

УДК 616.314.22-007.21-089.843

В.Ф. Макеев, О.Я. Заблоцька, Н.М. Дидик

Вікова динаміка змін висоти залишкового альвеолярного відростка в бічних ділянках беззубої нижньої щелепи

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Мета: обґрунтувати можливі підходи до застосування незнімних протезів з опорою на імплантати в пацієнтів похилого віку з урахуванням особливостей вікових змін висоти альвеолярного відростка беззубої нижньої щелепи.

Пацієнти та методи. У 86 пацієнтів у віці від 60 до 90-а років з повною відсутністю зубів на нижній щелепі за комп'ютерними панорамними знімками вимірювали висоту збереженої кістки нижньої щелепи від альвеолярного гребеня до нижньощелепного каналу справа та зліва за чотирма позиціями: на рівні біля підборідкового отвору та на рівні премолярів, першого і другого молярів, а також вимірювали висоту на серединній лінії від альвеолярного гребеня до нижнього краю щелепи. Проведені дослідження статистично опрацювали залежно від віку та статі обстежених.

Результати. Спостерігається чітка тенденція зменшення висоти за всіма вимірами нижньої щелепи з віком, особливо виражена в жінок. Збереженою за кількістю кісткової тканини протягом віку залишається ділянка нижньої щелепи у міжментальному просторі від альвеолярного гребеня до нижнього краю нижньої щелепи, де висота цієї частини щелепи коливається від 25 до 17 мм.

Висновки. У результаті вікової втрати висоти альвеолярного відростка можливості встановлення гвинтових імплантатів у бічних ділянках нижньої щелепи стають проблемними для жінок у віці 60–65 років; для чоловіків у віці 76–80 років. У людей похилого віку достатньою для встановлення імплантатів зберігається висота нижньої щелепи в передній ділянці, між підборідковими отворами.

Ключові слова: беззуба нижня щелепа, атрофія альвеолярного відростка, пацієнти похилого віку.

За останні 80 років значно збільшилася тривалість життя (на 25 років) [3, 5, 9, 15, 22, 23], а співвідношення літніх і людей похилого віку до решти населення збільшилося втричі [11]. У віковій категорії старше 60-ти років 80,5 % пацієнтів звертаються до ортопедів-стоматологів для відновлення функцій жувального апарату повними знімними пластинковими протезами [17]. Проте навіть за умов якісного виконання протезів значна частина пацієнтів не користуються ними, що, як правило, обумовлене наявністю загальних соматичних захворювань і складними анатомо-топографічними умовами рота [12, 14].

Старіння і старість – нормальне, природне, фізіологічне явище, це певний відрізок онтогенезу [4]. Хронологічно розрізняють такі фази цього процесу: 45–59 років – літнього або похилого віку; 60–74 роки – похилого або старечого віку; 75 років і більше – дуже похилого віку; старше 90-а років – довгожителі [6, 8, 13].

Літні люди важче пристосовуються до будь-яких змін, легко ранимі, у них обмежена свобода вибору. Стара людина може не мати необхідної інформації, щоби зробити певний вибір [19].

Повна відсутність зубів супроводжується значними морфо-функціональними змінами основних елементів жувальної системи та зниженням жувальної здатності, утворюється так звана стареча прогенія, яка характеризується зміною співвідношень щелеп у сагітальному і трансверсальному напрямках [14, 24].

У процесі старіння організму людини розвиваються зміни й у скелеті людини. Остеопоротичні зміни, що виникають у різних відділах скелету, зачіпають у тому числі й кісткову тканину зубощелепної системи [20]. Остеопороз набагато частіше зустрічається в літньому віці у жінок, це пояснюється тим, що обсяг кісткової маси в чоловіків на 50 % вище [10].

У результаті випадіння функціонального навантаження, що виникає через утрату зубів, у беззубих щелепах посилюються процеси атрофії. Гілки й тіло нижньої щелепи стають тонкими, кут більш тупим.

Танрыкулиев П.Т. [18] відзначав, що протезне ложе беззубих щелеп з віком постійно змінюється внаслідок резорбції кістки, що виникає після втрати зубів. Деякі автори звертають увагу на те, що при наближенні до старечого віку й під час останнього процеси атрофії в беззубих щелепах посилюються. Атрофія кісткової тканини – процес незворотний [7, 18, 21].

