

УДК: 611.314

МОРФОМЕТРІЯ ФІСУР НИЖНІХ ПРЕМОЛЯРІВ ЛЮДИНИ

Марченко А.В., Сіренко О.А.

В даній роботі викладені результати дослідження особливостей морфометрії фіссур жувальної поверхні (одонтогліфіку) перших та других нижніх премоларів людини. Встановлено, що у нижніх перших премоларів існує 2 одонтогліфічних типи, а у других нижніх премоларах існує 3 одонтогліфічних типи: один основний (УЗ - тип) та два крайніх (+3 та +2 - типи). Виявлено жорсткий статистично достовірний зв'язок між периметром борізд, які оточують окремі бугри верхніх і нижніх премоларів, що є константою. Ймовірно, що фізіологічна редукція, яка виявляється при 3-му варіанті других нижніх премоларів, може бути фактором ризику розвитку карієсу.

За даними багатьох авторів, найчастіше карієсом уражаються моляри та премолари обох щелеп, з переважною локалізацією процесу на їх оклюзійних поверхнях. На даних поверхнях карієс здебільшого локалізується у фісурах та складках [1].

Велике значення у розвитку карієсу фісур має їх форма. Фісури можуть бути: прямолінійні, звивисті з колбоподібними розширеннями на дні та стінках, з бухтоподібними вип'ячуваннями на одній стороні. Зараз виділяють 4 типи будови фісур: воронкоподібні, конусоподібні, краплеподібні, поліподібні.

Для оцінки стану фісур існують різні методи: візуальний огляд, зондування, забарвлення, рентгенографія, лазерна діагностика, транслюмінація. Крім цього, існує метод одонтогліфічного вивчення жувальної поверхні зубів.

Мета дослідження: вивчити особливості морфометрії фіссур жувальної поверхні (одонтогліфіку) перших та других нижніх премоларів людини.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження рельєфу жувальної поверхні перших і других нижніх (34, 35, 44, 45 по формулі ВОЗ) премоларів проведено на відбитках і гіпсових моделях 33 школярів, хлопчиків 5-7 класів Полтавської середньої школи №3 у віці 12 - 14 років.

Вибір матеріалу мотивувався тим, що в наведеному віці постійні зуби вже цілком прорізалися, а явища фізіологічного стертя слабо виражені.

Морфометричні дослідження жувальної поверхні нижніх перших і других премоларів проводилися шляхом фотографування відбитків із наступним їхнім збільшенням до 20 разів на спеціальному репродукційному апараті. При цьому замальовувалися контури коронки, а також борозни і ямки жувальної поверхні.

Крім того, проводилося фарбування жувальної поверхні премоларів (отримане рішення про встановлення дати подачі заявки на винахід №99042055).

Далі вимірювалися морфометричні показники в перших і других нижніх премоларах [2].

Дослідження одонтометричних показників проведено шляхом вивчення гіпсових моделей, фотонегативів відбитків премоларів, збільшених до 40 разів і жувальної поверхні пофарбованих in vitro премоларів, похибка помилки лінійних показників при цьому була нижче 5%.

Результати та їх обговорення

Мезіодистальний діаметр коронки премоларів розташований поблизу оклюзивної третини і складає в нижніх перших премоларах 6,8 мм, нижніх других премоларів - 7,3 мм. Вестибуло - лінгвальний діаметр коронки премоларів складає в перших нижніх - 7,6 мм, у других нижніх - 8,3 мм.

Виявлено два варіанти будови перших нижніх премоларів. Їх одонтометричні показники представлені в табл. 1, 2.

Таблиця 1.
Одонтометричні показники нижнього першого премолара в мм. (I в - 85%)

Філогенетичний відділ коронки	Найменування бугрів	Найменування борозден	Номер борозни	M±m	Середнє відхилення (σ)
Т Р И Г О Н	Еоконід	Центральна	III	1,16±0,06	0,33
		Мезіальна	II	0,75±0,27	0,27
		Дистальна	IV	0,47±0,09	0,24
		IV+II+III	Σ	2,38±0,16	0,28
	Епіконід	Центральна	III	1,16±0,06	0,33
		Дистальна	IV	0,47±0,09	0,24
		Мезіальна	II	0,75±0,27	0,27
		III+II+IV	Σ	2,38±0,16	0,28

Таблиця 2.
Одонтометричні показники нижнього першого премолара в мм. (II в - 10%)

Філогенетичний відділ коронки	Найменування бугрів	Найменування борозден	Номер борозни	M±m	Середнє відхилення (σ)
Тригон	Еоконід	Центральна	III	1,14±0,05	0,32
		Мезіальна	II	0,73±0,23	0,26
		Дистальна	IV	0,45±0,07	0,27
		III+II+IV	Σ	2,32±0,12	0,28
Талон	Ендоконід	Лінгвальна	IIIa	0,79±0,23	0,24
		Центральна	III	0,33±0,05	0,35
		Дистальна	IV	0,45±0,07	0,27
		IIIa+III+IV	Σ	1,57±0,12	0,28
Тригон	Епіконід	Центральна	III	0,81±0,05	0,32
		Лінгвальна	IIIa	0,79±0,23	0,24
		Мезіальна	II	0,73±0,23	0,26
		III+IIIa+II	Σ	2,33±0,17	0,82

При вивченні других нижніх премолярів виявлено три варіанти рисунка. Перший варіант має бугри еоконід, ендоконід і епіконід, дистостили і мезіостили, відділені центральною, мезіальною, лінгвальною і дистальною борознами і зустрічається в 40% випадків. (див. табл. 3).

