

ВАРИАНТЫ ТРЕТЬИХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ

Гончарик И. Н., Черненко С. В., Усович А. К.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,
Республика Беларусь

Актуальность. Большая частота встречаемости аномально расположенных нижних третьих моляров, отсутствие единых критериев по показаниям и противопоказаниям к их удалению, сроках их удаления сохраняют интерес к различным аспектам их исследования [1]. Одна группа исследователей приводит многочисленные доказательства негативного воздействия непрорезавшихся нижних третьих моляров на формирование зубочелюстной системы [1, 3]. Доказывают, что сохранение аномально расположенных нижних третьих моляров способствует возникновению воспалительных процессов, кист, опухолей челюстей, а также заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. Другие исследователи считают, что зубы мудрости положительно влияют на рост нижней челюсти. С возрастом угол наклона этих зубов может меняться и сохраняется возможность их прорезывания [5]. Это показано в разных возрастных группах с различными патологиями прикуса [2]. Вероятно, этим объясняется выжидательная тактика врачей-ортодонтотв к удалению зубов мудрости с дистопией [1, 4]. Основной причиной затрудненного прорезывания третьих моляров нижней челюсти является недостаток места в нижней челюсти. В результате неблагоприятных топографоанатомических условий возникают воспалительные процессы в тканях, окружающих третий моляр. Проблемы прорезывания зубов связывают со следующими факторами: 1) обменные нарушения и перенесенные инфекции; 2) филогенетические аспекты; 3) местные факторы [1].

Цель настоящей работы – выявление вариантов положения 38 и 48 зубов в сочетании с различными видами патологии зубных рядов.

Материал и методы исследования. Ортопантомограммы 122 пациентов зрелого возраста обратившихся в стоматологическую клинику СООО “Мелисса-мед” г. Минска с 24 января по 2 марта 2024 года.

Оценивали наличие третьих нижних моляров, а также патологии: частичная и полная вторичная адентия, неправильное положение третьего нижнего моляра в том числе неправильное положение из-за отсутствия соседнего зуба (второго нижнего моляра), смещение из-за отсутствия соответствующего верхнего третьего моляра. Полуретинированный и ретинированный третий нижний моляр (полуретинированный зуб – неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку; ретинированный зуб – задержка прорезывания полностью сформированного зуба через компактную пластинку челюсти – [1]). Описаны комбинированные аномалии.

Для определения наличия неправильного положения нижнего третьего моляра по отношению к другим зубам строили продольные оси третьего моляра нижней челюсти и первого моляра верхней челюсти (линии проходили через середину коронки зубов и бифуркацию их корней)

Оценка сопутствующей ортодонтической патологии не являлась целью данной работы, поэтому анализ результатов ортодонтического лечения не проводили.

Результаты и их обсуждение.

Из 122 пациентов, обследованных в клинике 87 (71.31%) имели хотя бы один нижний третий моляр.

Среди патологий зубных дуг, влияющих на описание третьих моляров, было отмечен 61 (50%) случай частичной вторичной адентии верхней и нижней челюстей, из которых только верхней челюсти – 3 (2,46%), только нижней челюсти – 9 (7,38%). Полную вторичную адентию имели 2 (1,64%) пациента. И только 14 (16,09%) имели абсолютную норму верхней и нижней челюстей.

Среди пациентов с патологиями третьих нижних моляров (из 87 человек) можно выделить случаи неправильного положения третьего нижнего моляра – 16 (18,39%), в том числе неправильное положение из-за отсутствия соседнего зуба (второго нижнего моляра) – 10 (11,49%), смещение из-за отсутствия соответствующего верхнего третьего моляра – 4 (4,6%). Полуретинированный третий нижний моляр имели 4 (4,6%) пациента, ретинированный 2 (2,3%).

На исследованных нами ортопантомограммах (122) рентгенограмм выявлены также комбинированные аномалии.

Адентия и смещение нижнего третьего моляра из-за отсутствия соседнего зуба выявлена у 9 (7,38%) обследованных (рисунок 1).

