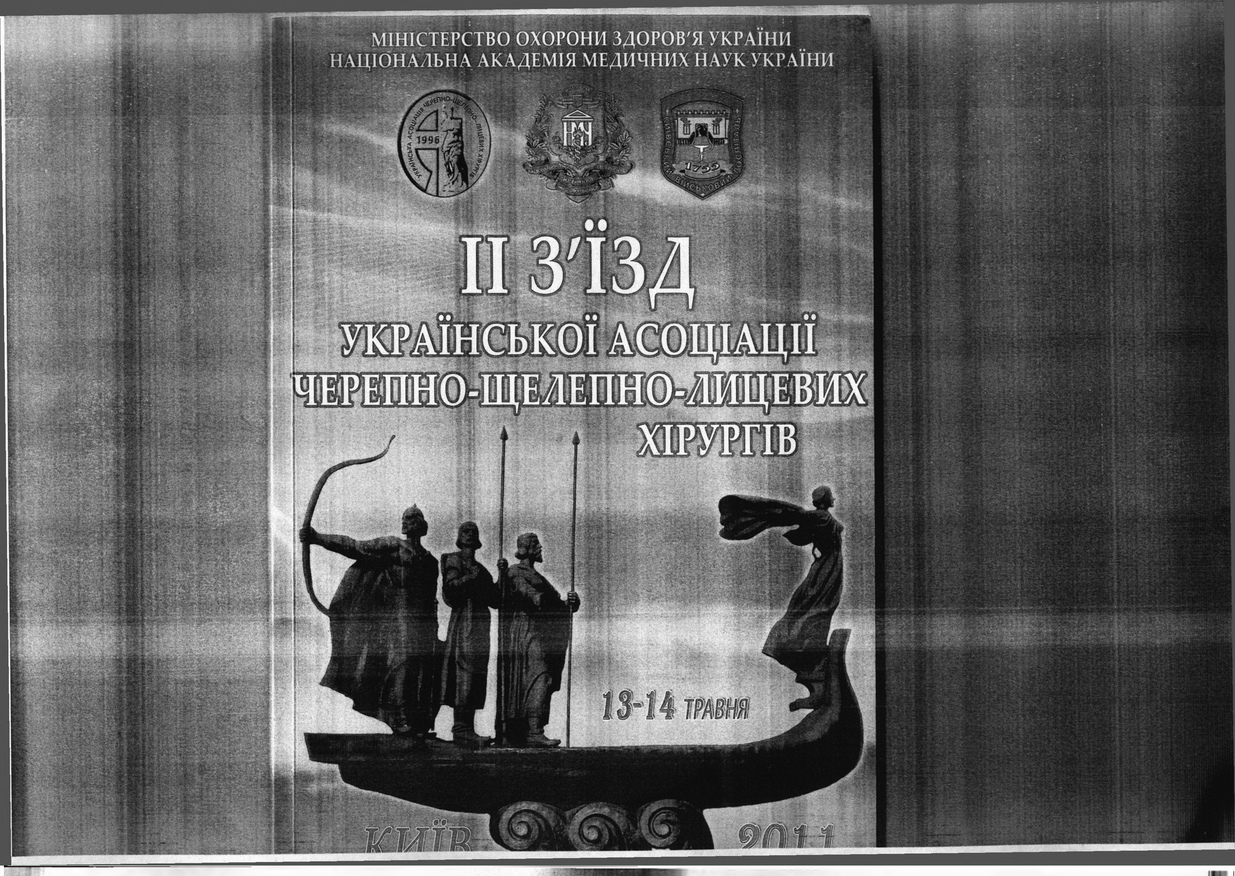

НЕКОТОРЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДБОРОДОЧНОГО ОТДЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Бедик О.В., Шувалов С.М.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, г. Винница