Другий варіант має бугри діаконід, еоконід, ендоконід, епіконід, дисто-мезіостили, відділені центральною, вестибулярною, мезіальною, дистальною і лінгвальною борознами, зустрічається в 25% випадків. (див. табл. 4).

Таблиця 3.
Одонтометричні показники нижнього другого премоляра в мм (I в - 40%)

Філогенетичний відділ коронки	Найменування бугрів	Найменування борозд	Номер борозни	M±m	Середнє відхилення (σ)
Тригон	Еоконід	Центральна	III	1,23±0,11	0,24
		Мезіальна	II	1,08±0,32	0,64
		Дистальна	IV	0,6±0,23	0,4
		III+II+IV	Σ	2,91±0,22	0,42
Талон	Ендоконід	Лінгвальна	IIIa	0,78±0,21	0,38
		Центральна	III	0,21±0,11	0,24
		Дистальна	IV	0,6±0,23	0,4
		IIIa+III+IV	Σ	1,81±0,18	0,34
Тригон	Епіконід	Центральна	III	0,8±0,11	0,24
		Лінгвальна	IIIa	0,78±0,21	0,38
		Мезіальна	II	1,08±0,32	0,64
		III+IIIa+II	Σ	2,66±0,21	0,42

Таблиця 4.
Одонтометричні показники нижнього другого премоляра в мм. (II в - 25%)

Філогенетичний відділ коронки	Найменування бугрів	Найменування борозден	Номер борозни	M±m	Середнє відхилення (σ)
Т Р И Г О Н	Еоконід	Центральна	III	1,24±0,13	0,22
		Вестибулярна	I	0,79±0,23	0,58
		Мезіальна	11	0,67±0,32	0,21
		I+III+11	Σ	2,34±0,23	0,34
	Діаконід	Вестибулярна	I	0,88±0,23	0,58
		Центральна	III	0,45±0,16	0,47
		Дистальна	IV	0,62±0,23	0,4
		I+11+IV	Σ	1,95±0,2	0,48
	Епіконід	Центральна	III	0,69±0,13	0,22
		Лінгвальна	IIIa	0,79±0,23	0,39
		Мезіальна	II	0,67±0,32	0,63
		III+IIIa+II	Σ	2,15±0,2	0,41
ТАЛОН	Ендоконід	Лінгвальна	IIIa	0,79±0,23	0,39
		Дистальна	IV	0,62±0,23	0,4
		Центральна	III	0,55±0,13	0,22
		IIIa+IV+III	Σ	1,96±0,2	0,34

У таблиці 5 подано одонтометричні показники III одонтологічного варіанту другого нижнього премоляра.

Фісурам властива варіабельність форм, глибини та розміру [1]. Глибина фісур коливається від 0,25 до

3,0 мм, ширина на дні від 0,1 до 1,2 мм, ширина в гірлі від 0,005 до 1,5 мм. товщина емалі на стінках фісур та в області дна коливається від 1,3 до 0,01 мм.

Таблиця 5.
Одонтометричні показники нижнього другого премоляра в мм (III в - 28%)

Філогенетичний відділ коронки	Найменування бугрів	Найменування борозден	Номер борозни	M±m	Середнє відхилення (σ)
Т Р И Г О Н	Еоконід	Центральна	III	1,22±0,13	0,25
		Мезіальна	II	1,09±0,33	0,65
		Дистальна	IV	0,61±0,25	0,5
		IV+II+III	Σ	0,97±0,24	0,47
	Епіконід	Центральна	III	1,22±0,13	0,25
		Дистальна	IV	0,61±0,25	0,5
		Мезіальна	II	1,09±0,33	0,65
		III+II+IV	Σ	0,97±0,24	0,47

Висновки

1. Установлено, що у нижніх перших премолярах існує 2 одонтологічних типа, а у других нижніх премолярах існує 3 одонтологічних типа: один основний (У3 - тип) та два крайніх (+3 та +2 - типи).

2. Виявлено жорсткий статистично достовірний зв'язок між периметром борозен, які оточують окремі бугри верхніх і нижніх премолярів, який є константою.

3. Ймовірно, що фізіологічна редукція, яка виявляється при 3-му варіанті других нижніх премолярів, може бути фактором ризику розвитку карієсу.

Література

1. Патерсон Р., Ватте А., Саундерс В., Питтс И. Современные концепции в диагностике и лечении кариеса фиссур// Квинтэссенция. - 1995. - 77 с.