При втраті зубів зі збільшенням атрофії та стоншенням слизової оболонки больова чутливість підвищується [2], причому больова чутливість слизової оболонки нижньої щелепи вище, ніж слизової оболонки верхньої щелепи. Після втрати зубів при користуванні протезами сила жувальної мускулатури регулюється рецепторами слизової оболонки протезного ложа і при виникненні болю під протезом він рефлекторно скидається із протезного ложа за допомогою гінгиво-мускулярного рефлексу [16].

Отже, аналіз джерел науково-медичної інформації підтверджує, що люди старечого віку є особливою категорією пацієнтів, і для надання кваліфікованої стоматологічної ортопедичної допомоги таким хворим необхідний комплексний підхід до лікування з урахуванням індивідуальних вікових змін тих чи інших органів і тканин щелепно-лицьової ділянки.

Метою нашого дослідження стало визначення сприятливих, або несприятливих умов для повного знімого протезування на нижній щелепі у пацієнтів похилого віку та обґрунтування можливих підходів до застосування незнімних протезів з опорою на імплантати.

Матеріал і методи дослідження

Для визначення умов протезування на нижній щелепі обстежено 86 пацієнтів з повною відсутністю зубів на нижній щелепі у віці від 60 до 90-а років (таблиця 1).

При обстеженні пацієнтів зверталась увага на ступінь та особливості атрофії альвеолярного відростка нижньої щелепи, рівень прикріплення тяжів слизівки. У всіх обстежених отримані відбитки та відлиті моделі, за якими візуально визначено ступінь атрофії альвеолярного

відростка нижньої щелепи та оцінена його сприятливість до можливостей адекватної функції повного знімного протеза.

За комп'ютерними панорамними знітками (рис. 1) на нижній щелепі визначалась висота збереженої кістки нижньої щелепи від альвеолярного гребеня до нижньощелепного каналу справа та зліва за чотири позиціїми: на рівні біля підборідкового отвору та на рівні премоларів, першого і другого молярів. Визначалась також висота кістки нижньої щелепи за серединною лінією від альвеолярного гребеня до нижнього краю щелепи. Проведені дослідження статистично опрацьовані залежно від віку та статі обстежених.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження візуальної оцінки сприятливості або несприятливості альвеолярного відростка нижньої щелепи до повного протезування залежно від віку та статі наводяться в таблиці 2.

Виявлено, що з усієї кількості обстежених (86 пацієнтів з повною відсутністю зубів на нижній щелепі) 48,8 % мали сприятливі умови анатомічної будови альвеолярного відростка для повного знімного протезування, а 51,2 % мали несприятливі умови. Суттєво різняться ці ознаки залежно від статі. Так, серед чоловіків співвідношення між сприятливими та несприятливими умовами склало 58,1 % проти 41,9 % відповідно – майже порівну. У той же час серед обстежених жіночої статі значно переважали пацієнтки з несприятливими умовами – 60,5 % проти 39,5 % зі сприятливими умовами, тобто в 1,5 разу. Для жіночої статі характерним є також зростання кількості пацієнтів з несприятливими умовами за віком, яке досягає максимуму у віці 86–90 років (таблиця 2).

Результати цієї частини дослідження свідчать, що майже половину людей з повною втратою зубів на нижній щелепі мають несприятливі умови їх протезування повними знімними протезами, і така ситуація потребує пошуку альтернативних варіантів забезпечення якісної й комфортної їх реабілітації.

Детальний аналіз математичного і графічного матеріалу другої частини дослідження (таблиця 3) свідчить, що, не дивлячись на розкид показників, зумовлений індивідуальними особливостями організму та строками втрати зубів (неможливість встановлення точного строку та послідовності їх видалення), визначаються певні особливості атрофічних процесів альвеолярного відростка нижньої щелепи.

Зведені результати вимірів висоти збереженої кістки нижньої щелепи від альвеолярного гребеня до нижньощелепного каналу у віковому порівнянні для чоловіків наведені на рисунку 2 та для жінок – на рисунку 3.

