гіпертонічній хворобі вагітної пов'язані з недоношеністю та плацентарною недостатністю. При хронічній плацентарній дисфункції та порушенні матково-плацентарного кровотоку розвивається затримка внутрішньоутробного розвитку плода, реєструється низька маса тіла при народженні для даного гестаційного віку (асиметрична та симетрична форма ретардації) [3, 4, 5]. Материнські ускладнення гіпертензивних розладів пов'язані з генералізованим спазмом периферійних судин мікроциркуляції (тромбоцитопенія, ДВЗ-синдром) та проявляються ураженням судин мозку (судоми, крововиливи), нирок (олігурія і гостра ниркова недостатність), легенів (набряк), печінки (набряк, субкапсулярна гематома) [6, 7, 8, 9].

Метою нашої роботи було оцінити стан новонароджених дітей від матерів, вагітність яких ускладнювалась гіпертензивними розладами.

Матеріали та методи

Під спостереженням перебували новонароджені діти, матері яких під час вагітності проходили пренатальну діагностику за допомогою молекулярно-генетичного методу: визначення рівня гомоцистеїну в сироватці крові як маркеру виникнення прееклампсії у вагітних. Досліджувану групу склали 92 новонароджених у терміні гестації від 32 до 37 тижнів від матерів віком від 20 до 39 років. Вагітні знаходились під спостереженням та розроджувалися в пологовому відділенні Обласної клінічної лікарні ім. М.І.Пирогова (м. Вінниця) та відділення патології вагітних ВМКПБ№ 2. Серед них було 90 жінок з гіпертензивними розладами: 30 вагітних з прееклампсією легкого ступеня важкості, 30 жінок з прееклампсією вагітних середнього ступеня важкості, 30 вагітних з гіпертонічною хворобою I ступеня важкості.

Із методів дослідження, котрі використовували при виконанні даної роботи, були: клінічні, лабораторні (в

тому числі молекулярно-генетичні), інструментальні. Серед клінічних проводили ретельний фізичний огляд, збір репродуктивного та соматичного анамнезів, оцінку перебігу даної вагітності, аналіз ускладнень з боку матері та плода, наслідки пологів та стан новонароджених в ранньому неонатальному періоді.

Усім вагітним жінкам проводили комплексне клініко-лабораторне обстеження (розгорнутий загальний аналіз крові з підрахунком кількості тромбоцитів, біохімічний аналіз крові (сечовина, креатинін, загальний білок, білірубін, цукор)), оцінку системи гомеостазу, загальний аналіз сечі, добову втрату білка сечі, бактеріологічний посів сечі та виділень з цервікального каналу та мазок з піхви на ступінь чистоти. Усі вагітні були оглянуті суміжними спеціалістами: терапевтом, окулістом, кардіологом, невропатологом, нефрологом.

У новонароджених проводили розгорнутий аналіз крові з підрахунком тромбоцитів, біохімічний аналіз крові, визначення групи та резус- фактору. З інструментальних методів обстеження вагітних проводили ультразвукове дослідження плода та доплерометрію матково-плацентарних судин, кардіотокографію плода, біофізичний профіль плода, нейросонографію голівки новонародженого.

Результати. Обговорення

Клінічна характеристика вагітних жінок: перший етап нашого дослідження включав вивчення особливостей перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду і репродуктивного анамнезу у вагітних, які поступили в стаціонар з приводу прееклампсії різного ступеня важкості та з гіпертонічною хворобою I ступеню протягом 2009-2010 років. Серед них I групу склали 30 (33,3%) вагітних з прееклампсією легкого ступеня важкості, II група - 30 (33,3%) вагітних з прееклампсією середнього ступеня важкості, III група - 30 вагітних з гіпертонічною хворобою I стадії (33,3%). У 47 (52,2%) жінок під час вагітності прееклампсія поєднувалась з екстрагенітальною патологією (у 5 (5,5%) - хронічний пієлонефрит в стадії ремісії, у 27 (30%) - ожиріння, у 15 (16,6%) - різні соматичні захворювання (патологія щитовидної залози, серцево-судинної системи та ін.) З них у I групі екстрагенітальна патологія наявна у 20 (22,2%) вагітних, у II групі - у 18 (20%) вагітних, у III групі жінок - у 30 (33,3%) вагітних.