Подборок является эволюционным приобретением, присущим только человеку, и появился в результате его прямохождения. У других животных подбородочный отдел нижней челюсти отсутствует. Даже неандертальцы, непосредственные предки человека, не имели такого строения нижней челюсти (А.А.Лойт, 2006). Образование подбородочного выступа связывают с закладкой в области симфиза подбородочных косточек, которые специфичны только для человека. Они появляются в конце эмбриональной жизни, сливаются между собой и с телом нижней челюсти (А.Е.Хомутов, 2003). Выступающая часть подбородка с язычной стороны служит для прикрепления подбородочно-язычной, подбородочно-подъязычной и двубрюшной мышц, которые фиксируются к подбородку-подъязычной кости и удерживают глоточно-гортанный комплекс. Представляют интерес как эмбриональное развитие и окостенение подбородка, так и анатомические особенности подбородочного отдела у взрослого: строение, источники кровообращения и иннервации. Эти анатомические данные изучены недостаточно, а источники литературы часто противоречат друг другу.

Так, изучение развития нижней челюсти в эмбриональном периоде является довольно спорным вопросом, в частности – участие в нем меккелева хряща. Ряд авторов считает, что меккелев хрящ принимает непосредственное участие в формировании кости нижней челюсти (А.А. Колесов, 1966; Н.В.Головко, 2003), в то время как другие – нижняя челюсть развивается независимо от хряща, т.е. по типу прямого окостенения (Л.И.Фалин, 1951). Вероятно, кость подбородочного отдела развивается путем прямого окостенения, минуя хрящевую стадию, так как является новым филогенетическим приобретением. Хрящевая стадия онтогенетически и филогенетически присуща остальным частям челюсти с зубами, как у рыб, пресмыкающихся, млекопитающих. Однако в некоторых источниках есть данные, что часть нижней челюсти близ средней линии, все-таки развивается по типу эндохондрального остеогенеза, т.е. при участии меккелева хряща (Hamilton et al., 1957; Sicher, 1962).

Нижняя челюсть – парная кость, две части которой соединены хрящистым хрящом в течение эмбрионального периода. Замещение хрящевой ткани на костную заканчивается к двум годам жизни ребенка (А.Г.Смирнов, 2007). Нами изготовлены препараты нижних челюстей у трупов новорожденных детей, и также выявлено наличие прослойки хрящистой хрящевой ткани по средней линии нижней челюсти.

Также противоречивы данные относительно источников кровоснабжения нижней челюсти. Большинство анатомических руководств указывают лишь нижнюю альвеолярную артерию. Однако, еще в 1928 году В.М.Уваров описал экстраоссальных источников кровообращения нижней челюсти. В качестве источника кровообращения нижней части внутренней поверхности подбородка он указал язычную артерию. Также А.Э.Рауер в своей монографии «Переломы челюстей и повреждения мягких тканей лица» (1947) писал о том, что нижняя альвеолярная артерия является главным, но не единственным источником внутрикостного кровообращения в нижней челюсти. Автор указывает на то, что язычная артерия снабжает небольшой участок внутренней пластинки подбородка. C.Krenkel (1985, 1986) описывает случаев сильного кровотечения в результате хирургических манипуляций с язычной поверхности подбородочного отдела нижней челюсти, и источником такого кровотечения считает повреждение ветвей подъязычной артерии. Подъязычная артерия отдает довольно крупную конечную ветвь, делящуюся в свою очередь на несколько веточек: восходящие (медиальную и латеральную) и нисходящие (верхнюю и нижнюю – по описанию автора), которые входят в соответствующие четыре отверстия на язычной поверхности нижней челюсти (Tsusaki, 1955). Однако, Przystanska, Bruska (2005) выявили 4 язычных отверстия только на 1 челюсти из 299 исследованных. Во многих источниках указывается на наличие одного язычного отверстия, в которое входит артерия без соответствующих нерва и вены (McDonnell, Reza Nouri, 1994; Nagar, Bhordwaj, 2001). Конечные ветви подъязычной артерии описываются, как правило, произвольно, в зависимости от находок авторов, и не имеют четких анатомических названий. Также не имеют названий и отсутствуют ссылки в анатомической литературе на наличие отверстий с язычной поверхности подбородочного отдела нижней челюсти.

