

5. Калачев Б.Ф. История развития законодательства России в сфере противодействия незаконному обороту наркотиков и злоупотреблению ими / Б.Ф. Калачев, А.Н. Сергеев // - 2000. - 580 с.
6. Калачев Б. Ф. Новая «опиумная война» в Афганистане / Б.Ф. Калачев // - Наркоконтроль. - 2009. - № 4. - С. 8–14.
7. Калачев Б.Ф. Российская империя против наркотиков / Б. Ф. Калачев // Век глобализации. - 2012. - №1. - С.161-175
8. Четли Э. Проблемные лекарства. / Э. Четли // - Riga:Landmark Ltd, - 1998. - 360с.
9. Шаповалов В. Моніторинг режиму контролю трамадолу та проблеми його немедичного вживання хворими на наркоманію і токсикоманію / В. Шаповалов, В. Шаповалова, В. Кузьмін [та ін.] // Ліки України. - 2000. - №11. - С.18-19
10. Шаповалов В.В.(мол) Судова фармація: режим контролю наркотичних засобів для фармакокорекції наркопацієнтів з девіантною поведінкою / В.В. Шаповалов (мол) // Український вісник психоневрології. - 2011. - Том19, №2(67). - С.97-101.
11. ЮДОНК Всемирный доклад о наркотиках, - 2012 год. - Вена:ООН, - 2012. - 143 с.
12. Anton R.F. Naltrexone for the management of alcohol dependence /R.F Anton/The New England journal of medicine.- 2008.-Vol.359, №7. - С.715-721.
13. Bhutta T.I. Loperamide poisoning in children / T.I. Bhutta, K.I. Tahir // Lancet. - 1990. - №335. - С.363.
14. BMA and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain / British National Formulary. - London: BMA and The Pharmaceutical Press. - 1991. - №22, Sep. - p.161.
15. Booth M. Opium: A History / M. Booth // - London: Simon & Schuster, Ltd.. - 1996. - 381p.
16. Dean L. Flowers in the Blood: The Story of Opium. / L. Dean, J. Goldberg // - New York: Franklin Watts. - 1981. - 306p.
17. Eisenberg E. Efficacy and safety of opioid agonist in the treatment of neuropathic pain of nonmalignant origin / E. Eisenberg, E.D. McNicol, D.B. Carr // JAMA. - 2005. - Vol 293, №24. - С.3043-3052
18. Gartry C.C. NAOMI: The trials and tribulations of implementing a heroin assisted treatment study in North America / C.C Gartry, E.O. Joeekes, N. Laliberté [et al.] // Harm Reduction Journal - 2009.
19. Henry J.(ed.) The British Medical Association Guide to Medicines & Drugs / J. Henry // - London: Dorling Kindersley, - 1991. - 456p.
20. Joseph H. Methadone Maintenance Treatment (MMT): A Review of Historical and Clinical Issues / H. Joseph, S. Stancliff, J. Langrod // The Mount Sinai Journal of Medicine. - 2000. - Vol. 67, №5,6. - P.347-364
21. Khigh J.R. A 35-years old physician with opioid dependence / R.J. Knight // JAMA. - 2004. - Vol 292, №11. - P.1351-1357
22. Kuehn B.M. Methadone treatment marks 40 years / B.M. Kuehn // JAMA. - 2005. - Vol 294, №8. - P.887-889
23. McCoy A.W. The Politics of Heroin: CIA Complicity in the Global Drug Trade. / A.W. McCoy // - New York: Lawrence Hill Books. - 1991. - 634p.
24. Musto D.F. The American Disease: Origins of Narcotic Control./ D.F. Musto // - New York: Oxford University Press. - 1999. - 417 p.
25. WHO. The rational use of drugs in the management of acute diarrhoea in children / Geneva: WHO. - 1990. - 71p.

Реферати

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИСТОРИИ ОПИАТОВ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

Логаш М.В., Покотило П.Б.

Становится понятно, что проблемы, которые имеет общество с опиатами сегодня, преимущественно созданы самим человечеством на разных этапах истории, а основными причинами было игнорирование и пренебрежительное отношение к проблеме наркомании, как таковой, использование опиоидов без надлежащего изучения их действия и возможных осложнений, а также огромное влияние политических, экономических и общественных факторов на сугубо медицинские проблемы.

Ключевые слова: опиаты, опиоиды, наркомания, история опиатов, заместительная терапия.

