



Одеський національний медичний університет

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
З ВСЕУКРАЇНСЬКОЮ УЧАСТЮ,  
присвячена 65-річчю  
від дня заснування стоматологічного  
факультету ОНМедУ

# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТОМАТОЛОГІЇ

19 вересня 2023 року  
Тези доповідей



Одеський національний медичний університет

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З  
ВСЕУКРАЇНСЬКОЮ УЧАСТЮ,  
присвячена 65-річчю від дня заснування  
стоматологічного факультету ОНМедУ

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТОМАТОЛОГІЇ**

19 вересня 2023 року

Тези доповідей

УДК 616.31 (477.7425) (043.2)

***Головний редактор:***

ректор, академік НАМН України,  
професор Валерій ЗАПОРОЖАН

***Заступник голови:***

декан стоматологічного факультету,  
доцент Володимир ВАЛЬДА

***Редакційна колегія:***

професор Станіслав ШНАЙДЕР  
професор Василь СКИБА  
професор Анатолій ГУЛЮК  
професор Володимир ГОРОХІВСЬКИЙ  
професор Павло РОЖКО  
професор Оксана ДЄНЬГА  
професор Сергій ПУХЛІК  
професор Анастасія ДЄНЬГА

***Технічні секретарі:***

Тетяна ПРИБОЛОВЕЦЬ  
Владислав ЛИСЕНКО

Актуальні питання стоматології: наук.-практ. конф. з всеукраїнською участю, присвячена 65-річчю від дня заснування стоматологічного факультету ОНМедУ. Одеса, 19 вересня 2023 року: тези доп. - Електронне видання. - Одеса: ОНМедУ, 2023, - 105 с.

У тезах доповідей всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 65-річчю від дня заснування стоматологічного факультету ОНМедУ, наведено матеріали учасників зібрання, а також іменний покажчик доповідачів.

**УДК 616.31 (477.7425) (043.2)**

**Висновок.** Наприклад, всі типи раку шкіри підлягають хірургічному, комбінованому або комплексному лікуванню. Тому правильний і швидкий вибір способу лікування повинен бути спланованим і від своєчасного використання способу лікування залежить не тільки ефективність його але і життя хворого, особливо з меланомою.

### **Анатомічні та фізіологічні особливості будови ротоглотки в розрізі частоти розвитку злоякісних їх захворювань**

**Євчев Ф.Д. Пухлік С. М., Вальда В.В., Пилипюк М.В., Євчева А.Ф.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** У зв'язку з тим, що лікуванням хворобі ротоглотки займаються сьогодні оториноларингологи і стоматологи, то потрібно добре знати анатомію і фізіологію органів ротоглотки.

**Ціль роботи** – показати практичне і фізіологічне значення анатомічних структур ротоглотки у здорової людини.

**Матеріал та методи.** Так, у житті ротова порожнина використовується для прийому їжі, для утворення звуків і для дихання. Ротова порожнина обмежена з боків щоками, зверху твердим піднебінням і частково м'яким, знизу - язиком і м'язово-перетинчастою стінкою, що йде від нижньої щелепи до під'язикової кістки. Ротова порожнина має отвори: передній утворений губами, задній, так званий *isthmus faucium* з'єднує ротову порожнину з глоткою. Цей задній отвір утворений піднебінними дугами (*arcus palato-glossus* і *palato-pharyngeus*), що йдуть від язичка (*uvula*) вниз до кореня язика. Ротова порожнина підково подібно зімкнута верхньою і нижньою щелепою ділиться на дві нерівні частини: 1) менший, розташований спереду і зовні і від альвеолярного краю (*gum*, зубів — пристінок (*vestibule oris*), і 2) більший – всередині від зубів, власне ротової порожнини (*cavum oris*); обидві частини з'єднуються між собою через щілину між заднім краєм і коронарними відростками нижньої щелепи.

Щічні і губні ділянки вистелені слизовою оболонкою, яка переходить на альвеолярні відростки верхньої і нижньої щелепи і утворює ясна (*gingivae*).

Слизова оболонка через щілини між зубами переходить на тверде піднебіння, язик та зливається зі слизовою оболонкою зіву і глотки. На середині верхньої і нижньої губи слизова оболонка утворює складку (вездечку) - *frenulum labii superioris et inferioris*.