2. Сегеда С.П. Украинцы// Этническая одонтология СССР. – М., Медицина 1979. – С. 60-64.

Реферат

МОРФОМЕТРИЯ ФИССУР ПРЕМОЛЯРОВ ЧЕЛОВЕКА

Марченко А.В., Сиренко Е.А.

В данной работе изложены результаты исследования особенностей морфометрии фиссур жевательной поверхности (одонтоглифика) первых и вторых нижних премоляров человека. Установлено, что в нижних первых премолярах существует 2 одонтоглифических типа, а в вторых нижних премолярах существует 3 одонтоглифических типа: один основной (У3 - тип) и два крайних (+3 и +2 - типы). Выявлена жесткая статистически достоверная связь между периметром борозд, которые окружают отдельные бугры верхних и нижних премоляров, который есть константой. Вероятно, что физиологическая редукция, которая обнаруживается при 3-му варианту вторых нижних премоляров может являться фактором риска развития кариеса.

Summary

MORPHOMETRY OF HUMAN PREMOLAR FISSURES

Marchenko A.V., Sirenko Ye.A.

This work represents the findings of investigation of features of morphometry of fissures of masticatory surface of the first and second inferior human premolars. It has been found out that there are 2 odontoglyphic types in the inferior first premolars, and there are 3 odontoglyphic types in the second inferior premolars: one is the basic and two were extreme (+3 and +2 - types). It was revealed the rigid statistically reliable link between perimeters of sulcuses which surround some tudenters of the superior and inferior premolars, which is a constant. It is probable, that physiological reduction found out under 3d variant of second inferior premolars teeth can be a risk factor of development of a caries.

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, м. Полтава

УДК 616 - 001.43 - 08

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УКУШЕННЫХ РАН ГОЛОВЫ И ШЕИ

Митченко В.И., Добровольская О.В.

В представленной работе системному анализу подвержены 326 случаев обращения за медицинской помощью больных с укушенными ранами головы, лица и шеи. 92,6% обращений составляют травмы, нанесенные собаками. Отмечается тенденция к росту данного вида травматизма у детей. Дана характеристика течения раневого процесса, клиники и лечения укушенных ран. Результаты работы подтверждают актуальность проблемы профилактики и лечения данного вида травматизма.

В настоящее время отмечается увеличение количества пострадавших с укушенными ранами. Это обстоятельство объясняется большой популярностью содержания различных животных, в частности собак, в домашних условиях, а также большим количеством бездомных животных. Нарушение правил содержания собак, неадекватный выбор породы, отсутствие знаний зоопсихологии могут способствовать агрессивному поведению животного.

По статистическим данным ряда авторов частота укушенных ран среди всех травматических повреждений составляет от 7 до 12% [1, 3, 4], а структуре травм челюстно-лицевой области их количество еще выше, до 25,9%. Наиболее часто укушенные раны по локализации встречаются на конечностях. На долю лица, головы и шеи приходится от 15 до 32% всех ран, нанесенных животными [1, 3, 4, 6].

Укушенные раны значительно отличаются от других ран соответствующей локализации механизмом повреждения, течением раневого процесса, объемом поврежденных тканей, исходом [5]. Укушенные раны челюстно-лицевой области являются более опасными в плане развития тяжелых осложнений. Посттравматические рубцовые деформации могут привести к выраженным уродствам, формированию эстетических и функциональных нарушений, что, в свою очередь, оказывает влияние на психику пострадавшего [1].

Вышеуказанное позволяет считать особенности патогенеза и лечения укушенных ран самостоятельной актуальной проблемой хирургии, в том числе челюстно-лицевой.

Цель исследования: провести анализ распространенности укушенных ран головы и шеи, особенности

организационно-лечебных мероприятий на этапах оказания медицинской помощи и их эффективности.

Исследование основано на анализе статистических данных работы травматических пунктов 1 городской больницы и детской больницы города Полтавы за период с 1998 по 2001 год.

Системному анализу подвержены 326 случаев обращения за специализированной медицинской помощью пострадавших с укушенными ранами головы, лица и шеи в городе Полтаве (табл. 1).

Таблица 1
Количество укушенных ран различных локализаций по данным травматических пунктов 1 гор.больницы и детского комплекса г. Полтавы за 1998-2002 гг.

Год	1998	1999	2000	2001	Итого
К-во больных,					
Всего больных с укушенными ранами различных областей	1009	1021	1012	1007	4049
Всего больных с укушенными ранами челюстно-лицевой области	75	82	78	91	326
в%	7,4	8,0	7,7	9,0	8,1

При этом учитывалось количество пострадавших с укушенными ранами ЧЛО, возраст больных, преимущественная локализация ран, объем лечебных манипуляций.

Поражение тканей челюстно-лицевой области отмечалось в 1998 году 7,4% случаев от общего числа укушенных ран, в 1999 году – 8%, в 2000 году – 7,7%, в 2001 году – 9,0%. Соотношение больных по полу приблизительно одинаковое.

Из данных, приведенных в табл.2, следует, что в период с 1998 по 2001 год удельный вес пострадавших