Стаття надійшла 07.09.2013 р.

SOME ASPECTS OF THE HISTORY OF OPIATES IN THE CONTEXT OF NOWADAYS DRUG ADDICTION PROBLEMS.

Logash M., Pokotylo P.

The overview of the opiate's history and the relationship between historical mistake, made by humanity with opiates, and nowadays problems with drug addiction, has made in this article. It becomes clear that keys problems, which society has today with drug addiction, was made by humanity himself during different historical periods, and main reasons were the disregard and disrespectful to drug addictions problem, and using the opiates without sufficient researching of their action and possible complications, as well as huge political, economic and social influence on purely medical and scientific problems.

Key words: opiates, opioids, drug addiction, history of opiates, maintenance treatment.

УДК 611.31

О.К. Прилуцький

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Подгата

ЗАГАЛЬНА АНАТОМІЯ ОРГАНІВ ПОРОЖНИНИ РОТА

Лекція присвячена будові органів ротової порожнини людини. Приділена увага будові слизової оболонки в різних частинах ротової порожнини, особливостям будови великих і малих слинних залоз, а також їх функції. Описана внутрішня будова язика, функції м'язів, що його утворюють, а також зовнішня будова язика. Також значна частина лекції присвячена зубам: будові твердих тканин, з яких складаються зуби, будові і відмінностям різних груп зубів. Представлені ознаки приналежності зуба правій чи лівій стороні. Лекція корисна як студентам-стоматологам, так і практикуючим лікарям.

Ключові слова: порожнина рота, ясна, піднебіння, язик, слинні залози, зуби.

Знання анатомії органів порожнини рота є необхідною складовою у підготовці лікаря-стоматолога, оскільки саме з цією ділянкою пов'язана його основна діяльність.

Метою лекції було висвітлення особливостей будови слизової оболонки порожнини рота у різних її відділах, будови та функції великих і малих слинних залоз, будови язика та зубів.

Порожнина рота (cavitas oris, деякі терміни утворюються від греч. stoma – рот, наприклад стоматологія), ділиться на два відділи: присінок рота, і власне порожнина рота. Присінком рота називається простір, розташований між губами і щоками зовні, і зубами та яснами зсередини. За допомогою ротового отвору присінок рота відкривається назовні [1,3,6,9].

Губи (labia oris, hela) – це волокна кругового м'яза рота, покриті зовні шкірою, зсередини – слизовою оболонкою. Між шкірою і слизовою оболонкою по вільному краю розташовується проміжна, червона облямівка, яка від шкіри відрізняється відсутністю рогового шару в багаточаровому плоскому епітелії, а від

слизової оболонки – відсутністю слинних залоз. Розрізняють верхню губу, обмежену основою носа і парною носо-губною борозною і нижню губу, обмежену підборідно-губною борозною. По кутах ротового отвору губи переходять одна в іншу за допомогою спайок. При переході з верхньої губи на альвеолярний відросток верхньої щелепи, слизова оболонка утворює складку – вуздечку верхньої губи. При переході з нижньої губи на нижню щелепу слизова оболонка також утворює складку – вуздечку нижньої губи [2,4].

Щоки (buccae) мають ту ж будову (усередині покриті слизовою оболонкою, зовні – шкірою), тут закладений щічний м'яз, buccinator, до якого збоку прилягає жирове тіло щоки, яке більш виражено у дітей перших років життя. Зверху щоки обмежені виличною дугою, знизу краєм нижньої щелепи, спереду носо-губною борозною, позаду жувальним м'язом. Губи відмежовані від щік носо-губними і подборідно-губними борознами, які ледве помітні у дітей і з віком стають все більш глибокими. Шкіра щік і губ містить потові і сальні залози, у чоловіків вона зазвичай покрита волоссям. Слизова оболонка щік і губ тонка, прозора представлена багат шаровим плоским незроговілим епітелієм, має багато малих слинних залоз, крім того слизова оболонка щік по лінії зімкнення зубів має невелику кількість сальних залоз [1,2,3,4].