На рівні другого великого корінного зуба верхньої щелепи в слизову оболонку щоки відкривається вивідний проток привушної залози (*ductus stenoianus*).

Слизова оболонка ротової порожнини вкрита багат шаровим плоским неороговілим епітелієм і багата слизовими залозами ацинозної структури, видільні отвори яких мають вигляд точок. Слизова оболонка ротової порожнини на різних ділянках має неоднакову щільність. Кісткова частина твердого піднебіння вкрита слизовою оболонкою настільки щільною, особливо по краях, що може замінити кісткову її частину, якщо видалити тверде піднебіння.

М'яке піднебіння є продовженням твердого піднебіння, воно утворює рухому перегородку між ротовою порожниною і глоткою. У піднебінній завісі виділяється язичок і бічні дужки. Язичок, яка лежить по середній лінії, має конічну форму. З кожного боку є по чотири дужки :по дві дужки з кожної сторони: одна передня, інша задня. Між передньою і задньою дужками знаходиться тонзиллярна область - *regio tonsillaris*. М'язів в м'якому піднебінні 10, по 5 з кожного боку. По середній лінії м'якого піднебіння лежить непарний м'яз - *m. azygos uvulae*, один кінець прикріплений до *spina nasalis posterior*, а інший закінчується вільно на нижньому краю язичка. М'яз, що напружує піднебінну завісу (*m. tensor veli palatini*), йде від основної кістки до заднього кінця твердого піднебіння, переплітаючись з сухожиллями протилежної сторони і утворюючи апоневроз м'якого піднебіння.

М'яз, яка піднімає м'яке піднебіння (*m. levator veli palatini*), починається з області євстахієвої труби і прикріплюється до апоневрозу м'якого піднебіння.

Нижня стінка ротової порожнини - це язик, який заповнює практично всю ротову порожнину зімкнутими щелепами; Він служить органом смаку, мови і бере участь в актах смоктання, жування і ковтання.

У язика визначають рухому частину, або сам язик, і нерухомою його частиною - коренем. Корінь язика складається з парних м'язів: *m. genio-glossus* і *m. hyo-glossus*. *M. genioglossus* розташовується в товщі язика і прикріплюється до нижньої щелепи (*spina mentalis interna*). *Musculus hyo-glossus* прикріплюється, як випливає з назви, до під'язикової кістки (*os hyoideum*). Цей м'яз піднімає під'язикову кістку і одночасно гортань, що використовується при ларингоскопії. Респіраторний рефлекс викликається розтягуванням язика, яке використовується під час наркозу або при допомозі потонулим.

До складу язика також входять м'язи *stylo-glossus*, *palatoglossus* і *pharyngo-glossus*, які пов'язують його з сусідніми анатомічними утвореннями, а також власні м'язи язика, що починаються і закінчуються в його товщі: парні *m. lingualis transversus* і *unpaired — t. lingualis longitudinalis*.

На глотковій частині язика (корені язика) лежить так звана четверта мигдалина, особливо розвинена у дітей. Іннервація четвертого мигдалеподібного тіла відбувається з трійчастого, глософарингеального, блукаючого, під'язикового і верхнього шийного симпатичного стовбура (М. Ф. Багрянська). Четверта мигдалеподібне тіло іноді є джерелом рефлексорних неврозів.

**Результати та обговорення.** Межею між ротовою і глотковою частинами язика є великі, укладені валиком, смакові сосочки, розташовані у вигляді літери V (*papillae circumvalatae*). За трикутником, утвореним цими смаковими сосочками, лежить *foramen coecum* у вигляді неглибокої ямки або сліпого мішечка – облітерованої протоки *thyreo-glossus*. Уся поверхня язика вкрита незліченними ниткоподібними сосочками (*papillae filiformes*), що надають язика шорсткий вигляд; Між ними є грибоподібні, а також смакові сосочки (*papillae fungiformes*). З боків язика розташовані *papillae foliatae* Язик і дно ротової порожнини з'єднані загальною слизовою оболонкою.

Слизова оболонка основи язика з'єднана з надгортанником трьома складками (*plicae glosso-epiglotticae*); між цими складками знаходяться заглиблення *valleculae*, в яких часто застряють чужорідні тіла.