У всіх вікових групах (крім вікової групи 81–85 рр.) висота кісткової частини нижньої щелепи від гребеня альвеолярного відростка до нижньощелепного каналу за всіма точками вимірів (крім 9) була менше з 1,2 до 2-х разів у жінок, ніж у чоловіків. Спостерігається чітка тенденція зменшення означеної висоти за всіма вимірами нижньої щелепи з віком, особливо виражена у жінок.

Ураховуючи, що сприятливими умовами для встановлення імплантатів у бічних ділянках залишкового альвеолярного відростка нижньої щелепи є їх довжина 10 мм (оптимальна довжина інтеграції для відновлення жувальних зубів) плюс 2 мм безпечної відстані до нижньощелепного каналу (разом 12 мм), на підставі проведених досліджень здійснено математичне опрацьовання можливості встановлення таких імплантатів в означених ділянках залежно від віку і статі (табл. 4).

Завдяки аналізу, представленою в таблиці 4, установлено, що за середнім показником лише 20,8±1,2 % обстежених пацієнтів з повною відсутністю зубів у віці 60–90 років мають сприятливі передумови для встановлення гвинтових імплантатів довжиною 10 мм у дистальних відділах нижньої щелепи. У всіх вікових групах спостерігалась більш виражена тенденція до втрати висоти альвеолярної кістки нижньої щелепи в жінок, ніж у чоловіків. Так, наприклад, у жінок віком 71–80 років із 16 обстежених лише 5,5±1,4 % мали можливість установаження імплантатів довжиною 10 мм проти 19,8±1,5 чоловіків.

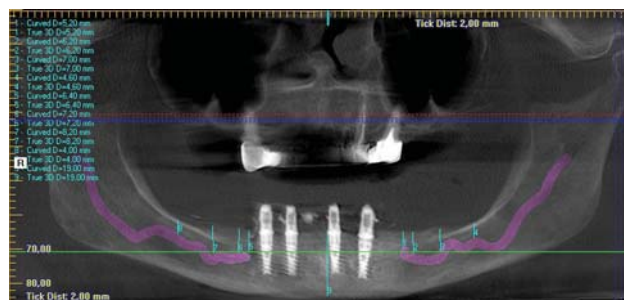


Рис. 1. Визначення висоти збереженої кістки нижньої щелепи від альвеолярного гребеня до нижньощелепного каналу справа та зліва за чотири позиціїми.

Таблиця 1

Розподіл обстежених за віком і статтю

Стать	60–65 р.	66–70 р.	71–75 р.	76–80 р.	81–85 р.	86–90 р.	Разом
Чоловіки	3	2	12	8	11	7	43
Жінки	3	6	11	5	12	6	43
Разом	6	8	23	13	23	13	86

Таблиця 2

Розподіл обстежених за віком і статтю для сприятливого або несприятливого до повного знімного протезування альвеолярного відростка нижньої щелепи

Стать	60–65		66–70		71–75		76–80		81–85		86–90		Разом		Усього			
	+	–	+	–	+	–	+	–	+	–	+	–	+	%	–	%		
Чоловіки	2	1	2	–	8	4	2	6	7	4	4	3	25	58,1	18	41,9	43	50
Жінки	–	3	3	3	5	6	3	2	6	6	0	6	17	39,5	26	60,5	43	50
Разом	2	4	5	3	13	10	5	8	13	10	4	9	42	48,8	44	51,2	86	100

Таблиця 3

Середні значення з похибкою висоти збереженої кістки нижньої щелепи від альвеолярного гребеня до нижньощелепного каналу справа та зліва в залежності від місця вимірювання у чоловіків та жінок різних вікових груп

