

**Materials and methods.** The study involved the clinical examination of 27 patients diagnosed with muscle-joint dysfunction complicated by periodontitis. The investigation utilized a diagnostic protocol comprising anatomical modeling, myometry, and radiographic analysis.

**Results.** Traditional management of localized traumatic periodontitis commences with the elimination of traumatic factors affecting periodontal tissues, typically achieved by restoring proper interproximal contact points. In the comprehensive treatment of periodontal diseases, orthopedic interventions focus on mitigating or eliminating traumatic overload on the periodontium by correcting the spatial positioning of the mandible and performing selective tooth grinding (occlusal adjustment). However, consensus is lacking regarding the optimal timing for this procedure. While the majority of researchers suggest that selective grinding should be performed only when clinical signs of periodontal disease are evident, a subset of clinicians recommends earlier intervention, even prior to symptom manifestation.

A major contraindication for selective tooth grinding is acute or chronic TMD accompanied by myogenous pain. In such instances, selective grinding is advised only during periods of remission, as pain precludes a thorough patient examination and accurate assessment of tooth contact during articulation phases. Optimal occlusion, which constitutes the goal of dental treatment, transcends the simple alignment of dental arches into Angle's Class I relationship. It requires a harmonious functional balance among the muscles, nervous system, dental arches, periodontium, and the joints.

Modern diagnostic and therapeutic approaches within neuromuscular dentistry offer a profound understanding of the critical role of occlusion in both TMD and periodontal diseases. These methodologies facilitate the resolution of complex dental issues, resulting in functional and aesthetic rehabilitation while also promoting an improvement in the patient's general well-being. Given the intricate nature of TMD and periodontal treatment, successful outcomes mandate a high level of collaboration between the dentist and the patient.

In light of these challenges, the exploration of innovative methods for the prevention and treatment of localized periodontitis in young individuals presenting with muscular components of TMD remains a pressing clinical issue.

**Conclusion.** The rehabilitation of patients with temporomandibular joint dysfunction complicated by periodontitis necessitates a comprehensive approach. This strategy encompasses: Addressing occlusal disturbances utilizing computerized jaw movement analysis with the T-scan Novus system ("ТЕКСКАН" USA), which is indicated in various applications, including fixed and removable prosthetics, periodontal pathology, implant prostheses, and TMD management. Targeted pharmacological treatment directed at the key pathogenetic mechanisms of localized periodontitis, which is deemed crucial for effective rehabilitation in this cohort of patients.

**Банул Б.Ю.**

## **РОЗВИТОК ПАРАМЕЗОНЕФРАЛЬНИХ ПРОТОК ТА ЇХ ПОХІДНИХ ВПРОДОВЖ 30-38 ТИЖНІВ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ**

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Для лікарів важливе практичне значення має вивчення розвитку парамезонефральних проток та їх похідних саме в ембріональному періоді онтогенезу людини. Для того щоб розуміти виникнення вад розвитку у новонароджених, необхідно знати закладку і розвиток парамезонефральних проток у ембріональному періоді онтогенезу.

**Мета дослідження.** Вивчити особливості розвитку парамезонефральних проток та їх похідних впродовж 30-38 тижнів внутрішньоутробного розвитку.

**Матеріали і методи дослідження.** Дослідження виконано на 4 плодах людини довжиною 270,0-375,0 мм ТКД у внутрішньоутробному розвитку. Для дослідження використані серії гістологічних зрізів з музею кафедри анатомії людини ім. М.Г. Туркевича Буковинського державного медичного університету.