Нами была поставлена задача изучения конечных ветвей подъязычной артерии при вхождении их в подбородочный отдел нижней челюсти. В

отечественной литературе аналогичных работ мы не выявили. При изучении анатомических препаратов 3 трупов человека выявлено, что подъязычная артерия, раздваиваясь на уровне клыков, двумя ветвями входит в верхнее и нижнее отверстия язычной поверхности подбородка. В анатомической номенклатуре данные отверстия не определены отдельным анатомическим образованием. Tsusaki (1955) называет их foramen interspinalis и foramen interalveolaris, McDonnell (1994) – foramen lingualis, Przystanska (2005) – «дополнительные отверстия на внутренней поверхности нижней челюсти», Nagar (2001) – «срединное отверстие».

Также приготовлены препараты сосудисто-нервного пучка, выходящего из ментального отверстия, и веточек лицевого нерва, которые иннервируют нижнюю губу с вестибулярной стороны в области подборочного отдела нижней челюсти, что необходимо учитывать при проведении операций в преддверии полости рта.

Таким образом, данные относительно анатомических особенностей подбородочного отдела нижней челюсти весьма спорны и требуют дальнейшего изучения. Результаты такого исследования могут быть использованы в клинической практике, в частности при проведении хирургических манипуляций в преддверии полости рта, с язычной поверхности нижней челюсти, при лечении переломов подбородочного отдела и проведении имплантации зубов.

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОВЯЗКИ СОСТОЯЩЕЙ ИЗ ПРЕПАРАТА "ТРИКАЛЕН" И ЛИОФИЛИЗИРОВАННОГО КСЕНОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТА

Бом К.Г.

Кафедра хирургической стоматологии Крымского Государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

В результате удаления зуба образуется постэкстракционная рана, которая постоянно контактирует с патогенной микрофлорой рта, а также инфицируется микроорганизмами, находящимися в пародонтальных карманах и в периапекальных тканях в момент проведения операции. После выполнения манипуляции возникает кровотечение, приводящее к заполнению

лунки кровью и формированию кровяного сгустка. Кровь способствует снижению уровня обсемененности раны, а сгусток, в последующем, выполняет роль биологической повязки и является основой для ее приживления. Таким образом, формирование кровяного сгустка в оптимальные сроки и его длительное сохранение обеспечивает нормальное течение процесса заживления постэкстракционной раны вторичным натяжением.

Нами была предложена методика (Патент на изобретение "Спосіб профілактики альвеоліту" № 44638 от 12.10.2009) закрытия постэкстракционной раны комбинированной лечебно-профилактической повязкой состоящей из препарата "Трикален", содержащего антибактериальный и антигрибковый действующие компоненты, и лиофилизированного ксенодермотрансплантата, выполняющего роль барьера отграничивающего рану от внешней агрессивной среды рта.

Цель данной работы - определить влияние предложенной нами комбинированной повязки на динамику течения процесса эпителизации лунки удаленного зуба.

Материалы и методы. В основу материала исследования легли данные, полученные при обследовании и лечении 54 пациентов обоего пола, в возрасте от 21 до 44 лет, без серьезной общесоматической патологии, которым проводилось удаление зуба. В зависимости от способа ведения раны, все больные были распределены на три группы по 18 человек в каждой. В первой контрольной группе рана заживала под сгустком крови. Во второй контрольной группе в лунку удаленного зуба вводили препарат "Коллапан Л" с последующим наложением на ее устье дентальной адгезивной пасты "Солкосерил". В основной - накладывали предложенную нами комбинированную лечебно-профилактическую повязку. У всех обследуемых специальной петлей брали мазки-соскобы с поверхности раны на 1, 3, 7, 10 и 14-е сутки, которые в последующем окрашивали гематоксилином и эозином. При анализе мазков-соскобов обращали внимание на дифференцировку эпителиальных клеток, пользуясь стадиями, предложенными Lange D.E. на основе выявления ядерно-цитоплазматического соотношения, то есть, диаметра ядра к диаметру клетки.

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют о том, что после экстракции зуба в ране уже через 1 сутки развиваются признаки экссудативного воспаления, которые были одинаково выражены в препаратах контрольных и основной групп. Это характеризовалось появлением