Нижня частина язика з'єднується з дном ротової порожнини за допомогою вуздечки язика - *frenulum linguae*. По обидва боки вуздечки є горбок з крихітним круглим отвором на верхівці - виходом вартонової протоки підщелепної слинної залози (*ductus Warthonianus gl. submaxillaris*). Сама підщелепна залоза лежить під *m. mylo-hyoideus*. Над цим м'язом під слизовою оболонкою поруч з вивідною протокою *gl. submaxillaris* лежить під'язикова залоза (*gl. sublingualis*), яка виступає слизовою оболонкою у вигляді *plica sublingualis*, де відкриваються вивідні протоки цієї залози.

У слинних залозах через випадання солей іноді утворюються так звані «слинні» камені, що перешкоджають витоку слини. При неможливості мимовільного виділення слини камінь слід видалити хірургічним шляхом.

Зуби. Розвиток зубів починається на 38-40-й день ембріонального життя.

Зуби бувають молочними і постійними. Молочних зубів - 20; Прорізаються вони в наступному порядку: центральні різці - на 6-8-му місяці життя малюка, бічні різці - на 8-12-му місяці. Перші молочні моляри - 12-16 міс, ікла - на 16 - 20-му міс, другі молочні моляри - на 20-30-й, місяць. Прорізування молочних зубів закінчується до 3-го року життя. Іноді нижні різці існують вже при народженні. Їх слід видалити, так як вони можуть травмувати сосок при грудному вигодовуванні.

Прорізування зубів полягає в поступовій появі зубної коронки над поверхнею ясен. Першими прорізаються нижні різці, потім верхні. Коли зуб прорізується, слизова оболонка ясен поступово стоншується. Прорізування зубів супроводжується у дітей бажанням кусати тверді предмети, іноді «слиновиділенням». При рахіті прорізування зубів дещо затримується.

Постійних зубів 32: 8 різців, 4 ікла, 8 дрібних корінних зубів і 12 великих корінних зубів. Друге прорізування починається на 7-й рік, триває до 13-14 років. Зуби мудрості прорізаються в 18-20-й рік. Іноді прорізування цих зубів

затримується (ретенція). Крім того, найчастіше затримується виверження іклів і бічних різців.

Верхня зубна дуга зазвичай більша і ширша за нижню, а коли передні зуби змикаються, вони прикривають нижні. Верхній і нижній ряд зубів торкаються. У дитини можуть розвинутися аномалії артикуляції у вигляді випинання верхньої або нижньої щелепи (прогнатизм и прогенизм). Серед ряду причин, що впливають на аномалію розвитку зубної системи, слід зазначити, що порушується носове дихання.

Васкуляризація рота і мова. У м'язах і слизовій оболонці піднебіння відгалужується а. pterygo-palatina от а. maxillaris internaе. Артерія, яка супроводжується нервом, виходить з крило-піднебінної ямки і через отвір palatinum posterius, розташований на межі твердого і м'якого піднебіння, спрямована ззаду паралельно коміркового краю верхньої щелепи до foramen palatinum posterius. Під час операцій (уранопластики, вирізання клаптя слизової оболонки твердого піднебіння) необхідно зберегти а. palatina, щоб не виник некроз лоскоту. З інших судин слід звернути увагу на а. pharyngo-palatina, що походить від а. maxillaris internaе, і а. pharyngea ascendens.

Язик кровопостачається язичною артерією від а. Carotis externaе. Венозна кров ротової порожнини впадає в систему v. facialis і в v. jugularis interna.

Лімфатичні судини впадають в глибокі шийні лімфовузли, підборідні і підщелепні. Лімфатичні судини язика широко анастомозують один з одним. При патологічних процесах однієї сторони в процес можуть втягуватися лімфатичні вузли іншої сторони.

**Висновки.** Ми пов'язали розвиток злоякісного ураження анатомічних утворень ротоглотки з дуже інтересним (цікавими) і маючи велике клінічне та практичне значення, і тому було прийнято рішення виділити, тобто описати і показати окремим повідомленням. Інше повідомлення показано в тезису яке зветься «клінічна симптоматика та лікування злоякісних новоутворень ротоглотки».