

**MATERIÁLY
XVIII MEZINÁRODNÍ VĚDECKO - PRAKTICKÁ
KONFERENCE**

**VĚDECKÝ POKROK NA PŘELOMU
TYSYACHALETY -2021**

22 - 30 května 2021 r.

Volume 5

Praha
Publishing House «Education and Science»
2021

Vydáno Publishing House «Education and Science»,
Frýdlanská 15/1314, Praha 8
Spolu s DSP SHID, Berdianskaja 61 B, Dnepropetrovsk

Materiály XVIII Mezinárodní vědecko - praktická konference «Vědecký pokrok na přelomu tisyachalety -2021», Volume 5 : Praha. Publishing House «Education and Science» -84 s.

Šéfredaktor: Prof. JUDr Zdenák Černák

Náměstek hlavního redaktora: Mgr. Alena Pelicánová

Zodpovědný za vydání: Mgr. Jana Štefko

Manažer: Mgr. Helena Žáková

Technický pracovník: Bc. Kateřina Zahradníková

**Materiály XVIII Mezinárodní vědecko - praktická konference ,
Vědecký pokrok na přelomu tisyachalety -2021 po**

For students, research workers.

Pro studentů, aspirantů a vědeckých pracovníků

Cena 50 Kč

ISSN 1561-6940

© Authors , 2021

© Publishing House «Education and Science» , 2021

к. мед. н. Семенов К.А.

Днепровский государственный медицинский университет.

Кафедра стоматологии ФПО.

ИЗМЕНЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ УДАЛЕНИИ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТАНДАРТНЫХ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ КАП.

Резюме. Провели исследование по изменению зубных рядов у пациентов при комплексном удалении третьих моляров. Клинические наблюдения провели 15 пациентам, у которых диагностировали дистопию и ретенцию третьих моляров. Удаление третьих моляров проводили комплексно в одно посещение, при этом пациентам было рекомендовано ношение ортодонтической капы Т4А – синего цвета за месяц до удаления и месяц после удаления третьих моляров. Капа одевалась в ночное время с протяженностью до 6 часов.

Проводили сравнительный анализ панорамных рентгенографий и диагностических моделей челюстей в исследуемых группах до, и спустя 2 года после хирургического вмешательства. Результаты исследования: выявили достоверные отличия в длинах зубного ряда и окклюзионных взаимоотношениях зубов верхней и нижней челюстей у исследуемых пациентов до и после комплексного удаления третьих моляров с использованием ортодонтической капы Т4А.

Изменение окклюзионных взаимоотношений зубов верхней и нижней челюстей при комплексном удалении третьих моляров и использованием стандартных ортодонтических кап способствует физиологической перестройке прикуса и функциональному изменению работы зубочелюстного аппарата.

Ключевые слова: пациенты, комплексное удаление третьих моляров, длина зубного ряда, стандартная ортодонтическая капа Т4А

Функции всех элементов двигательной части жевательного аппарата тесно связаны между собой. Нарушение деятельности одного из элементов вызывает

угнетение остальных функций. Нарушение окклюзионных взаимоотношений зубов верхней и нижней челюстей является основным фактором, приводящим к нарушениям в работе зубочелюстного аппарата. Изменение в прикусе чаще всего является следствием смещения зубов, вызываемое утратой контактов между зубами антагонистами по причине кариозного процесса, неправильно выполненных пломб, а также прорезающихся зубов мудрости - восьмых зубов.[1,5,6]

Несоответствие размеров зубов и альвеолярной дуги неблагоприятно отражается на зубном ряде. Если суммарный мезиодистальный размер зубов превышает размер альвеолярной дуги, включаются компенсаторные механизмы, проявляющиеся в изменении выраженности кривой Шпее и неправильной инклинации зубов. [2,3,6]

Основным гарантом функционального равновесия зубочелюстного аппарата является плотный контакт между зубами в зубных рядах и в значительной степени генетически обусловленная психоэмоциональная сфера индивидуума. [2,4]

Цель работы: проследить изменения в зубном ряду и соотношение зубных рядов у пациентов при комплексном удалении дистопированных и ретенированных третьих моляров с использованием стандартных ортодонтических кап.

