

## **Особенности внутривольного строения нервов мышц дна полости рта**

*Измайлова Л.В., Колесник И.Л., Григорова М.В., Сокол А.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Кафедра анатомии человека*

*Харьков, Украина*

## **Features of nerves trunks structure of muscles of mouth cavity diaphragm**

*Izmaylova L.V., Kolesnik I.L., Grigorova M.V., Sokol A.A.*

*Kharkov national medical university*

*Department of human anatomy*

*Kharkov, Ukraine*

Дно полости рта топографически тесно связано с зубо-челюстным аппаратом. Поэтому при таких, нередко возникающих осложнениях, как периодонтиты, остеомиелиты, флегмоны, патологический процесс часто распространяется и в область дна полости рта.

Кроме того, знание иннервации и кровоснабжения мышц дна полости рта может помочь в разработке наиболее рациональных оперативных доступов и приемов при производстве миопластических операций.

В современной морфологии большое внимание уделяется вопросам возрастной и индивидуальной изменчивости периферических нервов и артерий. Однако имеющиеся в литературе сведения об иннервации и кровоснабжении мышц дна полости рта не дают полного представления об их возвратных и индивидуальных особенностях.

Отсутствие полных данных по иннервации и кровоснабжению мышцу дна полости рта у человека и вместе с тем практическое значение детального исследования этой области предопределило задачи настоящего исследования.

Нами изучены особенности распределения нервов в мышцах дна полости рта на 14 трупах людей обоего пола и различного возраста.

Согласно нашим наблюдениям, челюстно-подъязычная мышца иннервируется на всех препаратах ветвями челюстно-подъязычного нерва. Челюстно-подъязычный нерв начинается постоянно от нижнего альвеолярного нерва. В топографии и уровне его формирования мы наблюдали возрастные и индивидуальные различия. Так, нерв определяется:

- 1) непосредственно у нижнечелюстного отверстия;
- 2) на различном расстоянии от него;
- 3) от внутриканальной части нижнего альвеолярного нерва.

Далее нерв следует по внутренней поверхности нижней челюсти, при этом у плодов и новорожденных он располагается почти параллельно к краю нижней челюсти; у детей, в

результате формирования альвеолярных отростков и зубов, между нервом и краем челюсти появляется небольшой угол, который у взрослых достигает 40-45°. В пожилом и старческом возрастах указанный угол, в связи с выпадением зубов и атрофией альвеолярных отростков, вновь уменьшается до 30-35°. Индивидуальные и возрастные особенности топографии челюстно-подъязычного нерва представляют определенный практический интерес при проведении мандибулярной анестезии внеротовым путем.

Согласно нашим исследованиям, между формой некоторых мышц изучаемой группы (челюстно-подъязычная, подбородочно-подъязычная мышца и переднее брюшко двубрюшной мышцы) и формой нижней челюсти наблюдается определенная зависимость. Так, при долихомандибулярной форме челюсти указанные мышцы имеют длинную, но узкую форму. Степень расхождения ветвей челюстно-подъязычного нерва на этих препаратах сравнительно небольшая. При брахиомандибулярной же форме нижней челюсти эти мышцы соответственно имеют короткую, но широкую форму. Степень расхождения ветвей челюстно-подъязычного нерва в этих случаях значительная. Между величиной широтно-продольного индекса и величиной указанного угла установлена высокая степень тесноты прямой связи.

В вопросе о количестве ветвей челюстно-подъязычного нерва, вступающих в толщу одноименной мышцы, данные авторов разноречивы. Согласно нашим исследованиям, в толщу челюстно-подъязычной мышцы вступают 6-10 ветвей одноименного нерва.