Вагітність у 70 жінок (77,7%) закінчилась пологами через природні родові шляхи, у 20 (22,2%) проводили кесарський розтин. З них було жінок, які народжували вперше 28 (31,1%) та 62 жінки (69,9%), котрі народжували повторно. У 5 (5,5%) жінок в анамнезі наявні порушення репродуктивної функції: (непліддя- застосування допоміжних репродуктивних технологій) та в 14 (15,5%) перинатальні втрати при попередніх вагітностях.

Клінічна характеристика новонароджених дітей: новонароджені були поділені на 3 групи: I група- 31 дитина (34,4%), які народилися від матерів з прееклампсією

Таблиця 1. Патологія новонароджених від обстежуваних матерів.

№ п/п	Патологія новонароджених	Захворюваність (%)	Бали за шкалою Апгар
1.	Синдром дихальних розладів	6.6	1/4/5 та 3/5/6
2.	Затримка внутрішньо-утробного розвитку	4.4	6/7 та 8/9
3.	Ішемічне ураження ЦНС	7.7	5/6 та 7/8
4.	Гемолітична хвороба новонародженого	2.2	8/9 та 9/10
5.	Вроджена вада ШКТ	1.1	8/9 та 9/10

легкого ступеня важкості (I вагітність двійнею), II група- 30 новонароджених (33,3%) від матерів з середнім ступенем важкості, III група- 31 дитина (34,4%) від матерів з гіпертонічною хворобою I стадії (I вагітність двійнею).

У задовільному стані з оцінкою 8-10 балів за шкалою Апгар народилося 80 (88,8%) дітей, з оцінкою 5-7 балів - 8 (8,8%) дітей та 2 (2,2%) новонароджених народилися у стані важкої гіпоксії (оцінені за шкалою Апгар 1/4/5 та 3/5/6 балів відповідно).

Слід зауважити, що у всіх групах спостерігали тенденцію до народження дітей з малою вагою тіла для свого гестаційного віку, що і передбачалося при антенатальному проведенні ультразвукових досліджень під час вагітності. У вагітних за даними УЗД відмічали затримку внутрішньоутробного розвитку плода та порушення матково-плацентарного в плодово-плацентарного кровообігу.

Перебіг раннього неонатального періоду характеризувався наявністю важких ускладнень у новонароджених: у 6 (6,6%) дітей відмічався синдром дихальних розладів, у 4 (4,4%) - затримка внутрішньоутробного розвитку, у 7 (7,7%) гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи (переважно мав місце син-

дром пригнічення), у 2(2,2%) - гемолітична хвороба новонародженого, у 1 (1,1%) - вроджена вада шлунково-кишкового тракту (табл. 1). Усі ці ускладнення вимагали надання первинної реанімаційної допомоги, використання медикаментозної терапії для підтримки стану новонароджених та подальшого переведення на III рівень надання медичної допомоги в обласну клінічну дитячу лікарню м. Вінниці.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Новонароджені від матерів з вагітністю, ускладненою гіпертензивними розладами, належать до дітей групи високого ризику по перинатальній захворюваності та смертності. Важкість стану та розвиток важких ускладнень у новонароджених корелює зі ступенем важкості прееклампсії та супутньої екстрагенітальної патології матерів.

2. Серед основних ускладнень раннього неонатального періоду спостерігались: синдром дихальних розладів, гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи, народження маловагових дітей для свого гестаційного віку, народження недоношених дітей, зниження компенсаторно-адаптаційних можливостей організму новонароджених.