Вік (роки)	Стать	Правий бік				Середина	Лівий бік			
		8	7	6	5		9	1	2	3
60-65	Чол.	9,47±2,58	10,33±4,49	10,67±2,71	10,00±3,20	25,00±1,73	10,27±0,84	11,6±1,20	9,87±0,76	7,13±2,31
	Жін.	5,73±1,56	4,54±0,98	4,54±0,98	3,7±0,90	19,73±5,56	2,7±0,90	3,27±1,78	3,27±1,29	3,34±0,62
66-70	Чол.	10,7±2,3	11,00±4,60	11,10±2,50	10,8±1,80	23,9±2,5	6,3±0,9	8,1±0,90	8,1±0,90	8,1±0,30
	Жін.	7,27±2,84	7,33±3,20	6,33±2,67	6,6±2,73	22,7±3,50	7,55±1,02	7,97±3,77	8,47±3,665	7,27±3,93
71-75	Чол.	9,33±2,21	10,02±3,49	10,35±3,43	10,78±3,41	23,00±3,63	10,42±4,12	10,2±4,43	9,88±4,16	9,85±3,29
	Жін.	6,53±2,48	6,55±3,81	6,35±3,83	5,67±2,90	18,73±3,38	6,89±2,63	6,15±3,30	6,38±3,65	7,27±2,79
76-80	Чол.	8,26±4,19	10,2±3,83	9,33±4,83	9,35±4,61	23,65±3,25	10,68±3,68	11,8±3,71	10,68±4,83	9,73±3,08
	Жін.	6,28±1,29	7,12±2,02	6,68±1,90	6,12±1,69	20,64±1,49	6,12±1,59	6,72±1,38	7,4±1,28	6,6±2,32
81-85	Чол.	7,78±3,91	7,82±4,53	8,1±4,32	7,33±4,55	22,09±2,99	8,73±4,57	8,16±4,62	7,82±4,06	8,00±2,96
	Жін.	9,69±4,26	10,32±3,20	9,83±2,86	9,12±2,43	22,4±3,20	9,42±3,12	9,88±3,40	9,62±3,35	9,95±3,27
86-90	Чол.	7,8±2,74	7,32±3,65	7,4±4,63	8,97±4,44	21,6±3,88	9,27±2,93	7,06±3,93	7,69±3,10	8,31±2,56
	Жін.	3,07±1,06	2,53±1,51	3,25±1,53	3,65±1,15	17,57±1,90	3,4±1,73	3,2±1,68	3,2±0,96	3,64±1,85

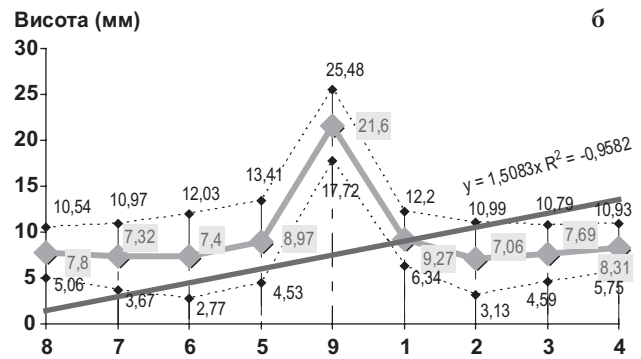
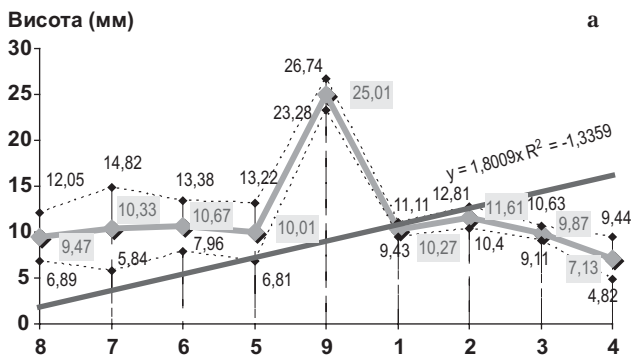


Рис. 2. Динаміка змін середніх значень з похибкою висоти збереженої кістки нижньої щелепи від альвеолярного гребеня до нижньощелепного каналу справа та зліва в залежності від місця вимірювання в чоловіків за віком: а – 60–65 років, б – 86–90 років.

