

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М.І. ПИРОГОВА
РАДА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ



МАТЕРІАЛИ
І НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ
ВЧЕНИХ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

19-20 травня 2010 року
м. Вінниця

СТОМАТОЛОГІЯ

О.В. Бедик

АНАЛИЗ ДАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ О РАЗВИТИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Кафедра хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии*

(Научный руководитель – д.м.н., проф. С.М. Шувалов)

Винницкий национальный

медицинский университет им. Н.И. Пирогова

г. Винница, Украина

Изучение развития органов человека и организма в целом является важным и актуальным вопросом не только для эмбриологов и анатомов, а также и для специалистов, работающих в практической медицине. Изменение строения и взаимоотношения органов и органокомплексов в пренатальном периоде онтогенеза имеет большое влияние на особенности клинической картины и лечения заболеваний этих органов в детском и взрослом возрасте. Для врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов особый интерес среди данных эмбриогенеза представляет развитие нижней челюсти.

Нижняя челюсть занимает особое место среди лицевых костей по характеру развития и роста. Описания развития нижней челюсти в известных руководствах противоречивы. Так, например, по данным Л.И.Фалина (1976) закладка нижней челюсти появляется на 6-7-й неделе эмбрионального развития, она возникает из мезенхимы, а меккелевы хрящи не принимают участия в образовании кости нижней челюсти. Другие авторы придерживаются мнения о том, что задние отделы нижней челюсти действительно развиваются независимо от меккелева хряща, однако передние ее отделы – при непосредственном его участии (Х.А.Каламкар, 1981; Ф.Я.Хорошилкина, 1987; В.Г.Смирнов, 2007).

По данным Н.М.Гузик (2006) меккелев хрящ представляет собой парное удлинненное образование из незрелой прохондральной ткани, которое расположено латерально от зачатка слюнных желез. Зачатки парных меккелевых хрящей появляются у 5-5,5-недельных зародышей на месте сгущений мезенхимочитов в толще закладок челюстных дуг. Увеличение зачатка нижней челюсти начинается у предплодов с теменно-копчиковой длиной (ТКД) 16,5-17,5 мм. На этом этапе он имеет вид пластинки, вытянутой в вертикальном направлении и располагается кнаружи от меккелевого хряща. У предплодов от 22,0-23,0 мм до 29,0 мм ТКД наступает соединение меккелевых хрящей противоположных сторон, но при этом между зачатками нижних челюстей в срединном отделе остается слой соединительной ткани. В последующем продолжается формирование нижней челюсти из меккелевого хряща, который смещается книзу и позднее редуцируется (А.А.Колесов, 1970). В течение плодного периода нижняя челюсть становится костной, но даже у новорожденных ее развитие еще не закончено. Срастание двух половин нижней челюсти происходит к концу 2-го года жизни ребенка.

Таким образом, основу построения нижней челюсти составляет хрящ, что отличает ее от других костей лицевого скелета, а основные различия в описании развития касаются подбородочного и задних отделов нижней челюсти. Существующая разница в развитии разных отделов нижней челюсти может определять особенности клинического течения и лечения травматических повреждений, в частности переломов нижней челюсти.

М.А. Горай

ВИЗНАЧЕННЯ ЕСТРОГЕННОЇ НАСИЧЕНОСТІ ОРГАНІЗМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ МЕХАНІЧНУ ТРАВМУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Кафедра терапевтичної стоматології

(Науковий керівник – д.м.н., проф. В.М. Кулигіна)

Вінницький національний

медицинський університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Хронічна механічна травма – поширена причина пошкодження слизової оболонки порожнини рота. Основне значення в етіології та розвитку хронічних пошкоджень СОПР надається місцевим чинникам, серед яких виділяють: зруйновані коронки зубів, неякісно виготовлені незнімні і знімні протези, мінералізовані зубні відкладення, шкідливі звички тощо (Данилевський М.Ф., 2000). Представлені в літературі клінічні та експериментальні дані вказують також на зв'язок між рівнем полових стероїдних гормонів та змінами в слизовій оболонці порожнини рота.

Метою нашого дослідження є оцінка естрогенної насиченості організму хворих з хронічними механічними травмами слизової оболонки порожнини рота.

Матеріали і методи дослідження. Проведено обстеження 110 хворих на хронічну механічну травму та 30 здорових осіб контрольної групи з відсутністю ураження слизової оболонки, віком від 50 до 75 років, з них 35 осіб - з хронічною травматичною ерітемою, 13 - з декубітальними виразками, 19 - з хронічною травматичною ерозією, 40 - з лейкоплакією; 37 - з плоскою формою лейкоплакії, 6 - з верукозною. Показники якісного вмісту естрогенів в організмі визначали за ступенем кристалізації слини відповідно інформаційному листу «Діагностика естрогенної (андрогенної) насиченості організму за ступенем кристалізації слини при захворюваннях парадонта» протокол №1 від 05.02.1991р. Для цього стерильним шпателем брали слину з слиновивідного протоку білявушної слинної залози і наносили на предметне скло та розмішували в каплі фізіологічного розчину. Суміш обережно розподіляли по поверхні скла шпателем. Мазки висушували на повітрі при кімнатній температурі. Препарати вивчали під мікроскопом. Ступінь кристалізації оцінювали відповідно таблиці, та визначали: «+++» - нормальна, «++» - помірне порушення, «+» виражене порушення, «-» різко виражене порушення.