

Материал и методы исследования. Измерение величины открывания рта проведено 32 добровольцам. В группу исследования вошли 16 лиц мужского пола и 16 лиц женского пола. Возраст исследуемых лиц составлял 22-25 лет. Обследуемые были без патологий со стороны зубочелюстной системы.

Измерительную методику проводили при помощи штангенциркуля ШЦ-III ГОСТ 166-73, служащего для измерения внутреннего и наружного диаметров. Для предотвращения травмы режущих краев центральных резцов верхней и нижней челюсти уступы губок штангенциркуля изолировали с помощью отрезков полиуретановых трубок. [4].

Перед измерением величины максимального открывания рта пациенту предлагали сделать несколько открывательных движений. После, чего рабочие поверхности губок помещали между режущими краями центральных резцов верхней и нижней челюсти. При этом изолированные уступы рабочих поверхностей губок штангенциркуля упирали в режущие края центральных резцов верхней и нижней челюсти.

Результаты и их обсуждения. При измерении величины открывания рта были получены следующие результаты: у мужчин величина открывания рта составляла $53,12 \pm 0,89$ мм, у женщин $47,59 \pm 1,18$ мм. Получена достоверность различий показателей в исследуемых группах $P < 0,05$.

У мужчин показатель величины максимального открывания рта больше чем у женщин на 5,5 мм. При этом среднее значение величины открывания рта, без разделения по половым признакам, составляет 50,35 мм. Среднее значение открывания рта, полученное в наших исследованиях, находилось в пределах показателя, приводимого в литературных источниках другими авторами до 50 мм [1,2,3,5,6].

Выводы. 1. Показатель величины максимального открывания рта по нашим данным у мужчин на 5,5мм больше, чем у женщин.

2. Полученный нами средний общий показатель величины максимального открывания рта у всех пациентов находился в пределах общеизвестного показателя 50 мм.

3. Использование модифицированного штангенциркуля ШЦ-III ГОСТ 166-73 позволяет точно и безопасно для эмали зубов произвести измерения, при этом устройство фиксирует нижнюю челюсть в максимально нижней позиции.



УДК616.314-089.87.5.481

**Н. М. Гордиюк, д. мед. н., Г. Г. Бойко, к. мед. н.,
С. В. Степанова, к. мед. н., Л. А. Анисимова**

Днепропетровская государственная медицинская академия кафедры стоматологии ФПО

ОСОБЕННОСТИ УДАЛЕНИЯ ЗАЧАТКОВ ВОСЬМЫХ ЗУБОВ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СКУЧЕННОСТИ ЗУБОВ

Нами было проведено удаление зачатков зубов 18, 28, 38, 48 зубов у 21 больных при наличии скученности зубов. Это были пациенты в возрасте 14-16 лет, которым для коррекции прикуса применяли брекет-системы. Удаление зачатков производилось перед снятием брекет-систем или после окончания лечения. Такая тактика связана с тем, что ортодонтическое лечение длится 1,5 – 2 года и за этот период зачатки восьмых зубов располагаются ближе к краю альвеолярного гребня, их удаление менее травматично.

Как ортодонтическому так и хирургическому лечению обязательно должна предшествовать психологическая подготовка пациента, когда врач убеждает в необходимости предстоящего хирургического вмешательства.

Проводить операцию удаления зачатков восьмых зубов должен врач, обладающей высокой операционной техникой.

Избежать осложнений при операциях помогает панорамная рентгенограмма.

До удаления восьмых зубов необходимо выяснить количество их корней, направление, топографию зуба по отношению к смежному (седьмому), локализацию и характер деструктивных очагов вокруг зуба, отношение его к ветви челюсти и другие топографоанатомические особенности.

Удаление восьмых зубов и их зачатков производится под проводниковой анестезией местными анестетиками на основе артикаина и мепивакаина.

Удаление зачатков нижних восьмых зубов мы проводили по следующей методике: разрез по Львову - от переднего края ветви нижней челюсти по краю альвеолярного гребня до дистальной поверхности седьмого зуба, затем разрез продолжали до переходной складки и вдоль нее до уровня седьмого зуба. Отслаивали слизисто-надкостничный лоскут, фиксировали его тупым крючком, осторожно при помощи бормашины и костных кусачек формировали костное окно над зачатком восьмого зуба и удаляли зачаток с помощью элеватора. После ревизии раневой накладывали направляющие швы кетгутом таким образом, чтобы часть лунки была открыта сверху.

При удалении зачатков верхних восьмых зубов разрез производили по краю альвеолярного гребня на уровне предполагаемых восьмых зубов и продлевали его, частично окаймляя бугор верхней челюсти. Трепанировали наружную пластинку альвеолярного гребня над местом расположения зачатка и производили удаление с помощью элеваторов изогнутых по оси. Лоскут укладывали на место и ушивали. При удалении зачатков верхних зубов мудрости необходимо соблюдать особую осторожность, чтобы не привести к надлому альвеолярного отростка вместе с бугром верхней челюсти.



УДК 616.314-002-085.242-31:547.953.2:615.038

*О. В. Деньга, д. мед. н., Л. Б. Цевух, к. мед. н.,
Н. Ф. Коновалов, к. мед. н.*

ГУ «Институт стоматологии АМН Украины»
Одесский национальный медицинский университет

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ОСТЕОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА РЕГЕНЕРАЦИЮ КОСТНОЙ ТКАНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Повышение эффективности лечения воспалительных процессов в постоянных зубах, находящихся на разных стадиях роста и развития корня является актуальной задачей стоматологии детского возраста. Это связано с целым комплексом факторов: значительная распространённость заболевания, сложность и трудоёмкость врачебных манипуляций, большой процент неудач и осложнений при лечении, а также нередкое отсутствие стабильности результатов, полученных при использовании известных способов лечения.

Цель работы. Исследование процессов регенерации лунки альвеолярного отростка челюстей экспериментальных животных под влиянием остеотропных препаратов - остеобага, цинктерала и гидроксиапатита.

Предпосылками поставленной цели исследования являлись достаточно широкое распространение осложнённой формы кариеса (периодонтита) в постоянных зубах с несформированными корнями у детей, существующие научные экспериментальные и клинические работы в этой области.

В эксперименте на 50 крысах линии Вистар в возрасте 30 дней проводили сравнительную оценку остеотропного действия ряда препаратов, включающих кальций, магний, медь, цинк, витамин D₃. 5 групп животных содержали на высокосахарозной кариесогенной диете Стефани в течение 30 дней. Одновременно с этим каждой группе (за исключением контрольных групп) внутрижелудочно вводили соответственно препараты – остеобаг (содержащий кальций, цинк, медь, магний, витамин D₃), цинктерал (сульфат цинка) и гидроксиапатит в виде водной суспензии. Через месяц под тиопенталовым наркозом крысам удаляли моляр верхней челюсти, вносили в лунку соответственно те же препараты и закрывали циакрином. В течение последующего месяца крыс содержали на кариесогенном рационе и продолжали внутрижелудочное введение препаратов. По окончании сроков наблюдения животных всех групп забивали и вычленяли челюсти.