



гарантує повноцінне формування і первинну мінералізацію твердих тканин зубів, а також забезпечує фізіологічний перебіг процесу їх дозрівання.

Скрипа О.Л.

**АКСІОГРАМИ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ РІЗНОЇ
ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО-
НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА, АНАЛІЗ ПРОВЕДЕНИХ АКСІОГРАМ**

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Буковинський державний медичний університет*

У вітчизняній та іноземній літературі є велика кількість досліджень щодо порушення функції скронево-нижньощелепних суглобів у пацієнтів із переломами щелеп. Відсутність цілеспрямованого раннього комплексного лікування м'язово-суглобових розладів, зумовлених переломами нижньої щелепи різної локалізації призводило до неправильної діагностики і її недооцінки усіма лікарями-стоматологами.

Метою дослідження є всебічне дослідження патогенних механізмів розвитку м'язово-суглобової дисфункції СНЩС, підвищення якості її ранньої діагностики, а також проведення диференційованої цілеспрямованої корекції виявлених порушень та запобігання можливим ускладненням у хворих з м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС при переломах нижньої щелепи різної локалізації. Метод електронної аксіографії показує графічний запис траєкторії руху головок нижньої щелепи при різних її рухах, що дозволяє оцінити функції СНЩС в нормі та при скронево-нижньощелепній дисфункції. При дослідженні використовували систему електронної аксіографії Denar Cardiax Compact 2 (Австрія) і програмне забезпечення Yamma Dental Software. Отримані результати опрацювали статистично. Оцінку рухів суглобових головок нижньої щелепи (СГНЩ) проводили за такими параметрами: якість аксіограм; амплітуда рухів СГНЩ (протрузія, медіотрузія, відкривання/закривання рота); розходження траєкторії рухів СГНЩ (протрузія, медіотрузія, відкривання/закривання рота).

Оцінка якості аксіограм у хворих з переломами нижньої щелепи різної локалізації при дисфункції СНЩС показала оптимальну якість аксіограм, зафіксовану у $43,86 \pm 6,57\%$ обстежених; середню якість аксіограм визначили у 1,3 раза рідше- $33,33 \pm 6,24\%$ хворих, $p > 0,05$. Значно меншою була кількість осіб із поганою якістю аксіограм- $22,81 \pm 5,56\%$, $p < 0,05$). Середню якість аксіограм мала однакова кількість хворих з переломами нижньої щелепи різної локалізації, незалежно від типу розладів СНЩС. Привертало увагу, що погану якість аксіограм визначали при багатofункціональних розладах СНЩС рідше, ніж при одно функціональних розладах СНЩС.

Нами встановлено, що оптимальну якість аксіограм частіше фіксували в осіб з одно функціональними розладами з переломами нижньої щелепи у пришийковій ділянці, ніж у осіб з локалізацією переломів у бокових відділах та у ділянці кута нижньої щелепи. Середню якість аксіограм досліджували в однаковій кількості обстежених при серединних переломах та у пришийковій ділянці нижньої щелепи.

Аналіз результатів досліджень показав, що метод електронної аксіографії дозволяє виявити серйозні функціональні порушення у хворих з переломами щелеп різної локалізації СНЩС. При цьому, найбільші зміни СНЩС спостерігали в осіб з локалізацією травматичних уражень у пришийковій ділянці та у межах вінцевого відростка.

Табачнюк Н.В.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАКЛАДКИ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ В
ЗАРОДКОВОМУ ПЕРІОДІ ПРЕНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗУ**

*Кафедра терапевтичної стоматології
Буковинський державний медичний університет*

Метою нашого дослідження стало вивчення динаміки морфологічних перетворень суміжних з зачатком піднижньощелепної слинної залози структур в першому триместрі



пренатального онтогенезу людини. Важливо дослідити коли, як і де топографоанатомічно формується зачаток ПНЩСЗ (піднижньощелепної слинної залози) людини.

Зародковий період, який охоплює шість тижнів внутрішньоутробного розвитку (ВУР), досліджено на основі вивчення 29 серій гістологічних препаратів зародків людини 1,4–9,0 мм тімяно-куприкової довжини (ТКД) із колекцій кафедр ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці) та Кримського державного медичного університету імені С.І. Георгіївського (Сімферополь). Оглядові препарати пофарбовані гематоксиліном і еозинном, пікрофуксином за методом Ван-Гізона і імпрегновані по Гоморі. За серійними гістологічними зрізами в зародків 5-го тижня ембріонального розвитку (5,0–7,0 мм ТКД; 29–35 доби) вже чітко визначаються зачатки верхньої та нижньої щелепи.

Згідно даних нашого дослідження в цей період добре розпізнаними є зачатки мандибулярної дуги з направленими назустріч один одному дистальними кінцями. За серіями гістологічних зрізів цього тижня розвитку простежуються парні носові медіальні та латеральні відростки, які обмежують носові ямки. Між останніми дострально нависає лобовий валик (горбик). У відростках мандибулярної дуги (зачатках нижньої щелепи) вже можна розпізнати острівці хряща Меккеля, які знаходяться в оточенні мезенхіми із неоднозначним ступенем її диференціювання в різних гістогенетичних зонах нижньощелепних зачатків. У цей віковий період ще немає чіткого розмежування м'яких тканин порожнини рота в ділянці нижньої та верхньої щелеп на губи і ясна, ознак формування мімічних м'язів теж ще не виявлено. У цілому, на 5-му тижні ембріонального розвитку людини досить чітко визначаються гістогенетичні перетворення в зачатках краніального відділу зародків, які призводять до виокремлення його твердих і м'яких тканин з деякою асинхронністю в розвитку зачатків нижньої та верхньої щелепи.

Первинна закладка ПНЩСЗ виявлена наприкінці зародкового періоду в зародків 9,5–12,8 мм ТКД (6-й тиждень ВУР). Встановлено, що у зародків 9,5 мм ТКД на місці закладки ПНЩСЗ, по обидва боки від зачатка язика, спочатку було виявлено потовщення епітелію первинної ротової порожнини, так звані “епітеліальні пластинки”. Надалі, виокремлення зачатка ПНЩСЗ відбувається шляхом вгинання епітелію дна первинної ротової порожнини у прилеглу мезенхіму ділянки язиково-альвеолярних борозен по обидва боки від зачатка язика.

Цілеспрямоване дослідження серійних гістологічних зрізів зародків 1,4–9,0 мм ТКД (4–5-й тижні та початок 6-го тижня ВУР) дозволило дійти висновку про те, що закладка ПНЩСЗ в цей період ембріогенезу не визначається. Первинна закладка ПНЩСЗ виявлена лише наприкінці 6 тижня.

СЕКЦІЯ 16

КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ

Bodiaka V.Yu.

CLINICAL JUSTIFICATION OF THE DEVICE FOR PREVENTION OF POSTOPERATIVE EVENTRATION

*Department of Oncology and Radiology
Bukovinian State Medical University*

Postoperative eventration is one of the most dangerous complications in abdominal surgery, resulting in a fairly high mortality.

This problem is especially relevant in patients with malignant neoplasms of the abdominal cavity, where there are phenomena of secondary immunodeficiency, cachexia, anemia, etc.

To prevent eventration in patients at high risk of postoperative eventration, the vast majority of surgeons consider it necessary to apply several nodal sutures through all the layers, use the most rational access, constantly shift the incision line during laparotomy, apply unloading skin aponeurotic sutures etc.

However, all these above methods, in addition to their advantages, have several disadvantages that significantly limit their use.