Власне порожнина рота (cavitas oris propria) тягнеться від зубів спереду і латерально до входу в глотку ззаду. Зверху порожнина рота обмежена твердим піднебінням і передньою ділянкою м'якого; дно утворюється діафрагмою рота і зайнято язиком. При закритому роті язик своєю верхньою поверхнею стикається з піднебінням, так що порожнина рота має вигляд вузького щілиноподібного простору між ними. Слизова оболонка, переходячи на нижню поверхню кінчика язика, утворює по середній лінії вуздечку язика. По боках вуздечки помітно по невеликому сосочку, з отвором на них вивідних проток піднижньощелепної і під'язикової слинних залоз. При зімкненні зубних рядів присінок порожнини рота сполучається з порожниною рота за допомогою міжзубних щілин і через ретромолярний простір (позаду третіх кутніх зубів), останній важливий в клінічній практиці для введення живильного зонда при шинуванні щелеп [5,8,10].

Піднебіння (palatum, uvanus) складається з двох частин. Передні дві третини його мають кісткову основу, palatum osseum (піднебінний відросток верхньої щелепи і горизонтальна пластинка піднебінної кістки), це – тверде піднебіння; задня третина – м'яке піднебіння, palatum molle, є м'язовим утворенням з фіброзною основою [1,9,12,13]. При спокійному диханні через ніс м'яке піднебіння звисає криво вниз і відокремлює порожнину рота від глотки. При незарощені шва між піднебінними відростками правої і лівої верхньощелепних кісток, виникає патологічне сполучення порожнини рота з порожниною носа, така вада розвитку отримала назву – вовча паща. Слизова оболонка, що вкриває нижню поверхню твердого піднебіння, зрощена за допомогою щільної фіброзної тканини з окістям [8].

М'яке піднебіння є дуплікацією слизової оболонки, в якій закладені м'язи разом з фіброзною пластинкою – піднебінним апоневрозом, а також малі слинні залози. У складі м'якого піднебіння виділяють язичок, піднебінну завіску, парні піднебінно-язикові (передні) і піднебінно-глоткові (задні) дужки. Між передньою і задньою дужками знаходиться мигдаликова пазуха, в якій розташовується піднебінний мигдалик. М'яке піднебіння переднім краєм прикріплюється до заднього краю твердого піднебіння, а задній відділ м'якого піднебіння (піднебінна завіска) вільно звисає вниз і назад, маючи посередині виступ у вигляді язичка (язичок піднебіння).

Отвір, що сполучає порожнину рота з глоткою, носить назву зіву (isthmus faucium). Він обмежений з боків дужками, зверху – м'яким піднебінням, знизу – спинкою язика.

До органів порожнини рота відносяться: язик, слинні залози, зуби.

Язик (lingua, glossa). Язик розташовується на дні порожнини рота і є непарним м'язовим органом, конусоподібної форми, покритий зверху, з боків і частково знизу слизовою оболонкою.

В язика розрізняють: кінчик, тіло, корінь, верхню поверхню або спинку язика, нижню поверхню і два краї. Слизова оболонка язика покрита багат шаровим плоским незроговілим епітелієм, на якому при деяких захворюваннях органів травної системи утворюються рогові луски, за рахунок чого на спинці язика виникає сіруватий наліт.

Слизова оболонка язика забезпечена особливими утвореннями – сосочками. Розрізняють сосочки: ниткоподібні, конічні, листоподібні (добре розвинені у дітей, у дорослих людей атрофуються), грибоподібні і жолобуваті сосочки. Останні розташовані уздовж пограничної борозни, яка відокремлює тіло язика від кореня. У грибоподібних, листоподібних і жолобуватих сосочках є смакові цибулини, які містять рецептори, що оцінюють смакові якості їжі. На межі спинки і кореня язика розташовується сліпий отвір, залишок щито-язикової протоки, що існує в ембріогенезі. При незрощені щито-язикової протоки утворюється серединна кіста шиї, що є приводом для хірургічного втручання. Ззаду від пограничної борозни на язиці розташовано скупчення лімфоїдних фолікулів – язиковий мигдалик [7,11,12].

М'язи язика парні, розділяються на власні (верхній подовжній, нижній подовжній, поперечний і вертикальний), які складають його тіло і скелетні (підборідно-язиковий, шило-язиковий, під'язиково-язиковий), такі, що з'єднують язик зі скелетом. Власні м'язи язика змінюють його форму, а скелетні забезпечують переміщення язика в порожнині рота.

Функції язика: 1) бере участь в прийнятті, перемішуванні в порожнині рота їжі і проковтуванні харчової грудки; 2) бере участь в утворенні членороздільної мови; 3) виконує функцію рецепції, у тому числі і

специфічної (смакової); 4) язичний мигдалик є складовою частиною імунологічного бар'єру порожнини рота [5].