Материалы и методы исследования

У 15 пациентов в возрасте с 16 до 35 лет повели комплексное удаление третьих моляров. Пациентов распределили на две группы. В первую группу - 8 человек вошли пациенты, которым было произведено комплексное удаление третьих моляров. Во вторую группу вошли пациенты -7 человек, которым было рекомендовано в течение месяца перед хирургическим вмешательством ношение стандартной ортодонтической капы Т4А – синего цвета и через 10 дней после операции продолжить использование данной капы сроком 1 месяц. Капу

(Трейнер Т4А) рекомендовали использовать после чистки зубов в вечернее и ночное время.

В современной стоматологии традиционным способом исправления прикуса считается установка брекетов. Но в случаях, когда этот дефект выражен незначительно, возможно использование альтернативного метода – ношение трейнера. Этот аппарат представляет собой цельнолитую конструкцию из гибкого, эластичного и прозрачного силикона и полиуретана, выполненную в виде двухчелюстной капы. Трейнер Т4А предназначен для исправления прикуса, выравнивания зубного ряда и устранения нарушений тонуса мимических и жевательных мышц. Трейнер имеет полукруглую форму, повторяющую очертания челюстной дуги.

Основные элементы этого вида ортодонтических устройств:

1. два дентальных канала дугообразной формы для нижнего и верхнего зубного ряда – они играют роль направляющих для зубов, позволяя точно зафиксировать на них трейнер;

2. боковые дуги, ограничивающие зубные каналы с внешней стороны капы – именно боковые дуги оказывают основное терапевтическое воздействие, благодаря их давлению на зубы. Для комфортного ношения высота боковых дуг рассчитана таким образом, чтобы лишь частично перекрывать десневой край на уровне альвеолярного гребня;

3. ограничитель для языка и тренировочный язычок, находящиеся с внутренней стороны капы Т4А, которые необходимы для формирования носового дыхания и правильного расположения языка соответственно;

4. губной бампер и бортики, позволяющие удерживать устройство на зубах во время сна;

5. крыловидное основание для зубов с удлиненными дистальными концами, способствует коррекции положения нижней челюсти.

Мы рекомендовали использовать модель синего цвета, которая изготовлена из более эластичного и мягкого материала – силикона, оказывающего небольшое давление на зубной ряд (Рис.1).



Рис.1 Ортодонтический Трейнер Т4А – капа синего цвета.

Диспансерное наблюдение за пациентами проводили на протяжении двух лет. При этом осуществляли анализ панорамных рентгенографий, позволяющих проследить динамические изменения в зубном ряду после комплексного удаления третьих моляров.

Пациентам рекомендовали одновременное удаление третьих моляров для получения эффекта компенсаторной перестройки прикуса и изменения отношений зубных рядов, за счет изменения положения зубов в зубном ряду и индивидуальной работы мышечного компонента зубочелюстного аппарата. Экстракцию данных зубов производили под проводниковыми анестезиями с обеих сторон. Применяли анестетик – «Септанест» 1:100 000 (препарат артикаинового ряда). Расчет дозировки препарата проводили по массе тела пациентов (5мг сухого вещества на 1 кг массы тела).

В постоперационном периоде назначали следующую схему медикаментозного лечения, действие компонентов которой было направлено на нормализацию обменных процессов организма:

дексаметазон, дидинон, кетолонг, фуросемид (по 1 ампуле) – применяли однократно в виде четырех внутримышечных инъекций - сразу же после

оперативного вмешательства. При болях использовали нимесил (по 1 порошку растворяли в 100 мл воды и выпивали 1 раз в день, 5 дней, после приема пищи).

Для предупреждения развития воспалительного процесса и патологических изменений, связанных с ним использовали супрастин и мефенаминовую кислоту (по 1 таблетке 2 раза на день, в течение 5 дней, после приема пищи, запивая, большим количеством воды).

Супрастин оказывает противозудное, противоотечное, успокаивающее и снотворное действие, снимает спазмы гладкой мускулатуры, уменьшает проницаемость капилляров, предупреждает развитие анафилактического шока и аллергических реакций.

Мефенаминовая кислота обладает противовоспалительными, жаропонижающими и анальгезирующими свойствами. Механизм противовоспалительного действия обусловлен способностью угнетать синтез медиаторов воспаления (простагландинов, серотонина, кининов и др.), снижать активность лизосомальных ферментов, которые принимают участие в воспалительной реакции. Мефенаминовая кислота - стимулирует образование интерферона.

Для нормализации гемодинамики в организме назначали: Цикло-3-форт (по 1 капсуле 2 раза в день на протяжении 10 дней).

