



У Зр 9,5 мм ТКД на місці закладки ПНЩСЗ, по обидва боки від зачатка язика, виявлено потовщення епітелію первинної ротової порожнини, так звані "епітеліальні пластинки". Первинна ротова порожнина, що оточує зачаток язика, на фронтальних зрізах має форму неправильної шліни. Вертикальний розмір первинної ротової порожнини становить 224 мкм; поперечний (між зачатками піднебіння) – 842 мкм.

Наприкінці зародкового періоду (13,0 мм ТКД) зачаток ПНЩСЗ має кулясто-овальну форму та представлений компактно розташованими клітинами кубічної форми. Розміри зачатка залози в описуваних зародків 45×50 мкм. Ріст зачатків ПНЩСЗ відбувається вглибину, спереду-назад і медіально.

На початку передплодового періоду онтогенезу людини (Пп 14,8–20,0 мм ТКД) зачаток ПНЩСЗ значно збільшується і набуває вигляду суцільного епітеліального тяжа з дещо потовщеним дистальним відділом. Довжина зачатка сягає 220 мкм, діаметр його проксимального відділу – 24 мкм, дистального – 36 мкм. Епітеліальні клітини зачатка залози розміщені компактно. Дистальне потовщення епітеліального зачатка представлене компактно розміщеними епітеліальними клітинами кубічної форми, які в Пп 7–8 тижнів ВУР активно проліферують.

В одному випадку спостереження Пп 16,5 мм ТКД епітеліальний зачаток залози, розміри якого значно збільшились (до 280 мкм) у довжину, а дистальний відділ помітно розширився (до 42 мкм) нами виявлено дихотомічне відгалуження від верхньої третини проксимального відділу епітеліального тяжа гілки, яка в своєму рості мала принципово інше спрямування, ніж увесь епітеліальний зачаток, а саме – спереду-назад і латерально. Ґрунтуючись на проведеному дослідженні, та з огляду на встановлений нами факт відмінного від напрямку росту основного епітеліального тяжа спрямування росту дихотомічно відгалуженої гілки, виявлений нами першочергово зачаток ПНЩСЗ ми схильні розцінювати як спільний епітеліальний зачаток для слинних двох залоз – піднижньощелепної та під'язикової, оскільки виявлене дихотомічне відгалуження відповідає в подальшому розвитку топографічному розміщенню під'язикової слинної залози.

Упродовж передплодового періоду із зачатком ПНЩСЗ відбувається ряд закономірних послідовних змін: формування чисельних епітеліальних тяжів II, III, IV порядку, як дихотомічних відгалужень від основного (головного) епітеліального зачатка; утворення порожнини (каналу) у головному епітеліальному зачатку та його галузях II–IV порядку; формування мезенхімної частини ПНЩСЗ з чітким відмежуванням її від сусідніх тканин.

Починаючи з Пп 32,0 мм ТКД і до 79,0 мм ТКД для зручності опису вважаємо за доцільне виділяти три частини зачатка ПНЩСЗ: початкову; горизонтальну; термінальну (дистальну). Перший дихотомічний поділ зачатка ПНЩСЗ відбувається на межі між другою (горизонтальною) і третьою (термінальною, кінцевою) частинами зачатка залози. Кінцеві відділи епітеліальних тяжів II порядку, в свою чергу, дихотомічно діляться на епітеліальні тяжі III-го та IV-го порядків. Встановлено, що в Пп 7–12 тижнів ВУР початкова і горизонтальна частини зачатка ПНЩСЗ відповідають формуванню піднижньощелепної протоки (*ductus submandibularis*), а термінальна (дистальна) – відповідає її секреторному відділу з формуванням у подальшому міжчасточкових, посмугованих і вставних проток.

Таким чином зачаток ПНЩСЗ формується наприкінці зародкового періоду в Зр 9,5–12,8 мм ТКД. Виявлений зачаток ми схильні розцінювати як спільний епітеліальний зачаток для двох слинних залоз – ПНЩСЗ та під'язикової, оскільки виявлене в Пп 16,5 мм ТКД дихотомічне відгалуження від епітеліального тяжа відповідає в подальшому розвитку топографічному розміщенню під'язикової слинної залози. У Пп людини наприкінці 12 тижнів ВУР початкова і горизонтальна частини зачатка ПНЩСЗ відповідають формуванню піднижньощелепної протоки, а термінальна (дистальна) – відповідає її секреторному відділу з формуванням у подальшому міжчасточкових, посмугованих і вставних проток.

Трифаненко С.І., Горницький Я.В.

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З УСКЛАДНЕНИМИ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Буковинський державний медичний університет*

В останні роки, незважаючи на застосування нових і вдосконалених методів лікування переломів нижньої щелепи, частота ускладнень коливається в межах від 10 до 30%. Це призводить до здовження термінів лікування, вторинного зміщення уламків, утворення несправжніх суглобів, які зумовлюють хірургічне втручання. Тому, одним із важливих аспектів при лікуванні переломів нижньої щелепи є оптимізація та стимуляція процесів репараційного остеогенезу.

Мета даної роботи: підвищити ефективність лікування хворих з переломами нижньої щелепи шляхом введення в ліній перелому збагаченої тромбоцитами плазми крові (ЗТП), як аутогенного джерела факторів росту.

Для вирішення поставлених завдань проведено комплексне клініко-лабораторне дослідження та диспансерне спостереження за 40 хворими з переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду та кута нижньої щелепи. Розподіл хворих з переломами нижньої щелепи, котрі мали ускладнений клінічний перебіг був проведений наступним чином: група А – 20 пацієнтів, котрим в ліній перелому вводили ЗТП крові; група В – 20 пацієнтів, котрим проводили традиційне лікування. Результати клінічних досліджень опрацювали за показниками загальної клінічних, рентгенологічних, біохімічних і лабораторних методів дослідження пацієнтів. Критеріями оцінки ефективності лікування хворих обох груп були дослідження клінічних показників (біль,



набряк, температура тіла, пальпація первинної кісткової мозолі), термін міжщелепної іммобілізації, тривалість стаціонарного лікування.

На момент припинення міжщелепної іммобілізації у хворих групи А, виявлено виражені рентгенологічні ознаки консолидації кісткових фрагментів: край кісткових фрагментів не чіткі, шліни перелому завуальована. У хворих групи В, всі ознаки загостря перелому були менш вираженими, у деяких пацієнтів відзначались ознаки крайового остеопорозу кісткових відламків та завуальованість ліній перелому. Дані про чітко ускладнені і терміни загальної непрацездатності свідчать на користь проведеного лікування в групі А, що виявлялось у прискоренні репараційних процесів, попередженні анкілозів після травматичних ускладнень, призначенні термінів реабілітації хворих, скороченні термінів непрацездатності на 3–4 дні. В групах А і В, термін лікування становили відповідно 18±0,1 та 24,9±0,1 ліжко днів.

Аналіз вивчених нами клінічних випадків показав, що висхіднок використання ЗТП есперіається тенденція до активнішого перебігу процесів консолидації відламків нижньої щелепи. Запропонований спосіб дозволяє отримати краще волі результати лікування, досягти активної й оптимізації остеогенезу після переломів нижньої щелепи з повноцінним відновленням пошкодженої кісткової тканини.