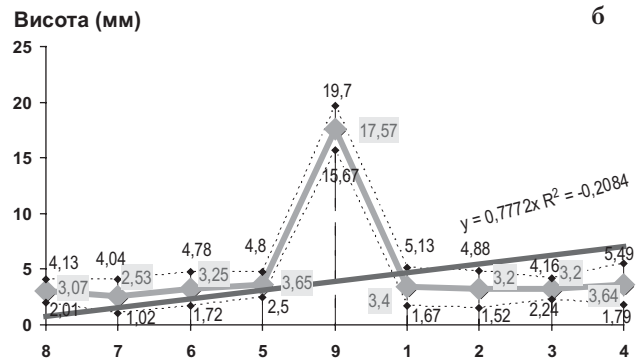
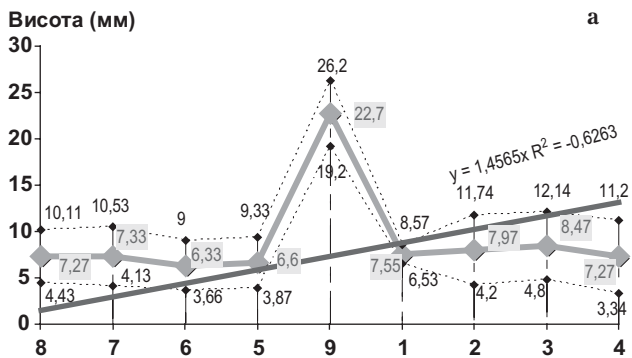


Рис. 3. Динаміка змін середніх значень з похибкою висоти збереженої кістки нижньої щелепи від альвеолярного гребеня до нижньощелепного каналу справа та зліва в залежності від місця вимірювання в жінок за віком: а – 66–70 років, б – 86–90 років.

На сьогодні день розроблені й запропоновані в імплантаційній практиці дентальні імпланти довжиною 5 мм, які рекомендовані при обмеженій висоті альвеолярної кістки саме в бічних ділянках. У табл. 5 наведені результати аналізу можливості використання імплантів довжиною 5 мм плюс 2 мм, необхідних для безпечної від-

стані до нижньощелепного каналу (разом 7 мм), залежно від віку і статі. Виявлено, що з обстежених 86 пацієнтів тільки трохи більше половини – $57,0 \pm 1,4$ % мають можливість установлення найкоротших імплантів. Найбільш вертикально атрофованою кісткою нижньої щелепи в нашому дослідженні була в жінок віком 60–70 років –

Таблиця 4

Частка (%) пацієнтів із показниками висоти збереженої кістки нижньої щелепи від альвеолярного гребеня до нижньощелепного каналу справа та зліва вище норми (12 мм) в залежності від місця вимірювання у чоловіків та жінок різних вікових груп

Вік (роки)	Стать	Правий бік				Середина	Лівий бік				Всього	Всього без 9-ої позиції
		8	7	6	5		9	1	2	3		
60–70	Чол. (n = 5)	40,0±4,9	40,0±4,9	60,0±4,9	40,0±4,9	100,0	0	40,0±4,9	0	0	35,6±2,7	27,5±2,7
	Жін. (n = 9)	11,1±3,3	11,1±3,3	0	0	88,9±3,3	0	11,1±3,3	22,2±3,8	11,1±3,3	17,3±2,1	8,8±1,9
	Всього (n = 14)	21,4±3,4	21,4±3,4	21,4±3,4	14,3±3,1	92,9±2,7	0	21,4±3,4	14,3±3,1	7,1±2,3	23,8±1,9	15,2±1,8
71–80	Чол. (n = 20)	15,0±2,9	35,0±3,3	30,0±3,2	30,0±3,2	100,0	35,0±3,3	40,0±3,4	40,0±3,4	25,0±3,2	38,9±1,9	31,2±1,9
	Жін. (n = 16)	6,3±2,0	12,5±2,9	12,5±2,9	0	100,0	0	0	0	12,5±2,9	16,0±1,7	5,5±1,4
	Всього (n = 36)	11,1±2,3	25,0±2,7	22,2±2,6	16,7±2,5	100,0	19,4±2,6	22,2±2,6	22,2±2,6	19,4±2,6	28,7±1,6	19,8±1,5
81–90	Чол. (n = 18)	27,8±3,3	27,8±3,3	33,3±3,4	27,8±3,3	100,0	22,2±3,2	22,2±3,2	16,7±3,0	16,7±3,0	32,7±1,9	24,3±1,9
	Жін. (n = 18)	22,2±3,2	22,2±3,2	27,8±3,3	11,1±2,8	100,0	22,2±3,2	33,3±3,4	27,8±3,3	22,2±3,2	32,1±1,9	23,6±1,9
	Всього (n = 36)	25,0±2,7	25,0±2,7	30,6±7,7	19,4±2,6	100,0	22,2±2,6	27,8±2,7	22,2±2,6	19,4±2,6	32,4±1,6	24,0±1,6
Всього (n = 86)		18,6±2,0	24,4±2,2	25,6±2,2	17,4±2,0	98,8±1,1	17,4±2,0	24,4±2,2	20,9±2,1	17,4±2,0	29,5±1,3	20,8±1,2