3. Значна частина усіх новонароджених (25%) дітей потребували негайних реанімаційних заходів при народженні та переведення їх в спеціалізовані відділення для подальшого лікування, що також веде до збільшення соціальних, економічних та медичних витрат.

У перспективі подальших розробок планується провести ретроспективне вивчення особливостей перебігу неонатального періоду у новонароджених від матерів з гіпертензивними розладами.

Список літератури

1. Айламазян Э.К. Гестоз. Теория и практика /Э.К. Айламазян., Е.В. Мозговая.- Москва: МЕД-ПРЕССинформ, 2008.- 272с.
2. Гайструк Н.А. Антенатальнаохорона плода у вагітних з гіпертензивними розладами (патогенез, діагностика, прогнозування і лікування): дис... д. мед. н.: 14.01.01 /Гайструк Н.А.; Донецький держ. мед. унів. ім. М.Горького.- Вінниця, 2007.- 283с.
3. Кулаков В.И. Новорожденные высокого риска. Новые диагностические и лечебные технологии /В.И.Кулаков, Ю.И.Арашнев.- Москва: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006.- 546с.
4. Макаров О.В. Преэклампсия и хроническая артериальная гипертензия. Клинические аспекты /О.В. Макаров, О.Н. Ткачева, Е.В. Волкова.- Санкт-Петербург: ГЭОТАР-МЕДИА, 2010.- 138с.
5. Самохвалова А.В. Перебіг раннього неонатального періоду у новонароджених від матерів з прееклампсією /А.В. Самохвалова, І.М. Хоботна, А.Е. Маркарянц //Таврический медицинско-биол. вестник.- 2012.- Т.15, №2, Ч.1 (58).- С.273-275.
6. Сидорова И.С. Гестоз /И.С. Сидорова. СПб: Медицина, 2003.- 416с.
7. Сухих Г.Т. Преэклампсия /Г.Т. Сухих, Л.Е. Мурашко.- Санкт-Петербург: ГЭОТАР-МЕДИА, 2010.- 272с.
8. Тимошенко В.Н. Недоношенные новорожденные дети /В.Н.Тимошенко.- Санкт-Петербург: Феникс. Издательские проекты, 2007.- 192с.
9. Шифман Е.М. Преэклампсия. Эклампсия. HELLP-синдром /Е.М. Шифман.- Петрозаводск.: ИнтелТек.- 2002.- 430с.

Мазченко О.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Резюме. Проведено изучение состояния здоровья новорожденных детей от матерей с гипертензивными расстройствами, а именно преэклампсией и гипертонической болезнью. Исследованы особенности течения раннего неонатального периода, перспективы для здоровья новорожденных.

Ключевые слова: новорожденные, преэклампсия беременных, гипертоническая болезнь беременных, неонатальный период, осложнения.

Mazchenko O.O

FEATURES OF EARLY NEONATAL PERIOD OF NEWBORNS FROM MOTHERS WITH HYPERTENSIVE DISORDERS

Summary. *The research of health of newborns from mothers with hypertensive disorders such as preeclampsia and hypertension has been done. Has been researched the peculiarities of early neonatal period, the prospects for the health of newborns.*

Key words: *newborns, pregnant preeclampsia, hypertension in pregnancy, neonatal period, complications.*

Рецензент - д.мед.н. Чечуга С.Б.

Стаття надійшла до редакції 14. 12.2016р.

Мазченко Оксана Олександрівна - асистент кафедри акушерства і гінекології №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова; +38(067)3470548

© Коцюра О. О.

УДК: 316.472.3:008.12-055.1:(477)

Коцюра О.О.