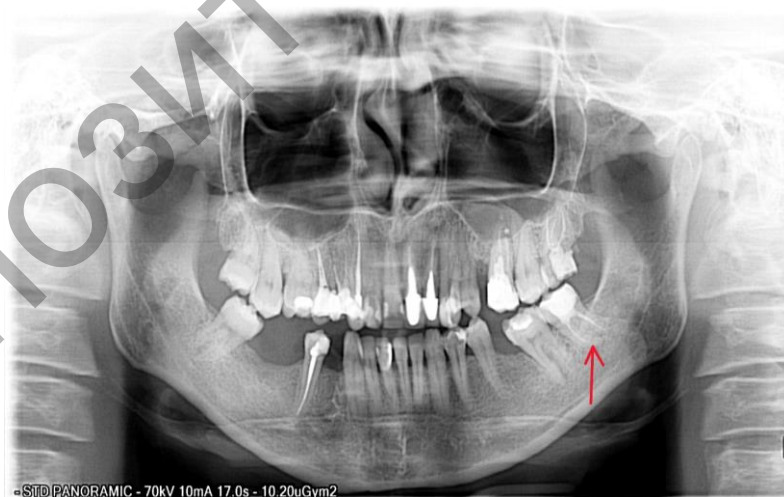


Рисунок 1 – Ортопантомограмма пациента В. 38 лет

Из-за отсутствия левого нижнего первого моляра наблюдается медиальный наклон левого нижнего второго моляра, что повлекло за собой смещение третьего моляра.

Из-за отсутствия правого нижнего второго моляра наблюдается медиальный наклон правого нижнего третьего моляра

Аденция и смещение нижнего третьего моляра из-за отсутствия верхнего антагониста зуба обнаружены у 4 (3,28%) обследованных (рисунок 2). Аденция и неправильное положение третьего нижнего моляра – у 9 (7,38%) (рисунок 3).



Рисунок 2 – Ортопантомограмма пациента Ф. 45 лет

Имеется медиальный наклон правого нижнего третьего моляра. Из-за отсутствия антагониста на верхней челюсти, правый нижний третий моляр начал смещение в вертикальной оси



Рисунок 3 – Ортопантомограмма пациента К. 35 лет

Имеется медиальный наклон правого нижнего третьего моляра. Также присутствует медиальный наклон левого нижнего третьего моляра из-за отсутствия левого нижнего первого моляра

Неправильное положение третьего нижнего моляра в совокупности с полуретинированностью третьего нижнего моляра – у 3 (2,46%) (рисунок 4). Полная вторичная адентия верхней челюсти, частичная вторичная адентия нижней челюсти в совокупности с ретинированным третьим нижним моляром – у 1 (0,82%). Полуретинированный, ретинированный зубы в сочетании с неправильным положением третьих моляров нижней челюсти – у 1 (0,82%). Ретинированный зуб в сочетании с неправильным положением третьих моляров нижней челюсти – у 1 (0,82%). Частичная вторичная адентия в совокупности с

полуретинированным зубом – у 1 (0,82%). Частичная вторичная адентия в совокупности с ретинированным зубом – у 1 (0,82%).

Наши данные по некоторым показателям подобны результатам, полученным в других клиниках [1]. У проанализированной нами группы пациентов третьи моляры выявлены в 71,31% случаев, тогда как ранее у 76,36% (но в данном анализе учтены все третьи моляры, против только нижних третьих моляров в нашем исследовании). Абсолютная норма выявилась у нас в 11,47% случаев, что приближенно к данным (10,91%), полученным ранее [1].