Таблиця 5

Частка (%) пацієнтів із показниками висоти збереженої кістки нижньої щелепи від альвеолярного гребеня до нижньощелепного каналу справа та зліва вище норми (7 мм) в залежності від місця вимірювання у чоловіків та жінок різних вікових груп

Вік (роки)	Стать	Правий бік				Середина	Лівий бік				Всього	Всього без 9-ої позиції
		8	7	6	5		9	1	2	3		
60–70	Чол. (n = 5)	80,0±4,5	60,0±5,0	80,0±4,5	80,0±4,5	100,0	80,0±4,5	100,0	100,0	60,0±5,0	82,2±2,4	80,0±2,5
	Жін. (n = 9)	55,6±4,2	33,3±4,1	22,2±3,8	22,2±3,8	100,0	44,4±4,2	33,3±4,1	44,4±4,2	33,3±4,1	43,2±2,3	36,1±2,4
	Всього (n = 14)	64,3±3,7	42,9±3,7	42,9±3,7	42,9±3,7	100,0	57,1±3,7	57,1±3,7	64,3±3,7	42,9±3,7	57,1±2,1	51,8±2,2
71–80	Чол. (n = 20)	80,0±3,0	75,0±3,1	70,0±3,2	80,0±3,0	100,0	75,0±3,1	70,0±3,2	70,0±3,2	70,0±3,2	76,7±1,8	73,8±1,9
	Жін. (n = 16)	37,5±3,5	50,0±3,6	43,8±3,6	25,0±3,3	100,0	43,8±3,6	50,0±3,6	56,3±3,6	37,5±3,5	49,3±2,0	43,0±2,1
	Всього (n = 36)	61,1±2,8	63,9±2,8	58,3±2,9	55,6±2,9	100,0	61,1±2,8	61,1±2,8	63,9±2,8	55,6±2,9	64,5±1,6	60,1±1,7
81–90	Чол. (n = 18)	61,1±3,4	50,0±3,5	61,1±3,4	61,1±3,4	100,0	66,7±3,4	61,1±3,4	55,6±3,5	61,1±3,4	64,2±1,9	59,7±2,0
	Жін. (n = 18)	44,4±3,5	55,6±3,5	55,6±3,5	50,0±3,5	100,0	50,0±3,5	50,0±3,5	50,0±3,5	61,1±3,4	57,4±2,0	52,1±2,0
	Всього (n = 36)	52,8±2,9	52,8±2,9	58,3±2,9	55,6±2,9	100,0	58,3±2,9	55,6±2,9	52,8±2,9	61,1±2,8	60,8±1,6	55,9±1,7
Всього (n=86)		58,1±2,3	55,8±2,3	55,8±2,3	53,5±2,3	100,0	59,3±2,3	58,1±2,3	59,3±2,3	55,8±2,3	61,8±1,3	57,0±1,4

лише у 36,1±2,4 % жінок спостерігалися сприятливі передумови для встановлення найкоротших імплантатів.

Висновки

Узагальнюючи проведені дослідження, необхідно зазначити, що з точки зору імплантології встановлення циліндричних або конічних гвинтових імплантатів у дистальних відділах нижньої щелепи з повною відсутністю зубів стає проблемним (критичним) для жінок уже у віці 60–65 років і старше.

У чоловіків з точки зору можливості встановлення означених імплантатів у дистальних відділах нижньої щелепи проблемна ситуація настає з віку 76–80 років.

Збереженою за кількістю кісткової тканини протягом віку залишається ділянка нижньої щелепи в міжментальному просторі від альвеолярного гребеня до нижнього краю нижньої щелепи, де висота цієї частини щелепи коливається від 25 до 17 мм і яку необхідно використати для встановлення чотирьох імплантатів з їх негайним навантаженням незнімним протезом.