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

**ОСОБЛИВОСТІ ЛІНІЙНИХ КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНИХ РОЗМІРІВ
ВЕЛИКИХ КУТНИХ ЗУБІВ ТА ЇХ КОРЕНІВ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ
ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИХ ЕТНО-ТЕРИТОРІАЛЬНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ**

Резюме. *Встановлені особливості лінійних комп'ютерно-томографічних розмірів великих кутніх зубів та їх коренів у практично здорових чоловіків України в залежності від регіональної приналежності. В напрямку південь - північ - схід - захід - центр відмічається збільшення вертикальних параметрів коронки перших і других великих кутніх зубів (довжина і висота коронки зубів, довжина зуба); зменшення поперечних параметрів коронки перших і других великих кутніх зубів (присінково-язиковий і мезіо-дистальний розміри коронки і шийки зубів); зменшення поздовжніх розмірів коренів зубів (довжина піднебінного і дистально-щічного коренів великих кутніх зубів верхньої щелепи та медіального і дистального коренів великих кутніх зубів нижньої щелепи). Між чоловіками західного і східного регіонів встановлені лише поодинокі тенденції відмінностей, а між чоловіками центрального та західного і східного регіонів не встановлено жодних достовірних відмінностей зазначених лінійних показників великих кутніх зубів.*

Ключові слова: *великі кутні зуби, комп'ютерна томографія, практично здорові чоловіки, регіональні особливості.*

Вступ

Сучасна відновна та естетична стоматологія накопичила величезний арсенал технік і методик відновлення втрачених або зруйнованих зубів і коренів. Проте, питанню їх розмірів та етнічних і популяційних особливостей сучасна стоматологія приділяє недостатньо уваги. Реставрація часто проводиться не лише індивідуально, але й керуючись естетичними уподобаннями стоматолога або зубного техника [5, 7, 11, 12].

Рядом наукоців встановлено регіональні відмінності за лінійними розмірами і індексами коронки молярів, що показує ступінь "витягнутості" коронки. Виявлені значні етнічні особливості довжини, кількості, форми коренів і кореневих каналів кутніх зубів [4, 8, 13, 16]. В основному, дані за цією темою носять уривчастий характер або представлені невеликими дослідженнями. Їх автори зазвичай не дають точних уявлень про достовірність регіональних відмінностей.

Єдиним в цьому напрямку комплексним системним дослідженням на вітчизняній вибірці наразі є дослідження стоматологічного статусу чоловіків із різних регіонів України, проведене М. Шінкарук-Диковицькою [14]. Сплановане нами дослідження регіональних варіацій розмірів великих кутніх зубів і їх кореневої системи полягатиме у детальному їх вивченні з використанням такого уніфікованого методу дослідження, як комп'ютерна-томографія, з подальшою математичною обробкою результатів, що забезпечить можливість застосу-

вати наукові дані в практиці.

Мета роботи - визначити особливості лінійних комп'ютерно-томографічних розмірів великих кутніх зубів та їх коренів у практично здорових чоловіків із різних етно-територіальних регіонів України.

Матеріали та методи

У 200 соматично здорових чоловіків віком від 19 до 35 років із різних адміністративних регіонів України: 32 з північного регіону (мешканці з Житомирської, Київської, Чернігівської та Сумської областей); 33 з південного регіону (мешканці із Одеської, Миколаївської, Херсонської, Запорізької областей та АР Крим); 64 з центрального регіону (мешканці із Вінницької, Черкаської, Кіровоградської, Полтавської та Дніпропетровської областей); 36 з західного регіону (мешканці із Волинської, Рівненської, Львівської, Чернівецької, Тернопільської, Хмельницької, Закарпатської та Івано-Франківської областей); 35 з східного регіону (мешканці із Харківської, Донецької та Луганської областей) була проведена конусно-променева комп'ютерна томографія на базі медичного центру "Вінінтермед ЛТД" за допомогою денального конусно-променевого томографа Veraviewerocs-3D (Morita, Японія). Об'єм тривимірного зображення - циліндр 8x8 см, товщина шару 0,2/0,125 мм, доза опромінення 0,011-0,048 мЗв, напруга та сила струму 60-90kV/2-10mA. Дослідження тривимірної мо-