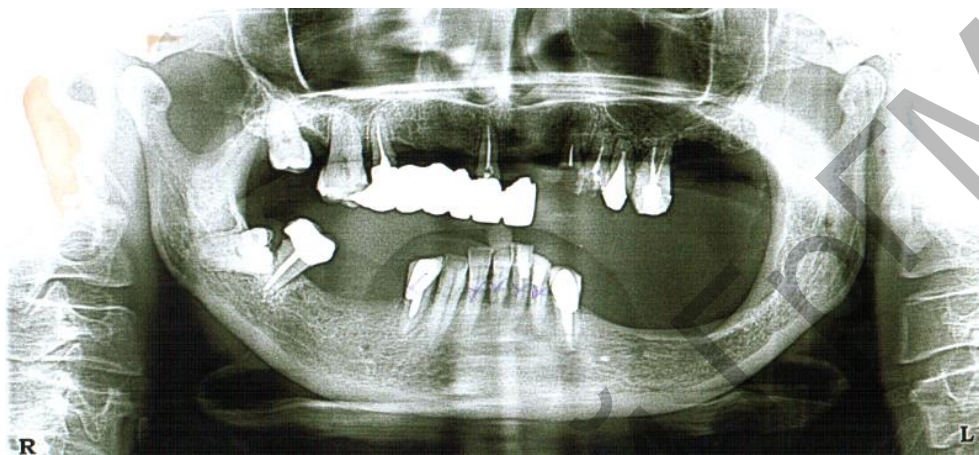


Рисунок 4 – Ортопантомограмма пациента М. 40 лет

Имеется горизонтальное положение правого нижнего третьего моляра, глубина расположения зуба в челюсти незначительная (мелкая), расположение передней границы ветви нижней челюсти составляет 1/3 длины зуба

Мы предполагаем, что у пациентов, включенных в наше исследование основным фактором, влияющим на прорезывание третьих нижних моляров служат местные факторы.

Вывод. На основе проведенного исследования можно сделать вывод о меньшей частоте встречаемости комбинированных аномалий по сравнению с одиночными аномалиями третьих нижних моляров.

Список литературы:

1. Абдуламир Али Тергам. А., Походенько-Чудакова И.О. Ретинированные дистопированные третьи моляры нижней челюсти. современное состояние вопроса // Современная стоматология. – 2022. – № 1. – С. 47-49.
2. Особенности асимметрии нижней челюсти при ретенции зубов мудрости / И. В. Гайворонский, М. Г. Гайворонская, А. А. Пономарев, Ю. А. Фарафонова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2016. – № 4. – С. 36-38.
3. Рентгенологический анализ положения зачатков аномально расположенных нижних третьих моляров в процессе их формирования и роста / М.Н. Морозова, С. А. Демьяненко, Н.В. Марченко, В.Н. Кириченко, Е.В. Романова, А.Л. Морозов // Проблемы Стоматологии. – 2020. – Т. 16, № 1. – С. 108-113.

4. Третьи постоянные моляры. Их влияние на зубоальвеолярные дуги / О. И. Арсенина, К. М. Шишкин, М. К. Шишкин, Н. В. Попова, А. В. Попова // Российская стоматология. – 2016. – Т. 9, № 2. – С. 33-40.

5. Хасболатова А.А., Панкратова Н.В., Постников М.А., Рубникович С.П., Репина Т.В., Колесов М.А., Денисова Ю.Л., Морозова К.М. Прогноз прорезывания третьих нижних моляров в зависимости от их положения относительно «стресс-оси». Известия Национальной академии наук Беларуси. Серия медицинских наук. – 2021. Т. 18, № 4.– С.474-482.

ОЦЕНКА СТРУКТУРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕЙРОНОВ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ БРЮХОНОГИХ МОЛЛЮСКОВ *LIMAX FLAVUS*

Грасевич О. В., Федина Е. М., Зиматкин С. М.

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Актуальность. Брюхоногие моллюски на протяжении уже достаточно долгого времени вызывают большой интерес у нейробиологов. Относительная простота содержания в лабораторных условиях, а также ограниченное число нервных клеток, схожесть в основных принципах строения и функционирования нервной системы с позвоночными животными дают возможность получить достоверную информацию об общих принципах организации нервной системы и влияния на нее различных факторов [8].

Наиболее высоко развитыми среди брюхоногих моллюсков являются слизни, характеризующиеся нервной системой узлового типа, которая содержит небольшое число удобных для идентификации крупных нейронов, собранных в отдельные ганглии – аналог мозга позвоночных животных, иннервирующие различные системы органов и обеспечивающие связь между ними. Парные ганглии связаны посредством поперечных связок – комиссур, непарные – продольными коннективами. Типичная разбросанно-узловая нервная система состоит из двух церебральных ганглиев, лежащих над началом пищевода и подпищеводной нервной массы, а также соединяющих их двух пар боковых коннективов. Между собой церебральные ганглии соединяются короткой церебральной комиссурой. В церебральных ганглиях слизи выделяют три области: процеребрум, мезocereбрум и метациеребрум. Подпищеводная нервная масса представлена парными (правыми и левыми) педальным, плевральным, париетальным, буккальным и непарным висцеральным ганглиями [9]. Таким образом, все ганглии образуют одно общее околопищеводное кольцо, которое находится непосредственно за буккальной массой [4].

Несмотря на то, что слизи являются классической моделью для решения различных вопросов нейробиологии, предоставляют обширное поле для