ЛИТЕРАТУРА

- Абакаров С.И. Адаптация к полным съемным протезам больных преклонного возраста. Материалы VII всероссийского форума с международным участием / С.И. Абакаров, Д.В. Сорокин. – М., 2005. – С. 8.
- Азнаурьянц В.Б. Уровень болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа при полном отсутствии зубов / В.Б. Азнаурьянц, Е.С. Ирошников // Стоматология. – 1982. – № 3. – С. 73–74.
- Алимский А.В. Медико-социальные и организационные аспекты современной геронтостоматологии / А.В. Алимский, В.С. Вусатый, В.Ф. Прикулс // Российский стоматологический журнал. – 2004. – № 2. – С. 38.

- Биология старения: руководство по физиологии (АН СССР) / В.В. Фролькис и др. – Л.: Наука, Ленингр. отд., 1982. – 618 с.
- Борисова Е.Н. Стоматология в гериатрии / Е.Н. Борисова; под ред. проф. Л.А. Дмитриевой. – М.: Издательский дом «Русский врач». – 2002. – 154 с.
- Виленчик М.М. Биологические основы старения и долголетия / М.М. Виленчик. – М.: Знание, 1987. – 2е изд., перераб. и доп. – 223 с.
- Войтяцкая И.В. Функционально-физиологический подход при ортопедическом лечении больных с полной утратой зубов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / И.В. Войтяцкая. – С-пб., 1997. – 18 с.

8. Дупленко Ю.К. Старение: очерки развития. Проблемы / Ю.К. Дупленко. – Л.: Наука. Ленингр. отд., 1985. – 191 с.
9. Зинченко С.В. Состояние полости рта у лиц пожилого возраста: материалы VII всероссийского научного форума с международным участием / С.В. Зинченко, А.В. Субботина. – М., 2005. – С. 251–253.
10. Коптельшков Г.П. Геронтология и гериатрия: учебник / Г.П. Коптельшков, О.Г. Яковлев, Н.О. Захарова. – Москва, Самара: Самар. дом печати, 1997. – 800 с.
11. Кюнцель В. Геростоматология, доклады эпидемиологического совещания / В. Кюнцель. – 1990. – С. 13.
12. Лебедеко И.Ю. Протезирование при полном отсутствии зубов: руководство по ортопедической стоматологии / И.Ю. Лебедеко, Э.С. Каливрадзиян, Т.И. Ибрагимов. – М., 2005. – 387 с.
13. Лэмб М. Биология старения / М. Лэмб; пер. с англ. – М.: Мир, 1980. – 206 с.
14. Ортопедическая стоматология / А.С. Щербаков, Е.И. Гаврилов, В.Н. Трезубов и др. – С.-Петербург: ИКФ Фолиант, 1999. – С. 296–297.
15. Пахомов Г.Н. Успехи и проблемы стоматологической помощи пожилым людям в США / Г.Н. Пахомов // Стоматология. – 1992. – Т. 71, № 2. – С. 86–88.
16. Рединов И.С. Подготовка тканей протезного поля при ортопедическом лечении больных с беззубой нижней челюстью при резко выраженной атрофии альвеолярной части: дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / И.С. Рединов. – Ижевск, 2000. – 224 с.
17. Савиди Г.Л. Методы повторного протезирования пожилых пациентов с полной потерей зубов / Г.Л. Савиди // Стоматология. – 1990. – № 3. – С. 57–59.
18. Танрыкулиев П. Клиника и протезирование больных с беззубыми челюстями / П. Танрыкулиев. – Ашхабад, 1988. – 256 с.
19. Филленбаум Г.Г. Здоровье и благополучие пожилых / Г.Г. Филленбаум // Подходы к многоаспектной оценке. – М.: Медицина, 1987. – С. 79.
20. Хохлова Е.Ю. Особенности ортопедического лечения больных с остеопорозом, вызванным гипострогенемией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / Е.Ю. Хохлова. – М., 1995. – 24 с.
21. Moore T.C. Sanitization of denture by everal denture hygiene / T.C. Moore, D.E. Smith, G.E. Kenny // J. Prosthet. Dent. – 1984. – Vol. 52, № 2. – P. 158–163.
22. Mount G.J. The aged in dentistry / G.J. Mount // Dent. Surg. – 1991. – № 11. – P. 75–81.
23. Shuman S.K. Patient age service mix and dental practice productivity / S.K. Shuman, G. Davidson // Gerontology. – 1994. – № 11. – P. 50–56.
24. Tanzer G. Gero-totalprothetik / G. Tanzer. – Neuer Merckur GmbH, Munchen. – 1979.

