

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-

стежених склав $62,0 \pm 1,0$ років). Всім хворим у різний термін виготовляли повні знімні протези з жорстким базисом з акрилової пластмаси «Фторакс», використовуючи постановку штучних зубів в артикуляторі.

Дослідження анатомо-топографічних особливостей порожнини рота відбувалось шляхом внутрішньоротового огляду та вивчення діагностичних моделей. Виразність факторів анатомічної ретенції, ступінь атрофії верхньої та нижньої щелеп, а також їх тип визначали за класифікаціями Шредера та Келера. Оцінювали інтенсивність і локалізацію атрофічних процесів тканин протезного ложа, характер атрофії, наявність екзостозів, відзначали стан слизової оболонки (гіперемія, набряк, рухомі слизові тяжі), а також клас слизової за Супле. Здійснювали аналіз стану ортопедичних конструкцій, виготовлених раніш, при цьому фіксували зниження міжальвеолярної висоти, починки та перебезування протезів, стирання штучних зубів, порушення меж протеза. Вивчались тривалість та особливості користування протезами, зокрема суб'єктивна і об'єктивна оцінка їхньої фіксації, а також кількість пластинкових знімних протезів в анамнезі.

Отримані дані обробляли методами варіаційної статистики із застосуванням програмного засобу MS Excel 2003.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно отриманих даних встановлено, що у $90,0 \pm 2,4$ % обстежених хворих, які потребували повторного протезування, анатомо-топографічні умови на верхній щелепі можна охарактеризувати як задовільні (I-II тип за Шредером). Наявність торусу великого розміру встановлена лише у $4,6 \pm 1,5$ % хворих.

Навпаки, для нижньої щелепи добрі в прогнозі клінічні умови для протезування були діагностовані лише у $20,0 \pm 3,2$ % випадків. Мала площа протезного ложа нижньої щелепи у поєднанні з відсутністю умов анатомічної ретенції робили неможливим створення задовільної фіксації та стабілізації протеза на нижній щелепі. При цьому у $77,5 \pm 3,4$ % осіб з несприятливими умовами протезування нижньої щелепи спостерігали рівномірну атрофію альвеолярного відростка (II тип за Келером), у решти – нерівномірну (у фронтальному відділі – $4,2 \pm 1,6$ % (IV тип), у боковому – $18,3 \pm 3,1$ % (II тип)). Несприятливу конфігурацію альвеолярного відростка нижньої щелепи погіршували екзостози та загострення краю внутрішньої косої лінії, що спостерігалися у $37,0 \pm 3,9$ % хворих.

Таким чином, у переважній кількості випадків клінічні умови протезування на верхній щелепі кращі, ніж на нижній. Дана обставина вказує, по-перше, на порушення технології виготовлення протезів на верхню щелепу, що у $10,7 \pm 2,5$ % випадків, за нашими спостереженнями, мають погану фіксацію на тлі добрих анатомо-топографічних умов протезування, по-друге, вихідну складність протезування нижніх беззубих щелеп.

Визначення серед дослідних хворих стану слизової оболонки дозволило діагностувати переважання її нормальної податливості, що відповідає I класу за Супле ($37,0 \pm 4,0$ %). Слизова, що відноситься до II класу за Супле, спостерігалась у $28,4 \pm 3,7$ % випадків, III класу – у $13,3 \pm 2,7$ % спостережень, IV класу – у $21,3 \pm 3,3$ % хворих. Малоідатлива слизова оболонка протезного ложа у сукупності з вираженою атрофією альвеолярних відростків, переважно на нижній щелепі, створювала несприятливі для протезування умови. При цьому у більшості осіб віком старше 60 років ($70,0 \pm 3,7$ %) слизова оболонка мала схильність до травмування, потоншення, атрофії.

Надалі, нами встановлений прямий кореляційний зв'язок між терміном користування повними знімними протезами і атрофією тканин протезного ложа ($r=0,58$, $p<0,05$). Зрозуміло, що якість фіксації протезів з часом достовірно погіршувалася та спричинювала повторне звернення. Однак нами встановлено, що в низки хворих фіксація протезів не являлася задовільною і протягом першого і подальших трьох років користування ними. Саме такі випадки, частка яких згідно наших досліджень, становила $18,0 \pm 3,1$ % від всіх взятих до спостереження, складають проблему неякісного функціонального відбитка, який з одного боку не дозволяє отримати якісну фіксацію протеза, з іншого – за рахунок нерівномірного розподілу жувального тиску прискорює атрофічні явища, що підтверджується наступним.