Слинні залози (*glandula salivatoriae, sialoaden*) підрозділяються на малі і великі. Місце розташування і кількість малих слинних залоз можна визначити по точкових отворах на поверхні слизової оболонки за допомогою лупи. Одні з них розташовані групами в слизовій оболонці присінку порожнини рота: губні, щічні і ясеневі залози, а інші знаходяться в слизовій оболонці власне порожнини рота. До них відносяться піднебінні залози, залози язика, а також під'язикові малі залози, що входять до складу під'язикової великої слинної залози. Великі слинні залози розташовані за межами ротової порожнини, та з'єднуються з нею за допомогою вивідних протоків. До великих слинних залоз відноситься три пари: 1 - під'язикові залози, 2 – підщелепні залози, 3 - привушні залози.

Під'язикова залоза складна альвеолярно-трубчаста, включає, як малі під'язикові залози, так і окрему сукупність залозистих одиниць, об'єднаних загальною протокою. Кожна під'язикова залоза займає простір під слизовою оболонкою дна порожнини рота, яке обмежене з медіального боку підборідно-під'язиковим, підборідно-язиковим і під'язиково-язиковим м'язами, з латерального - внутрішньою поверхнею тіла нижньої щелепи, знизу під'язиково-щелепним м'язом [2,4,6].

Під'язикова залоза має витягнуту в передньо-задньому напрямі і сплюснену з боків форму, довжина її рівна приблизно 3-4 см, а товщина – близько 1 см, маса складає приблизно 5 гр. У тих випадках, коли залоза має загальну вивідну протоку, вона або з'єднується з протокою підщелепної залози, що проходить поряд, або відкривається загальним з нею отвором на верхівці під'язикового м'яся.

Піднижньощелепна залоза більше вищеописаної приблизно в три рази, складна альвеолярно-трубчаста. Має сплюснено-яйцеподібну форму, розташована в межах піднижньощелепного трикутника, займає ділянку, яка обмежена зверху нижньою поверхнею щелепно-під'язикового м'яза, а збоку – внутрішньою поверхнею тіла нижньої щелепи. Вивідна протока прямує по медіальній поверхні під'язикової залози, відкривається гирлом на верхівці під'язикового м'яся.

Привушна залоза найбільша із слинних залоз. Маса її складає від 20 до 30 гр, за будовою вона складна альвеолярно-трубчаста. Розташована в межах привушно-жувальної ділянки, основна маса її займає ретромандибулярну ямку, обмежену зверху хрящовою частиною зовнішнього слухового проходу, спереду – заднім краєм гілки нижньої щелепи і жувального м'яза, ззаду – переднім краєм груднинно-ключично-соскоподібного м'яза. З медіального боку, привушна залоза примикає до зв'язок і м'язів, що беруть початок від шилоподібного відростка скроневої кістки, частина залози покриває ззаду жувальний м'яз.

Привушна залоза має форму неправильного трикутника, верхня сторона якого направлена уздовж виличної дуги, а нижній кут знаходиться під нижнім кутом нижньої щелепи, де нерідко стикається із задньою частиною піднижньощелепної залози. Слід зазначити важливу для хірургічної практики анатомічну особливість, яка полягає в тому, що скрізь привушну залозу проходять: зовнішня сонна артерія, з її численними гілками, защепає вена і привушне сплетіння лицевого нерва.

Вивідна протока привушної залози, завтовшки близько 4 мм, виходить з її товщі з переднього боку (приблизно на 1 см нижче за виличну дугу) і, перетинаючи поперечний жувальний м'яз, досягає його переднього краю, де, роблячи крутий вигин всередину, проходить наскрізь жирову клітковину щоки і щічний м'яз. Вона відкривається отвором в присінок порожнини рота на слизовій оболонці щоки на рівні другого верхнього моляра. Часто по ходу вивідної протоки є одна або декілька додаткових привушних залоз.

Великі і малі слинні залози, що мають загальне джерело розвитку і загальні центри нервової регуляції, є єдиною системою, діяльність якої направлена в першу чергу на забезпечення порожнини рота необхідною кількістю рідини. Відомо, що вони спроможні виробляти в добу близько 2 літрів слини. Близько 30% цього об'єму припадає на частку малих слинних залоз, що дозволяє їм, при деяких екстремальних станах, компенсувати функціональну недостатність великих слинних залоз.