Возрастная динамика изменения высоты остаточного альвеолярного отростка в боковых участках беззубой нижней челюсти

В.Ф. Макеев, О.Я. Заблоцкая, Н.М. Дыдык

Цель: обосновать возможные подходы к применению несъемных протезов с опорой на имплантаты у пациентов пожилого возраста с учетом особенностей возрастных изменений высоты альвеолярного отростка беззубой нижней челюсти.

Пациенты и методы. У 86 пациентов в возрасте от 60 до 90-а лет с полным отсутствием зубов на нижней челюсти по компьютерным панорамным снимкам измеряли высоту сохраненной кости нижней челюсти от альвеолярного гребня до нижнечелюстного канала справа и слева по четырем позициям: на уровне около подбородочной отверстия и на уровне премоляров, первого и второго моляров, а также измеряли высоту на срединной линии от альвеолярного гребня до нижнего края челюсти. Проведенные исследования статистически обработали в зависимости от возраста и пола обследованных.

Результаты. наблюдается четкая тенденция уменьшения высоты по всем измерениям нижней челюсти с возрастом, особенно выражена у женщин. Сохраненной по количеству костной ткани в течение возраста остается участок нижней челюсти в межментальном пространстве от альвеолярного гребня до нижнего края нижней челюсти, где высота этой части челюсти колеблется от 25 до 17 мм.

Выводы. В результате возрастной потери высоты альвеолярного отростка возможности установки винтовых имплантатов в боковых участках нижней челюсти становятся проблемными для женщин в возрасте 60–65 лет; для мужчин в возрасте 76–80 лет. у пожилых людей достаточной для установки имплантатов сохраняется высота нижней челюсти на переднем участке, между подбородочной отверстиями.

Ключевые слова: беззубая нижняя челюсть, атрофия альвеолярного отростка, пациенты пожилого возраста.

Age-related dynamics of changes in height of residual alveolar bone in the lateral areas of edentulous mandible

V. Makeev, O. Zablocka, N. Dydyk

Purpose: to prove the possible approaches to the application of fixed dentures based on implants in the elderly patients, taking into account peculiarities of age changes of alveolar bone height of the edentulous mandible.

Patients and methods. At 86 patients at the age from 60 to 90 years with a complete lack of teeth in the lower jaw in computer panoramic pictures measured the height of the preserved bones of the mandible from the alveolar crest to the mandibular canal on the right and left by four positions: at around the mental foramen and at the level of the premolars, first and second molars and measured the height at the midline from alveolar crest to the lower edge of the jaw. The conducted researches are statistically processed, depending on the age and sex of patients.

Results. There is a clear decreasing trend in the height over all dimensions of the mandible with age is especially pronounced among women. Stored on the amount of bone tissue within the age of is a site of the lower jaw in segmental space from the alveolar crest to the lower edge of the mandible where the height of this part of the mandible varies from 25 to 17 mm. Conclusions. In the result of age-related loss of height of the alveolar process of installation of screw implants in the lateral portions of the mandible become problematic for women aged 60-65 years; for men aged 76 to 80 years. older people have sufficient for implant retained height of the lower jaw on the front portion, between the chin holes.

Key words: edentulous mandible, atrophy of the alveolar process, elderly patients

Макеев Валентин Федорович – доктор мед. наук,

профессор кафедры ортопедической стоматологии Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Домашня адреса: вул. С. Крушельницької, 1, м.Львів, 79000. Тел.: (067) 716-01-67.

Заблоцка Олена Ярославівна – лікар-стоматолог-хірург «Клініка Заблоцького».

Домашня адреса: вул.Коперника 20, кв. 1, м.Львів, 79000. Тел.: (067) 960-70-80. E-mail: Olena.Zablotska@gmail.com.

Дидик Наталія Михайлівна – канд. мед. наук,

асистент кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Домашня адреса: вул.Коперника 20, кв.1, м.Львів, 79000. Тел.: (066) 700-55-93. E-mail: ndydyk@gmail.com.