Спустя 2 дня после оперативного вмешательства назначали Ципролет А - действующие вещества: ciprofloxacin, tinidazole; 1 таблетка, покрытая оболочкой, содержит ципрофлоксацина гидрохлорида в пересчете на ципрофлоксацин 500 мг тинидазола 600 мг. Механизм действия ципрофлоксацина обусловлен угнетением бактериального фермента ДНК-гиразы бактерий. Результатом такого угнетения является нарушение объемной структуры ДНК бактерий, что делает невозможным дальнейшее деление бактериальных клеток. Основные показания для антибактериальной терапии: Локальная инфекция с риском распространения на окружающие ткани (острый гнойный периодонтит, перикоронит, периостит) Обострение хронического

генерализованного пародонтита и других хронических заболеваний челюстно-лицевой области. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей (лимфаденит, абсцесс, флегмона). Воспалительный процесс костной ткани (остит, остеомиелит). Прием препарата: по 500 мг (1 таблетка) 2 раза в день за 1:час до или через 2:часа после еды, 5 дней

Для восстановления микрофлоры назначали линекс (по 1 капсуле 2 раза на день в течение четырех дней) – препарат на основе лиофилизированных живых молочнокислых культур бактерий, действие, которого направлено на восстановление нормальной микрофлоры кишечника, нарушившейся, в частности, действием антибиотика.

Наружно применяли гепариновую мазь, смазывая кожные покровы в области отеков и припухлостей 2 раза в день на протяжении 10 дней. Гепариновая мазь — антикоагулянт прямого действия, оказывает противовоспалительное и местное обезболивающее действие, предотвращает образование тромбов и способствует рассасыванию отеков и гематом.

Общий срок восстановительного периода организма пациентов после оперативного вмешательства составил 1,5 месяца.

Анализ панорамных рентгенографий проводили при помощи программы «Planmeca Romexis» аппарата «Planmeca ProMax», позволяющей измерить длину зубного ряда. Измерения длины зубного ряда проводили до и через 2 года после комплексного удаления третьих моляров. При этом рассчитывали длину зубного ряда по максимально выступающей точке дистальной поверхности коронковой части седьмых зубов с обеих сторон верхней и нижней челюстей. Рисунок 1, 2, 3, 4.

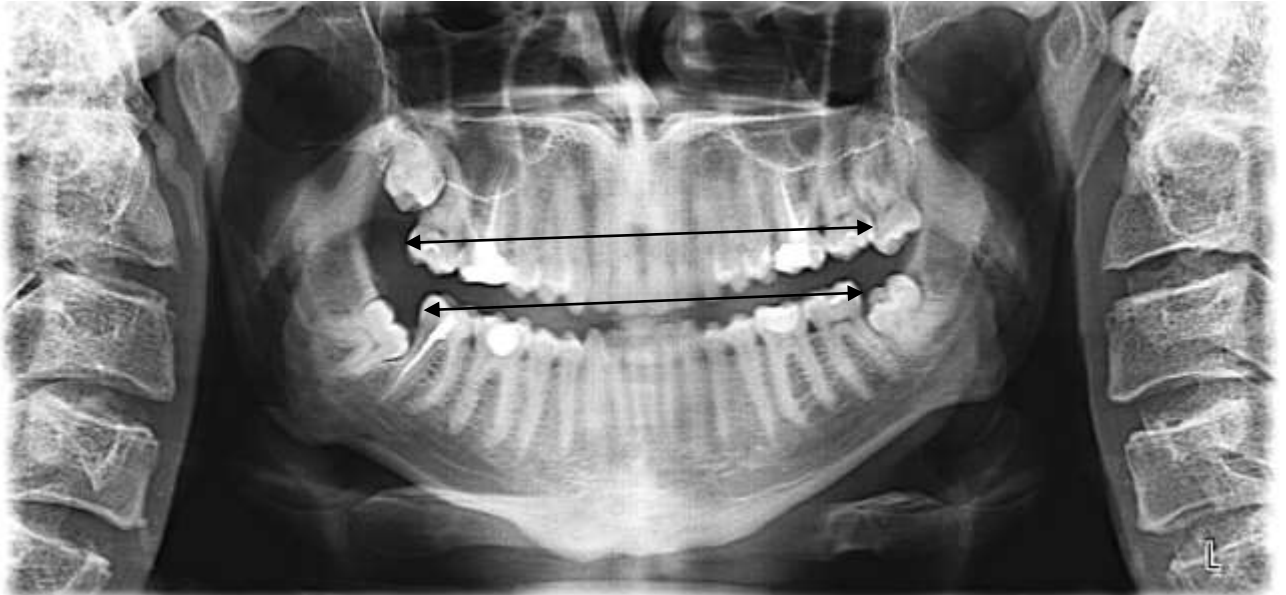


Рис. 1. Зубной ряд пациента первой группы с дистопией и ретенцией третьих моляров до удаления.