Також важливе значення відводиться слинним залозам у формуванні механізму імунітету в порожнині рота, оскільки вони є джерелами секреторного імуноглобуліну А, який спільно з лізоцимом слини утворює «антисептичний бар'єр» для патогенної мікрофлори.

У людини зуби є складовою частиною жувально-мовного апарату, який по сучасних уявленнях є комплексом взаємодіючих і взаємозв'язаних органів, що беруть участь в жуванні, диханні, утворенні голосу і мови. Зуби людини належать до гетеродонтної (різні за формою), текодонтної (розташовані в комірках щелеп) систем, і до дифіодонтного типу (протягом життя має місце дві зміни зубів).

Зубами є скостенілі сосочки слизової оболонки, що слугують для механічної обробки їжі. Філогенетично зуби походять з риб'ячої луски, що росте по краю щелеп, і що набуває тут нових функцій. У нижчих хребетних зміна зубів відбувається багато разів протягом всього життя, а у людини 2 рази. У зв'язку з цим розрізняють: 1) тимчасові, молочні зуби, *dentes decidui*, і 2) постійні, *dentes permanentes*. Молочні зуби відрізняються від постійних кольором (декілька біліше), розмірами – менше, і відносними розмірами кореня і коронки, наявністю емалевого валу на вестибулярній поверхні, об'ємнішою порожниною зуба [2,4,6,8].

В результаті еволюції замість одноманітних конічних зубів риб, потрібних лише для затримки їжі, у ссавців з'являються різні форми, пристосовані до різних видів захоплення їжі і її обробки, а саме для розривання (ікла), розрізання (різці), роздроблення (премоляри) і розтирання (моляри). Зуби розташовані в осередках альвеолярних відростків верхньої і нижньої щелеп. Тканина, що покриває альвеолярні відростки,

носить назву ясен, *gingivae*. Слизова оболонка тут за допомогою фіброзної тканини щільно зростається з окістям; тканина ясен багата кровоносними судинами (тому порівняно легко кровоточить), але слабо забезпечена нервами.

Оскільки в яснах відсутня підслизова основа, то слизова оболонка її щільно зростається з окістям альвеолярних відростків верхньої і нижньої щелеп. Цю частину ясен називають альвеолярною, або прикріпленими яснами. Частина ясен, прилегла до поверхні зуба, називається крайовою, або вільними яснами. Частини ясен, що розташовані в проміжках між сусідніми зубами, називаються міжзубними сосочками. Між двома сусідніми зубами розрізняють по два сосочки: вестибулярний, обернений в присінок порожнини рота і оральний, такий, що знаходиться ближче до язика. Жолобувате поглиблення, що знаходиться між зубом і вільним краєм ясен, називається ясенною кишенею.

Кожен зуб, *dens*, складається з: 1) коронки зуба, *corona dentis*, 2) шийки, *collum dentis*, і 3) кореня, *radix dentis*. Коронка видається над яснами, шийка (злегка звужена частина зуба) охоплюється яснами, а корінь залягає в зубній альвеолі і закінчується верхівкою, на якій навіть неозброєним оком видно маленький отвір верхівки. Через цей отвір в зуб входять судини і нерви. У середині коронки зуба є порожнина, *cavitas dentis*, в якій розрізняють коронковий відділ, найбільш обширну частину порожнини, і кореневий відділ, частину порожнини, що звужується, носить назву кореневого каналу. Канал відкривається на верхівці згаданим вище отвором верхівки.

У коронці кожного зуба розрізняють 5 поверхонь: 1 – обернену в присінок рота – присінкову, *facies vestibularis*, яка у передніх зубів стикається зі слизовою оболонкою губи (*facies labialis*), а у задніх – із слизовою оболонкою щоки (*facies buccalis*); 2 – обернену в порожнину рота (*facies oralis*): у нижніх зубів до язика – язикову (*facies lingualis*), у верхніх до піднебіння – піднебінну (*facies palatinus*); 3 і 4 – що контактують з сусідніми зубами свого ряду – апроксимальні (*facies contactus s. approximales*). Апроксимальні поверхні зубів, направлені до центру зубної дуги, позначаються як *facies mesialis* (*mesos* – середній). У передніх зубів така поверхня є медіальною, а у задніх зубів – передньою. Апроксимальні поверхні зубів, направлені у бік, протилежний центру зубного ряду, називаються дистальними, *facies distalis*. У передніх зубів ця поверхня є латеральною, а у задніх зубів – задньою; 5 – жувальна поверхня, або поверхня змикання із зубами протилежного ряду, *facies occlusalis* (*occlusivus* – такий що замикає, закриває).