Згідно наших спостережень $20,6 \pm 3,3$ % хворих користувалися попередніми конструкціями терміном лише до 1 року, $14,0 \pm 2,8$ % – 1-3 роки, решта $65,4 \pm 3,9$ % – більше 3 років. Отримані дані вказують на те, що протягом першого року хворі звертаються за повторним протезуванням частіше ніж, чим при використанні протеза протягом наступних 3 років ($p<0,05$). Треба також зазначити різні причини повторного протезування для хворих, що звернулися у різний термін. Головною причиною неможливості користування повними знімними протезами протягом першого року була їхня незадовільна фіксація, пов'язана з невідповідністю внутрішньої поверхні базисів рельєфу протезного ложа. Тоді як для осіб, що користувалися повними знімними протезами протягом 3 років, необхідність заміни протезів була обумовлена частими поломками ($71,4 \pm 3,6$ %), і лише в $23,8 \pm 3,4$ % була пов'язана

із порушенням фіксації протезів. В свою чергу, через 3 роки користування протезами потреба у повторному протезуванні в $54,0 \pm 4,0$ % випадків спричинена атрофією тканин протезного ложа, звідси незадовільною фіксацією, в $5,1 \pm 1,6$ % – частими поломками та перебазуванням, а в $40,9 \pm 4,0$ % – порушенням протезів, пов'язаних зі стиранням штучних зубів.

Зазначимо, що більшість хворих ($58,0 \pm 4,0$ %) звернулися з метою повторного виготовлення знімних пластинкових конструкцій вперше; $0,06 \pm 0,02$ % хворих виготовляли подібні протези більше 3 разів. Слід звернути увагу, що між кількістю протезувань та терміном звернення за повторним протезуванням зареєстрований середній за силою кореляційний зв'язок ($r=0,48$, $p<0,05$), що вказує на взаємозалежність цих показників, тобто неякісне виготовлення протезів спонукає багаторазове звернення пацієнтів через короткий термін.

Висновки. За результатами проведеного дослідження нами доведено, що на успішність протезування хворих з повною відсутністю зубів в більшій мірі впливають не стільки вихідні умови протезування, пов'язані з особливостями будови органів ротової порожнини, скільки адекватність лікарських маніпуляцій, зокрема якість отриманих відбитків, що здатна забезпечити максимальне точне відтворення індивідуального рельєфу тканин протезного ложа, яке в подальшому забезпечує фіксацію виготовленого протезу, а також запобігає атрофічним процесам, що відбуваються в ділянці верхівки альвеолярної частини щелеп та обумовлені нерівномірним розподілом жувального навантаження.



УДК 616. 314.17-036-089.23:519.85

О. О. Фастовець, д. мед. н., Р. Ю. Матвєєнко

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

КЛІНІЧНА ОЦІНКА УСПІШНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КАПИ-ПРОТЕЗА В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У НАЙБЛИЖЧІЙ ТЕРМІН СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Відомо, що вторинна травматична оклюзія спостерігається при зниженні здатності до адаптації тканин пародонта внаслідок запально-дистрофічних процесів, що відбуваються при генералізованому пародонтиті, та здатна призвести до прискорення втрати кісткової маси. При цьому сучасне уявлення механізму розвитку патологічних змін в тканинах пародонта під дією оклюзійного фактору представляється наступним чином. Внаслідок надмірного механічного напруження, зумовленого гіпероклюзією, виникає порушення періодонтальної зв'язки, яке супроводжується виробленням у тканинах пародонта хемокінів, пов'язаних з остеокластогенезом, в результаті чого активується хемотаксис і остеокластогенез. Крім того, клітини періодонтальної зв'язки здатні не тільки підтримувати остеокластогенез через міжклітинні контакти, а й інгібувати утворення тартрат-резистентної кислоти фосфатази TRAP-позитивними багатоядерними клітинами шляхом продукції розчинного фактора.

Найбільш часто травматична оклюзія у хворих на генералізований пародонтит виникає внаслідок втрати зубів та пов'язаних з нею деформаціями зубних рядів. Виходячи з вищезазначеного, усунення вторинної травматичної оклюзії від початку лікування генералізованого пародонтиту, ускладненого дефектами зубних рядів, здатне вплинути на активність процесів формування і резорбції кісткової складової пародонта, а отже на перебіг пародонтиту. Виходячи з вищесказаного, використання запропонованої нами капи-протеза, яка дозволяє не тільки шинування збережених зубів, але й першочергове усунення травматичної оклюзії шляхом відновлення дефектів зубних рядів, здатне підвищити ефективність комплексного лікування захворювання.

Капа-протез виготовляється комбінованою зі з'єднаних між собою компресійним пресуванням каркасу, який покриває збережені зуби та створюється методом вакуумного формування з термопластичного матеріалу, зокрема комбінованої пластини Pro-form Duals виробництва Dental Resources, а також базисів сидел з акрилової пластмаси і штучних пластмасових зубів, що відновлюють дефекти зубних рядів.