Рис 2. Зубной ряд пациента первой группы после комплексного удаления третьих моляров.

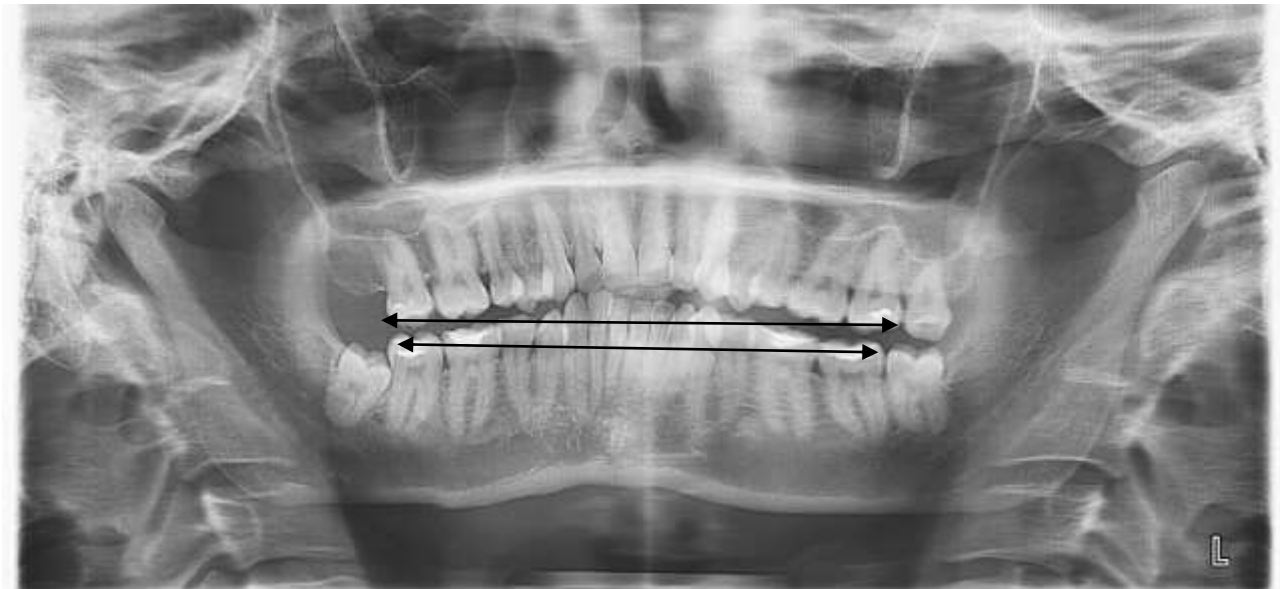


Рис.3. Зубной ряд пациента второй группы с дистопией и ретенцией третьих моляров до удаления.

