

# МАКРОМИКРОСКОПИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ НЕРВОВ НЕКОТОРЫХ МЫШЦ ДНА ПОЛОСТИ РТА У ЧЕЛОВЕКА

*А.С. Кулиш, Л. В. Измайлова, С. А. Кулиш*

*Харьковский национальный медицинский университет, Украина*

Вопросы возрастной и индивидуальной изменчивости анатомических образований различных областей тела человека в норме и под воздействием различных факторов среды обитания были и остаются актуальными в наши дни. С этой точки зрения анатомия дна полости рта, представляющего собой сложную систему костных, фасциальных и мышечных образований, тесно связанных топографически и функционально с зубочелюстным аппаратом может представлять определенный практический интерес. В частности, при нередко возникающих осложнениях заболеваний зубов и зубных органов, таких как периодонтиты, остеомиелиты, флегмоны и т.п. патологический процесс достаточно часто распространяется и на область дна ротовой полости. Представляют интерес исследования топографо-функциональных связей нервов и сосудов с мышцами и другими образованиями области дна полости рта с целью изучения путей распространения инфекций в этой области. Этими путями могут служить не только межмышечные и межфасциальные щели, но и параневральные и периваскулярные пространства. Кроме того, знание деталей иннервации и кровоснабжения мышц дна полости рта может служить основанием для разработки наиболее рациональных оперативных доступов и приемов при производстве миопластических операций в этой области. Имеющиеся сведения об иннервации и кровоснабжении мышц дна полости рта у человека не в полной мере удовлетворяют запросы современной челюстно-лицевой хирургии, что предопределило задачи данного исследования. В настоящем сообщении мы представляем материалы исследования топографии челюстно-подъязычной ветви нижнего луночкового нерва и особенностей распределения ее ветвей в толще челюстно-подъязычной и переднего брюшка двубрюшной мышц.

Материалом для исследования послужили комплексные двусторонние препараты нервов мышц дна ротовой полости из музея кафедры анатомии человека ХНМУ (10), а также препараты от 14 трупов людей обоего пола и различного возраста. В работе использованы методы макромикроскопического препарирования по Воробьеву-Синельникову и электрокраски нервов.

Согласно современным представлениям основной органообразующей мышцей дна полости рта человека является челюстно-подъязычная мышца. На всех изученных нами препаратах челюстно-подъязычная мышца получает ветви от челюстно-подъязычного нерва, который формируется от нижнего альвеолярного нерва. Топография уровней его формирования изменчива. На препаратах от людей зрелого возраста наиболее часто (64,5%) нерв формируется на уровне нижнечелюстного отверстия, выше отверстия на расстоянии 5-18 мм (22,9%) и 12,6% – от внутриканальной части нижнего альвеолярного нерва в 6-12мм ниже нижнего края отверстия. В этих случаях

нерв «возвращается» из нижнечелюстного канала и выходит через его отверстие на медиальной поверхности ветви нижней челюсти позади язычка.

После отделения нерв прилежит к внутренней поверхности ветви нижней челюсти, при этом у плодов и новорожденных он располагается практически параллельно к краю нижней челюсти; у детей, вследствие формирования альвеолярных отростков и зубов, между нервом и краем челюсти появляется небольшой угол, который у людей зрелого возраста достигает 40-45°. В пожилом возрасте указанный угол, в связи с выпадением зубов и атрофией альвеолярных отростков этот угол уменьшается до 30-35°. Располагаясь в одноименной борозде ветви нижней челюсти нерв прилежит к наружной поверхности медиальной крыловидной мышцы и это позволило нам выделить во внеорганной (внемышечной) части нерва три топографических отдела по отношению к данной мышце. Первый отдел простирается от места формирования нерва до уровня заднего края мышцы, второй – соответствует ширине медиальной крыловидной мышцы, третий – от переднего края мышцы до места вступления в «ворота» челюстно-подъязычной мышцы и переднего брюшка двубрюшной мышцы. В этом отделе ствол нерва смещается медиально и на уровне заднего края челюстно-подъязычной мышцы разделяется на концевые ветви. Указанные особенности топографии внемышечной части челюстно-подъязычного нерва могут представлять определенный практический интерес при выполнении мандибулярной анестезии внеротовым путем.