**Результати дослідження.** Права маткова труба у плодів 270,0-310,0 мм ТКД розміщена в порожнині великого таза і вкрита очеревиною з усіх боків. Загальна довжина маткової труби становить  $22,5 \pm 0,5$  мм, зокрема: лійки –  $5,1 \pm 0,1$  мм, ампули –  $10,0 \pm 0,3$  мм, перешийка –  $5,7 \pm 0,1$  мм, маткової частини –  $1,8 \pm 0,1$  мм, ширина лійки –  $4,1 \pm 0,2$  мм, товщина ампули –  $4,3 \pm 0,1$  мм, товщина перешийки –  $2,3 \pm 0,05$  мм, довжина брижі маткової труби –  $12,2 \pm 0,2$  мм. Брижа утворена двома листками очеревини, один з яких без чітких меж переходить у пристінкову очеревину, що вкриває великий поперековий м'яз та суміжні з ним структурами (стегновий нерв, статево-стегновий нерв, зовнішні клубові судини), а верхній листок брижі обмежений підвішувальною та власною зв'язками яєчника. Трубний край брижі довший, ніж яєчниковий. Амбула труби видовженої колоподібної форми. Вздовж труби визначаються три звуження, одне з яких (найвужче) – у місці з'єднання ампули з перешийком, друге – в середній ділянці перешийка, третє – на межі між лійкою і торочками, що є анатомічною особливістю. Маткова труба розміщена горизонтально. Торочки труби розвинуті добре у вигляді численних пластинчатих відростків, які примикають до передньої поверхні клубового м'яза та стегового нерва. Перешийок труби розміщений у одній (фронтальній) площині з круглою зв'язкою матки. Власна зв'язка яєчника прикріплюється до бічного краю матки під трубою. До передньої поверхні труби примикають петлі клубової кишки.

Ліва маткова труба розміщена в порожнині великого таза і вкрита очеревиною з усіх боків. Її загальна довжина становить  $20,0 \pm 0,5$  мм, зокрема: лійки –  $4,2 \pm 0,1$  мм, ампули –  $8,9 \pm 0,1$  мм, перешийка –  $6,1 \pm 0,1$  мм, маткової частини –  $1,7 \pm 0,2$  мм, ширина лійки –  $3,8 \pm 0,2$  мм, товщина ампули –  $4,9 \pm 0,1$  мм, товщина перешийки –  $2,2 \pm 0,1$  мм, довжина брижі маткової труби –  $12,1 \pm 0,2$  мм. Брижа утворена двома листками очеревини, один з яких без чітких меж переходить у пристінкову. Трубний край брижі довший від яєчничового. Уздовж труби виявляються п'ять звужень, два з них – у ділянці її перешийка. Труба має виражену звивисту форму, розміщена горизонтально. Торочки труби розвинуті добре у вигляді численних коротких пластинчатих відростків, розміщуються на передній поверхні великого поперекового м'яза. До лійки труби зверху примикає сигмоподібна кишка, до передньої поверхні ампули та перешийка – петлі клубової кишки. Кругла зв'язка матки виявляється під перешийком труби спереду останньої. Власна зв'язка яєчника прикріплюється до задньої поверхні тіла матки під трубою.

**Висновки.** Впродовж 30-38 тижнів внутрішньоутробного розвитку спостерігається морфометрична асиметрія складових сечостатевих комплексів, асинхронна редукція первинних нирок та морфометричні відмінності у розвитку парамезонефральних проток. Процес відмежування статевих залоз від мезонефросів спостерігається впродовж плодового періоду.

**Бірюк І.Г.**

## **ОСОБЛИВОСТІ СКОСТЕНІННЯ ФАЛАНГ ПАЛЬЦІВ КИСТІ**

*Кафедра медицини катастроф та військової медицини*

*Буковинського державного медичного університету*

**Вступ.** Систематичне та документоване вивчення розвитку скелету кисті і, зокрема, фаланг пальців, потребує досліджень на великому матеріалі при використанні комплексу методів анатомічного дослідження. Вивчення на рентгенограмах стану кісток кисті, і передусім I і V пальців, має значення для оцінки диференціювання всього організму дитини та виявлення деяких порушень розвитку. На підставі рентгенологічного дослідження кісток кисті можна встановити низку показників, які відображають різні етапи статевого розвитку, а при вивченні постнатального морфогенезу коротких трубчастих кісток кисті також простежити процеси інволютивного порядку.

**Мета дослідження.** Встановлення особливостей скостеніння фаланг пальців правої і лівої кистей на етапах онтогенезу людини.