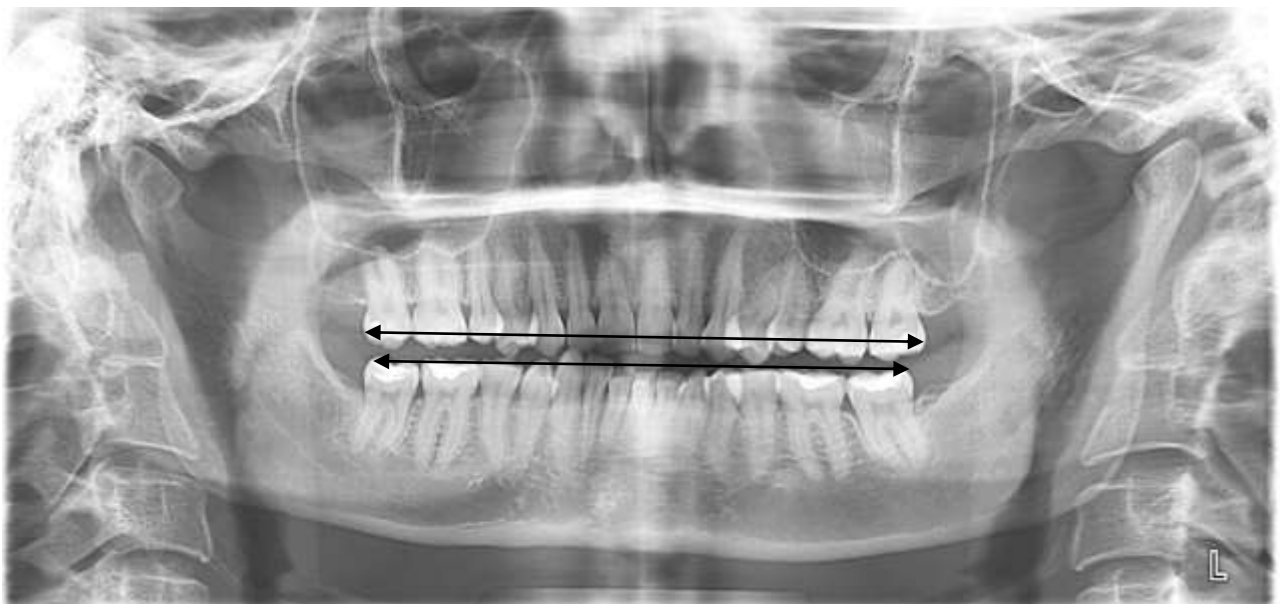


Рис.4. Зубной ряд пациента второй группы после комплексного удаления третьих моляров с использованием ортодонтической капы Т4А (синего цвета).

Сравнивали результаты изменений длины зубного ряда в исследуемых группах.

Результаты и их обсуждение

Измерение зубных рядов, при помощи программы «Planmeca Romexis», позволило получить следующие результаты: в первой группе длина зубного ряда до удаления третьих моляров составляла на верхней челюсти $81,1 \pm 0,32$ мм, на нижней челюсти $74,2 \pm 0,77$ мм во второй группе на верхней челюсти $81,7 \pm 0,32$ мм, на нижней челюсти $77,5 \pm 0,64$ мм.; Отношение длины верхнего зубного ряда к длине нижнего зубного ряда в первой группе составляло 1,093, а во второй группе 1,054, это свидетельствовало о том, что в первой группе пациентов, нагрузка на зубные ряды распределяется менее равномерно. Отношение длин верхнего и нижнего зубного ряда должно стремиться к единице.

После комплексного удаления третьих моляров, измерение проводили через два года, и получили следующие результаты: в первой группе, длина верхнего зубного ряда составляла $86,7 \pm 0,39$ мм, нижнего зубного ряда $79,5 \pm 0,57$ мм. Во второй группе, где после комплексного удаления третьих моляров использовали ортодонтическую капу Т4А, длина верхнего зубного ряда составляла $89,1 \pm 0,98$ мм, а нижнего зубного ряда $84,4 \pm 0,69$ мм. Отношение длины верхнего зубного ряда к длине нижнего зубного ряда после комплексного удаления третьих моляров в первой группе составила 1,091, а во второй группе 1,056,

При сравнении величин отношений длины верхнего зубного ряда к длине нижнего зубного ряда до и после комплексного удаления третьих моляров достоверных отличий не выявлено.

Для уточнения изменений, происходящих в длине зубного ряда верхней и нижней челюстей в исследуемых группах до и после комплексного удаления третьих моляров, мы суммировали показатели длины верхней и нижней челюстей, и после этого находили разницу между ними. Суммарная длина зубного ряда верхней и нижней челюстей в первой группе до и после комплексного удаления восьмых зубов составляла 155,3 мм и 166,2 мм соответственно. Суммарная длина зубного ряда верхней и нижней челюстей во

второй группе до и после комплексного удаления третьих моляров составляла 159,2 мм и 173,5 мм соответственно. Таблица.

Таблица.

Показатели длины зубного ряда верхней и нижней челюстей
в исследуемых группах

группы	Количество человек (n)	Длина зубного ряда (мм.)			
		До удаления зубов		После комплексного удаления зубов	
		Верхняя челюсть	Нижняя челюсть	Верхняя челюсть	Нижняя челюсть
первая	8	81,1±0,32	74,2±0,77	86,7±0,39	79,5±0,57
вторая	7	81,7±0,32	77,5±0,64	89,1±0,98	84,4±0,69

Разница суммарной длины зубного ряда верхней и нижней челюстей в группах до и после комплексного удаления третьих моляров составляла в первой группе 10,9 мм, а во второй группе 14,3 мм. Получены достоверные отличия показателей разницы суммарной длины зубного ряда верхней и нижней челюстей до и после комплексного удаления восьмых зубов $P < 0,05$. Использование ортодонтической капы Т4А синего цвета способствовало более интенсивной перестройки прикуса, о чем свидетельствовали показатели разницы суммарной длины зубного ряда верхней и нижней челюстей в группах до и после комплексного удаления третьих моляров.