Челюстно-подъязычный нерв в пределах поднижнечелюстного треугольника делится на 3-10 первичных ветвей. Большая часть этих ветвей (3-8) погружались в толщу челюстно-подъязычной мышцы брюшка вблизи его бокового края со стороны нижней поверхности, 1-2 первичных стволика направлялись к переднему брюшку двубрюшной мышцы. Каждая из первичных ветвей при погружении в толщу челюстно-подъязычной мышцы разделяется на стволики II-III порядков направляющихся в сторону срединного шва, располагаясь параллельно или под острыми углами (от 10° до 70°) к направлению мышечных пучков. Внутриорганные нервные ветви распространяются как в поверхностном, так и в глубоких слоях мышцы. Между внутримышечными стволиками наблюдаются тонкие соединения в виде дуг и петель, соединяющих разветвления нервов, как пределах одного слоя, так между слоями. Внутримышечные разветвления нервов распределяются по смешанной или рассыпной форме. Зона наибольшей концентрации интраорганных нервов расположена в пределах средней трети мышцы. В топографии внутримышечных ветвей на всех препаратах отмечается асимметрия.

К переднему брюшку двубрюшной мышцы направляется 1 (90,1% препаратов), реже 2 нервных стволика от челюстно-подъязычного нерва. Этот стволик всегда крупнее стволиков направляющихся к челюстно-подъязычной мышце. Нервы внедряются в толщу мышцы в пределах средней трети брюшка со стороны верхней поверхности, смежной с челюстно-подъязычной мышцей. Внутриорганные нервные стволики II, III и последующих порядков

распределяются в переднем направлении, преимущественно параллельно мышечным пучкам по смешанной или рассыпной форме.

В литературе недостаточно внимания уделено вопросам соотношения формы нижней челюсти с формой мышц дна полости рта и характера распределения интраорганных нервов, что может иметь определенное значение для практики. Анализ наших препаратов показал, что форма нижней челюсти определяет форму изученных мышц, а наблюдаемые формы распределения внутриорганных нервов в челюстно-подъязычной мышце и переднем брюшке двубрюшной мышцы зависят от формы нижней челюсти. Так, при узкой форме нижней челюсти указанные мышцы имеют узкую форму. Степень расхождения ветвей челюстно-подъязычного нерва на этих препаратах сравнительно небольшая и колеблется от  $10^{\circ}$  до  $40^{\circ}$ , а форма распределения внутримышечных нервов – преимущественно смешанная. При широкой форме челюсти эти мышцы соответственно широкие при соизмеримых показателях длины с таковой у лиц с узкой формой челюсти. Степень расхождения ветвей челюстно-подъязычного нерва в этих случаях более значительная и составляет  $40^{\circ}$  –  $70^{\circ}$ .

Таким образом, уровень формирования челюстно-подъязычного нерва изменчив, мы установили три уровня его формирования. В топографии челюстно-подъязычного нерва мы выделяем три отдела по отношению к медиальной крыловидной мышце: 1 – верхний от начала до уровня заднего края этой мышцы; 2 – на уровне ее брюшка; 3 – ниже переднего края мышцы до концевых разветвлений, располагающихся на уровне нижнего края тела нижней челюсти. Источником иннервации челюстно-подъязычной мышцы и переднего брюшка двубрюшной мышцы является челюстно-подъязычная ветвь нижнего альвеолярного нерва. Внутриорганный распределение ветвей челюстно-подъязычного нерва в толще изученных мышц происходит преимущественно по рассыпной и смешанной формам и отличается значительной вариабельностью. В толще мышц нервные стволы располагаются параллельно мышечным пучкам или пересекают их под острыми углами. Между внутримышечными нервами наблюдаются связи в виде дуг и петель, связывающих разветвления нервов в различных слоях.

## **ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ СРЕДИ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

***С. В. Куницкая\**, *С. В. Сергеенко\*\****

*\*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*\*\*ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»*

Актуальность. Инъекционное употребление наркотиков является рискованной формой поведения, способствующей распространению парентеральных вирусных инфекций.