

При изучении данных ортопантомограмм, выявленные ранее формы хронического фиброзного периодонтита совпадали с данными изучения прицельных снимков и определялись у тех же 37 человек, а различия в рентгенологической картине между гранулёматозной и гранулирующей формой практически не выявлялось, при этом рентгенологический диагноз у всех 26 пациентов был – «хронический гранулёматозный периодонтит».

Оценка результатов изучения данных конусно-лучевой компьютерной томографии позволила выявить следующее: из 37 человек с ранее установленным диагнозом хронический фиброзный периодонтит, диагноз уточнён, и у 23 пациентов был выявлен хронический гранулёматозный периодонтит. Особенностью выявления являлось то, что очаг разряжения костной ткани, характерный для рентгенологической картины хронического гранулёматозного периодонтита локализовались за, либо между корнями зубов и на денальных снимках и ортопантомограммах не определялись. Изучение данных конусно-лучевой компьютерной томографии у пациентов с ранее диагностированной хронической формой гранулирующего периодонтита, позволило выявить следующее: нарушение непрерывности костной ткани в проекцию преддверия полости рта, нёба либо язычную сторону выявлялась лишь у 3 человек из 9, т.е. у 6 был хронический гранулёматозный периодонтит.

Примечательно, что такие уточнения в рентгенологическом диагнозе, касались зубов, как с различным качеством пломбировки корневых каналов, так и без таковой. Таким образом, приведённые данные свидетельствуют о том, что в настоящее время конусно-лучевая компьютерная томография является самым объективным методом лучевого исследования, позволяющим, не только выявить наличие хронического периодонтита, но и дифференцировать его формы.



УДК 617.53-006.2

*П. І. Ткаченко, д. мед. н., І. І. Старченко, д. мед. н.,  
С. О. Білоконь, к. мед. н., О. М. Черніков, О. О. Павлюков*

Вищий державний заклад України “Українська медична стоматологічна академія”

### **ЕМБРИОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ КІСТ ШИЇ**

На теперішній час загальновізнано, що кісти шиї являються наслідками ембріональної дисплазії, найчастіше виявляючись у дітей 4-7 років, хоча мають місце відомості про переважну зустрічаємість цих пухлиноподібних утворень у 10-14-річних пацієнтів в період вікової гормональної перебудови їх організму.

Враховуючи дискусійність питання про джерела розвитку даної патології, нами проведено власне дослідження з метою співставлення існуючих точок зору з особистими напрацюваннями в цьому напрямку.

В ході дослідження проведено ретельний аналіз фундаментальних наукових праць і публікацій в періодичних виданнях стосовно зазначених питань. На епоксидних шліфах, виготовлених за власними методиками, вивчено морфологічну структуру язика ембріонів людини на 18-20 тижнях гестації, а з описовою метою оглянуто 10 макропрепаратів язика людини у зазначений період внутрішньоутробного розвитку, отриманих після штучного переривання вагітності за соціальними показаннями.

Таким чином, згідно літературних даних, вперше розділення кіст шиї за локалізацією на серединні та бокові зробив у 1848 р. анатом Luschka. В 1885 р. Ніс на підставі анатомічних досліджень пов'язав походження серединних кіст шиї (СКШ) з щито-язичною протокою (ЩЯП). Натомість Р. І. Венгловський (1909) стверджував, що зазвичай після народження дитини замість ЩЯП зберігається тільки сполучнотканинний тяж, спрямований від сліпого отвору язика до під'язикової кістки (ПЯК). На його думку, в процесі ембріогенеза зобно-глоткова протока (ЗГП) до 3-го місяця зародкового життя захоплює за собою глотковий епітелій й частинки щитоподібної залози (ЩПЗ) в ділянку тіла ПЯК, що і є субстратом для утворення СКШ.