На протяжении двух лет пациенты обеих групп находились на диспансерном учете.

Комплексное удаление третьих моляров, способствует перестройке в зубочелюстном аппарате, в частности происходит увеличение суммарной длины зубного ряда верхней и нижней челюстей, а это приводит к изменению окклюзионных взаимоотношений зубов верхней и нижней челюстей, что в свою очередь снижает нагрузку в структурах височно – нижнечелюстного сустава и нагрузку на жевательную мускулатуру.

Изменение окклюзионных взаимоотношений зубов верхней и нижней челюстей после комплексного удаления третьих моляров способствует равномерному распределению жевательного давления за счет физиологической перестройки прикуса.

Выводы

1. Получены достоверные отличия ($P < 0,05$) в суммарной длине зубного ряда верхней и нижней челюстей у пациентов до и после комплексного удаления третьих.
2. Разница суммарной длины зубного ряда верхней и нижней челюстей в группах до и после комплексного удаления восьмых зубов, составляла в первой группе 10,9 мм, а во второй группе, где дополнительно применялась ортодонтическая капа Т4А синего цвета. составляла 14,3 мм.
3. Комплексное удаление третьих моляров, способствует изменению окклюзионных взаимоотношений в зубных рядах,, а также равномерному распределению жевательного давления и снижению нагрузок на структуры зубочелюстного аппарата за счет физиологической перестройки прикуса.

Литература

1. Кляйррок М. Функциональные нарушения двигательной части жевательного аппарата / М. Кляйррок. – Львов: «ГалДент». – 2015. – 256 с.
2. Ральф Е. Стоматология детей и подростков / Е. Ральф, Мак-Дональд, Дейвида Р. Эйвери. - М.: Медицинское стоматологическое агентство.- 2003.- 766 с.
3. Тимофеев А.А., Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. - Киев.: ООО “Червона Рута-Турс”. - 2004. – 1062 с.: ил.

4. Тимофєєв О.О. Щелепно-лицева хірургія: [підручник] / О.О. Тимофєєв. – К.: ВСВ «Медицина». - 2011. – 512 с.
5. Семенов К.А. Изменение протяженности зубного ряда при комплексном удалении восьмых зубов у пациентов с хроническим травматическим артритом височно – нижнечелюстного сустава / Семенов К.А. // Вісник стоматології. – Одеса, 2017. – № 4 (101) Т 26. – С. 51-54.
6. Semenov K.A. Normalization of occlusional relationships within dentitions as the main stage of treatment of disorders of temporomandibular joint / Semenov K.A., Drohomyretska M.S., Denha O.V., Horokhivskyi V.N. // Modern Science – Moderni veda. – 2016. - №6. С. -144-150.

Семенов К.А. ИЗМЕНЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ УДАЛЕНИИ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТАНДАРТНЫХ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ КАП. 36

Rabovil M.I., Semenov K.A. APPLICATION OF RHEOVASOGRAPHY TO EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF USING FULL REMOVABLE DENTURES MADE BY VARIOUS METHODS 48

PEDAGOGICKÉ VĚDY

Problémy tréningu

Світлана Гужва ПРОБЛЕМА МОРАЛЬНО-ЕСТЕТИЧНИХ ЦІННОСТЕЙ ТА ЕСТЕТИЧНОГО СТУДЕНТІВ ПЕДАГОГІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ У ВІТЧИЗНЯНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ У ДРУГІЙ ПОЛОВИНІ ХХ СТОЛІТТЯ 61

Ковалевська І. МЕТОДИЧНИЙ СУПРОВІД НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ПЕДАГОГІЧНОГО СПРЯМУВАННЯ 70

Moderní metody výuky

Korniichuk Oleksandr RESEARCH IN DIFFERENT STYLES OF TRAINING IN INTERN DOCTORS 73

TECHNICKÉ VĚDY

Metalurgie

Семакова В. Б., Кариков С. А., Семаков В. В. ФОРМИРОВАНИЕ ПОВЫШЕННЫХ КОКСОВЫХ СЛОЕВ КОНУСНЫМ ЗАСЫПНЫМ АППАРАТОМ ДОМЕННОЙ ПЕЧИ 78

CONTENTS.....82