Для визначення локалізації патологічних процесів на зубі стоматологи застосовують терміни, відповідні назвам поверхням: присінковий, оральний, медіальний, мезіально, дистально, окклюзіально, апікально (у напрямку до *apex radialis*). Для встановлення приналежності зуба до правої або лівої сторони служать три ознаки: 1) ознака кореня, 2) ознака кута коронки і 3) ознака кривизни коронки. Ознака кореня полягає в тому, що поздовжня вісь кореня нахилена в дистальний бік, утворюючи кут з лінією, що проходить через середину коронки. Ознака кута коронки полягає в тому, що лінія жувального краю зуба по вестибулярній стороні при переході на мезіальну поверхню утворює менший кут, ніж при переході на дистальну.

Ознака кривизни коронки полягає в тому, що вестибулярна поверхня коронки переходить в мезіальну крутіше, ніж в дистальну. Отже, мезіальний відрізок вестибулярної поверхні в поперечному напрямі буде більш опуклим, ніж дистальний.

Порожнина зуба заповнена пульпою, *pulpa dentis*, представленою пухкою волокнистою сполучною тканиною, багатою судинами і нервами.

У пульпі виділяють 3 шари: 1) периферичний; 2) проміжний, або камбіальний; 3) центральний.

Пульпа корневих каналів декілька відрізняється від коронкової частини пульпи; у ній переважають пучки колагенових волокон над клітинними елементами. В області верхівкового отвору тканина пульпи переходить в тканину періодонта. Пульпа здійснює трофіку твердих тканин зуба (за рахунок судин, що проходять в ній, і нервів), виконує пластичну функцію – побудова нового дентину за рахунок клітинних елементів.

Пульпу оточують тверді тканини зуба, до складу яких входить: 1) дентин, *dentinum*, *subst. eburnean*, 2) емаль, *enamelum*, *subst. adamantina* і 3) цемент, *cementum*, *subst. ossea* [2,4,7].

Головну масу зуба, що оточує порожнину, складає дентин, до складу його входить 28% органічних речовин, головним чином колаген і 72% неорганічних (фосфати кальцію і магнію, фторид кальцію). Дентин складається з основної речовини (колагенові волокна і склеююча речовина), пронизаної системою дентинних каналців. Розрізняють два шари дентину: зовнішній плащовий, і внутрішній – навколопульпарний. Колагенові волокна дентину йдуть в радіальному і тангенціальному напрямках. Такий взаємний перетин волокон додає зубу особливу міцність. У середині дентинних каналців залягають відростки одонтобластів, які закінчуються в периферичному шарі дентину. Частина дентину, звернена до пульпи, носить назву «предентин», або «дентиногенний шар», тут йде утворення і зростання дентину (замісний дентин). Дентин, що утворює коронку, покритий зубною емаллю, а дентин кореня – зубним цементом. Емаль коронки і цемент кореня з'єднуються в області шийки зуба.

Емаль покриває зовні коронку, товщина її біля верхівки коронки складає 3,5 мм. Емаль містить незначну кількість органічних речовин (близько 3-4%) і неорганічні солі (96-97%). Серед неорганічних речовин переважну частину складають фосфати і карбонати кальцію і близько 4% – фторид кальцію. Емаль побудована

з емалевих призм, товщиною 3-5 мкм. Кожна призма складається з тонкої фібрилярної мережі, в якій знаходяться кристали гідроксиапатитів.

Цемент покриває корінь, по хімічному складу він наближається до кістки: у ній міститься 30% органічних речовин і 70% неорганічних, серед яких переважають солі фосфату і карбонату кальцію. Між покритим цементом коренем зуба, зануреним вглиб альвеол, і стінкою альвеоли лежить альвеолярне окістя, що вистилає внутрішні стінки альвеол, яке щільно пов'язане з яснами і таке, що грає значну роль в зміцненні зубів. Окістя є щільною сполучною тканиною, що складається з пучків волокон, кінці яких безпосередньо продовжуються у вигляді так званих шарпейових волокон, з одного боку – в цемент кореня, а з іншої – в кісткові стінки альвеоли. Ця щільна сполучна тканина називається періодонт, *periodontium*, або коренева оболонка.