Як зазначається в літературі, сама щито-язична протока (протока Бохдалека) формується з середньої частини зачатка ЩПЗ, яка виникає на 3-4-му тижні вагітності біля кореня язика випинанням вентральної стінки глотки між I та II парами зябрових кишень. З'єднуючи тиреоїдний зачаток з язиком, ЩЯП по мірі росту в довжину стоншується, а на 5-8 тижні ембріогенезу її просвіт облітерується, епітелізується і фрагментується різними способами. Дистальний кінець ЩЯП зберігається, на 8-му тижні ембріогенезу диференціюючись в тиреоїдну тканину, роздвоюється (на рівні III-IV пар зябрових кишень), даючи початок правій та лівій долям щитоподібної залози. Інколи він варіює за формою, розташуванням або відповідає місцю прикріплення у ЩПЗ її пірамідального відростка. Краніальна частина ЩЯП залишається прикріпленою до язика, утворюючи язичну протоку, оральним кінцем якої є *foramen coecum* язика. Однак, майже у 50,0 % ембріонів язична протока зникає взагалі, і тоді сліпий отвір не може бути ідентифікованим.

Загалом, визначаючи варіабельність термінів облітерації ЩЯП, всі дослідники дотримуються думки, що в нормі вона редукується до кінця внутрішньоутробного періоду розвитку людини, а інколи навколо місця її прикріплення (недалеко від сліпого отвору) в товщі язика може розвиватися невелика ділянка тканини ЩПЗ.

В теперішній час в генезі бічних кіст шиї вчені надають значення залишкам зобно-глоткової протоки, що, починаючись з третьої внутрішньої борозни на бічній стінці глотки, прямує косо за грудину, а на її нижньому кінці розвивається вилокочова (зобна) залоза. ЗГП зазвичай редукується на 2-му місяці розвитку ембріона. Р. І. Венгловський в своїх дослідженнях її залишки на шляху від глотки до грудини знайшов у 14 % всіх обстежених ним трупів.

Згідно результатів наших досліджень, на 18-20 тижнях ембріогенезу у всіх спостереженнях краніальна частина щито-язичної протоки повністю не облітеровувалася, хоча мала ознаки інтенсивної епітелізації. При цьому сліпий отвір у зазначений період у всіх макропрепаратах мав вигляд незначного втягнення тканин без чітких меж.

Резюмуючи, зазначимо, що на сучасному етапі розвитку медичної науки переважна більшість науковців єдина в думці, що щито-язична та зобно-глоткова протоки в постнатальному періоді можуть місцями зберегтися у вигляді епітеліальних ходів, ставши причиною виникнення кіст шиї, а результати нашого морфологічного дослідження засвідчили процеси епітелізації просвіту ЩЯП на 18-20 тижнях ембріонального розвитку із повною облітерацією її каудального краю в ділянці сліпого отвору язика в цей термін гестації.



УДК 616.314-007-77

*О. О. Фастовець, д. мед. н., А. Є. Крижановський*

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

### **ВПЛИВ АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА НА УСПІШНІСТЬ ПРОТЕЗУВАННЯ ХВОРИХ З ПОВНОЮ АДЕНТІЄЮ**

Значна поширеність повної відсутності зубів серед населення України зумовлює актуальність проблеми вдосконалення методик повного знімного протезування. На наш погляд, натеper складності реабілітації зазначеного контингенту хворих пов'язані з неможливістю забезпечення ефективності ортопедичного лікування тільки шляхом застосування сучасних технологій виготовлення зубних протезів, а й необхідністю забезпечення якісного визначення індивідуальних характеристик функціонування щелепно-лицевих органів у комплексі з ортопедичними конструкціями. В зв'язку з цим, мета представленого дослідження – оцінити вплив анатомо-топографічних особливостей протезного ложа на успішність протезування хворих з повною відсутністю зубів.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами проведено скрінінг-дослідження стану тканин протезного ложа серед 150 хворих з повною відсутністю зубів, що звернулися з метою повторного протезування. Серед обстежених було 96 жінок та 54 чоловіки віком від 52 до 85 років (середній вік об-