Періодонт виконує декілька важливих функцій. По-перше, він утримує зуб в альвеолі, по-друге, забезпечує трофіку зуба (через нього проходять судини і нерви до зуба), по-третє, він забезпечує деяку рухливість зубів (амортизацію), що необхідне для повного зімкнення зубів. Нарешті, періодонт перешкоджає розповсюдженню запальних процесів, бере участь в зростанні і прорізуванні зубів.

Всі тканини, які оточують шийку і корінь зуба, з включенням ясен, альвеоли і ділянку альвеолярного відростка щелепи, що її утворює, розглядають як цілісну анатомічну і функціональну систему під назвою пародонт, *parodontium*, або амфодонт, *amphodontium*.

Література

1. Борзяк Э.И. Анатомия человека: в 2-х т. / Э.И. Борзяк, Э.И., В.Я. Бочаров, Л.И. Волкова [и др.] // – М.: Медицина, - 1986.
2. Быков В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека / В. Л. Быков // 2-е изд. испр. – СПб: Спецлит., - 1998. – 230 с.
3. Гайворонский И.В. Нормальная анатомия человека / И.В. Гайворонский // – СПб: Спец. Лит., - 2000. – Т. 1. – 560 с.
4. Гемонов В. В. Развитие и строение органов ротовой полости и зубов / В.В. Гемонов, Э.Н. Лаврова, Л.И. Фалин // – М.:ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, - 2002. – 256 с.
5. Жданов Д. А. Лекции по функциональной анатомии человека / Д.А. Жданов // – М.: Медицина, - 1979. – 316 с.
6. Краев А.В. Анатомия человека: в 2-х т. / А.В. Краев // – М.: Медицина, - 1978.
7. Луцик О.Д. Гистология людини / О.Д. Луцик, А.И. Иванова, К.С. Кабак // – Київ: Книга-плюс, - 2003. – 592 с.
8. Матешук-Вацеба Л.Р. Нормальна анатомія / Л.Р. Матешук-Вацеба //– Львів: Поклик сумління, - 1997. – 269 с.
9. Михайлив С.С. Анатомия человека / С.С. Михайлив, Л.Л. Колесников, В.С. Братанов [и др.] // – М.: Медицина, - 1999. - 736 с.
10. Привес М. Г. Анатомия человека / М. Г. Привес, Н. К. Лысенко, В. И. Бушкевич // – СПб.: Гиппократ, - 1998. – 704 с.
11. Свиридов А.И. Анатомия человека / А.И. Свиридов //– Киев: Головное изд-во Вища школа, - 1983. – 359 с.
12. Свиридов О.І. Анатомія людини / О.І. Свиридов //–К.: Вища шк., 2001. – 399 с.
13. Тонков В.Н. Учебник нормальной анатомии человека / В.Н. Тонков // –Ленинград: Медгиз, 1962. – 763 с.

Реферати

ОБЩАЯ АНАТОМИЯ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

Прилуцкий А.К.

Лекция посвящена строению органов ротовой полости человека. Уделено внимание строению слизистой оболочки в различных частях ротовой полости, особенностям строения больших и малых слюнных желез, а также их функции. Описано внутреннее строение языка, функции мышц, его образующих, а также внешнее строение языка. Также значительная часть лекции посвящена зубам: строению твердых тканей, из которых состоят зубы, строению и различиям разных групп зубов. Представлены признаки принадлежности зуба правой или левой стороне. Лекция полезна как студентам-стоматологам, так и практикующим врачам.

Ключевые слова: полость рта, десны, небо, язык, слюнные железы, зубы.

GENERAL ANATOMY OF THE ORAL CAVITY

Pryluts' kiyi O.K.

The lecture is devoted to the structure of the human oral cavity. Attention is paid to the structure of the mucosa in different parts of the oral cavity, the structural features of the major and minor salivary glands and their function. We describe the internal structure of the tongue, muscle of the tongue, their function, and external structure of the tongue. Also, much of the lecture is devoted to the teeth: the structure of hard tissues that form the teeth structure and differences of various groups of teeth. Represent the identity of the tooth right or left side. The lecture is useful for students, dentists and practitioners.

Key words: mouth, gums, palate, tongue, salivary glands, teeth.

Стаття надійшла 24.06.2013 р.